Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 4 9 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 12 de noviembre de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...) quien a su vez actúa en nombre de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 614/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 28 de septiembre de 2024 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 2 de octubre de 2024), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...) en representación de (...) quien a su vez actúa en su propio nombre y en nombre de (...), por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada (120.000 euros) determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

---

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. El reclamante, que actúa en su propio nombre y en nombre de su hermano (...) como curador por Sentencia de 25 de mayo de 2009 del Juzgado de Primera Instancia Número Cinco de Las Palmas de Gran Canaria, reclama por el fallecimiento de su madre (...), que según el reclamante fue consecuencia del deficiente tratamiento médico dispensado a su hermano (...), que padecía de esquizofrenia paranoide, y que tuvo como consecuencia que sufriera un brote psicótico el día 31 de diciembre de 2019 y matara a su madre (...). Por tanto, ostentan la condición de interesados, en cuanto titulares de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 LRJSP], al sufrir un perjuicio como familiares directos de la persona fallecida a consecuencia, supuestamente, del funcionamiento del servicio público sanitario.

Sobre la legitimación activa de los herederos de la persona fallecida, en el Dictamen 245/2015, de 6 de julio, se recoge nuestra reiterada doctrina sobre este asunto, que es plenamente aplicable al supuesto analizado. Así señalamos en el citado dictamen:

«La obligación de indemnizar el daño producido por la acción u omisión de un sujeto no surge del hecho causante, sino de su resultado lesivo que es el daño y que es lo que hay que resarcir. El primero sin el segundo no engendra responsabilidad patrimonial, por lo que en reclamaciones de la naturaleza de la presente esa responsabilidad surge siempre del hecho de la muerte, por lo que al extinguirse por ella la personalidad de la víctima, esta no adquiere en vida ningún derecho a ser indemnizada que, integrado en su patrimonio, transmite luego mortis causa. Sólo los vivos son capaces de adquirir derechos y únicamente

son transmisibles por vía hereditaria los derechos que al momento del fallecimiento del causante se hallasen integrados en su patrimonio. De ahí que si en nuestro Ordenamiento se contempla un derecho a indemnización por causa de muerte (art. 113 del Código Penal en relación con los arts. 138 a 143 y 621.2 del mismo, art. 1.902 del Código Civil, apartado 1º.5 del Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro de la Circulación de Vehículos a Motor, etc.), su titularidad no es derivativa mortis causa ya que, como se ha visto, no puede sucederse en algo que no ha ingresado en el patrimonio del causante sino que es un derecho que se adquiere originariamente y que, por ende, es ejercitable ex iure propio por aquellos que han sido perjudicados por la muerte de la víctima.

Este perjuicio lo sufren aquellos que compartían su vida con la víctima, formando una comunidad de vida a la que pone fin esa muerte que, eventualmente, puede producir una disminución de ingresos o un desamparo económico para los supérstites y un daño moral por la ruptura de la íntima convivencia y de los lazos de afecto, presumiéndose este daño moral en sus parientes más directos por línea recta ascendente o descendiente, prefiriéndose siempre, con exclusión de los demás, a sus más estrechos allegados que son los que convivían con la víctima y compartían con ella sus ingresos comunes o dependían de ella económicamente; estimándose que no existe perjuicio indemnizable cuando nadie ha quedado desamparado o disminuido económicamente ni se ha sufrido daño moral, porque se había abandonado en vida a la víctima o roto toda relación con ella.

En la presente reclamación, los interesados no han alegado ningún perjuicio económico que les haya irrogado el óbito de su deudo, por lo que están legitimados exclusivamente por el daño moral que la muerte de aquel les ha causado» (Doctrina reiterada en los DDCC 405/2015, 228/2020, 232/2020 y 562/2020).

Por tanto, aplicada la citada doctrina al presente caso, los hijos de la fallecida están legitimados exclusivamente por el daño moral que la muerte de su madre les ha causado.

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de Salud, Organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público sanitario a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero de la LPACAP. La reclamación se presenta el 25 de mayo de 2022, en la que se reclama una indemnización por el fallecimiento de la madre de los reclamantes el día 31 de diciembre de 2019. Aunque el *dies a quo* del cómputo del plazo de prescripción de un año se inicia el 31 de

diciembre de 2019, lo cierto es que el plazo quedó interrumpido por el inicio del proceso penal que concluyó por Sentencia de 16 de diciembre de 2021 de la Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Segunda, (Procedimiento Tribunal del Jurado 111/2021), dado que dicho proceso penal versaba sobre hechos susceptibles de ser fijados en el mismo con trascendencia para la concreción de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [art. 21 LPACAP].

En el presente supuesto se ha superado el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP.

Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3 b) LPACAP [DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros].

II

Según la reclamación formulada la exigencia de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Canario de Salud se fundamenta, en síntesis, en los siguientes motivos:

Se alega que (...) era esquizofrénico y se encontraba desde octubre de 2019 sin medicación, pues le fue retirada por el Servicio Canario de la Salud, lo que le motivó una descompensación progresiva de su enfermedad, que lo llevó a atacar a su madre provocando su muerte el 31 de diciembre de 2019. Es decir, considera el reclamante que el estado psicótico que lleva a (...) a agredir a su madre hasta causarle la muerte fue consecuencia de la retirada de la medicación que tenía pautada.

El reclamante manifiesta que *«(...) era reacio a tomar su medicación, desde siempre, y muy especialmente desde octubre de 2019, constando en su historial clínico varios ingresos anteriores. En el año 2019 tenía un seguimiento a nivel hospitalario, presentando alguna descompensación que fue tratada con medicación. En noviembre de 2019 se niega a recibir la medicación, elaborándose un informe el 7 de noviembre de 2019, comentándose la situación con sus familiares para elaborar un informe por si era preciso el ingreso. Posteriormente (...)*

prosiguió sus consultas semanales hasta diciembre, siendo la última el 18 de diciembre de 2019.-

(...) siempre insistió a los responsables médicos del Hospital General de Gran Canaria Doctor Negrín (que tenían conocimiento de la condición de curador de (...) en relación al tratamiento médico que debía recibir) en que no debía retirarse la medicación y que debía ser ingresado. Pocos días antes del fallecimiento de (...), (...) insiste en que su hermano debe ser ingresado porque no está siguiendo el tratamiento, emplazando a que (...) fuera a consulta el 2 de enero de 2020. Demasiado tarde. Era previsible que en esas circunstancias pudiera causar daño a alguien, como así fue. En una agresión de desproporcionada agresividad, (...) asesina a su madre en presencia de su hermano (...), quien desde entonces sufre un grave daño psicológico (desde entonces está en tratamiento por ello, lo que ha obligado incluso a una reforma de la vivienda donde se produjeron los hechos).-

Por ello se insta la incoación del correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y que se dicte resolución por la que se declare la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de Salud en el tratamiento médico dispensado a (...), y que se concreta en la ausencia de tratamiento al mismo, que tuvo como consecuencia la concurrencia del estado psicótico en el momento de dar muerte a su madre (...) el 31 de diciembre de 2019, y se indemnice el daño causado en el importe que se fijará en el momento procesal oportuno».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial son los siguientes:

1. El procedimiento se inicia mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial el día 25 de mayo de 2022 por (...) en representación de (...) quien a su vez actúa en su propio nombre y en nombre de (...).

2. Con fecha de 1 de junio de 2022, se requiere al reclamante a fin de que subsane y mejore la solicitud formulada, presentándose, con fechas de registro de entrada de 5 y 10 de junio de 2022, la documentación requerida.

3. Por Resolución del Director del Servicio Canario de Salud de fecha 16 de junio de 2022, se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial.

4. En la fase de instrucción del procedimiento se recaba la historia clínica de (...) del Servicio de Psiquiatría obrante en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín y de la Unidad de Salud Mental y se solicitaron y se emitieron los siguientes informes:

- Informe del Servicio de Psiquiatría de fecha de 13 de julio de 2022 emitido por los Dres. (...) y (...), médicos psiquiatras del Servicio de Psiquiatría del CHUGCDN.

- Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) de fecha 17 de junio de 2024.

5. Con fecha de 18 de julio de 2024, se procede a la apertura del periodo probatorio y se acuerda incorporar como prueba documental los informes y documentación clínica recabados por la Administración en periodo de instrucción, aportados al procedimiento por el Servicio de Inspección y Prestaciones, así como admitir a trámite las pruebas propuestas por la parte interesada, consistentes en la documental aportada junto con el escrito de reclamación y el informe psicológico sobre el estado del paciente, (...) y sobre el impacto psicosocial y económico que ha supuesto el homicidio de su progenitora (...).

6. Con fecha de 18 de julio de 2024, se procede a la apertura del trámite de audiencia, confiriendo al reclamante un plazo de 10 días a fin de que pudiese formular alegaciones, aportar documentos y justificaciones que tuviese por conveniente.

7. El 30 de julio de 2024, se formula por el reclamante escrito de alegaciones, del cual podemos destacar lo siguiente:

Alega el reclamante que *«El estado psicótico que lleva a (...) a agredir a su madre hasta causarle la muerte en las graves circunstancias que se constatan del examen del procedimiento judicial obrante en el presente procedimiento administrativo está causado por la retirada de la medicación que tenía pautada. Es absolutamente incierto que (...) no advirtiera del peligro existente por el hecho de que su hermano (...) no tomara su medicación».*

Insiste en que en siempre comunicó a los responsables médicos del Hospital General de Gran Canaria Doctor Negrín que no debía retirarse la medicación y que debía ser ingresado, pues podía hacer daño a alguien; advertencia que reiteró pocos días antes de fallecer (...) y que, a pesar de ella, se le emplazó a que (...) fuese a consulta el 2 de enero de 2020.

Asimismo, cuantifica en 120.000 euros, el importe de la indemnización solicitada, más los intereses legales que correspondan.

8. Con fecha 25 de septiembre de 2024 por la Secretaria General del SCS, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad

patrimonial del Servicio Canario de la Salud, sobre la base de la documentación e informes médicos obrantes en el expediente, tanto el emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones como el elaborado por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín de 13 de julio de 2022, así como lo recogido en el historial clínico de (...).

IV

1. Con carácter preliminar al examen de las cuestiones de fondo que se plantean en el presente procedimiento, debemos recordar los requisitos necesarios para que proceda la declaración de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Para ello debemos citar el art. 106.2 de la Constitución Española, a tenor del cual:

«Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos».

La remisión que se contiene en el precepto constitucional nos conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

A partir de dicha regulación, la Jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6ª, recurso n.º 1308/2012, STS 4942/2014 , FJ 3):

«la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de

personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4ª, recurso n.º 4397/2010 STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente , por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *lex artis*, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: La obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *lex artis* constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras). Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de l*a lex artis,* en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,- requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para

asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. Sentada la anterior doctrina, a los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido una infracción de la *lex artis* y el obligado nexo causal entre esa actuación médica (presuntamente vulneradora de la *lex artis*) y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el SCS, extraído del informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones, de la historia clínica, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención al paciente, así como de la documentación aportada por el reclamante durante la tramitación del procedimiento.

Hay que poner de relieve, a la hora de valorar la praxis médica, la importancia que tiene a efectos probatorios los datos anotados en la historia clínica del paciente**,** ya que son el fiel reflejo de su estado y evolución y de la asistencia sanitaria dispensada.

De este modo, los hechos relevantes relativos a la asistencia sanitaria dispensada a (...), extraídos de la documentación clínica obrante en el expediente, son los siguientes:

- (...) en el momento en que se produce el desgraciado suceso que motiva la reclamación contaba con 52 años de edad, vivía con su madre, viuda, y su hermano menor que padece de Síndrome de Down. La familia tenía contratadas dos cuidadoras para ayudar en el cuidado del paciente y su hermano y en las labores domésticas.

Estaba siendo atendido por la red de salud mental del servicio de psiquiatría del área norte y del Complejo Hospitalario Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín desde el año 1997, cuando tenía 30 años de edad.

- En sus primeros 17 años de seguimiento la clínica del paciente fue de escasa repercusión conductual y mínimamente disruptiva. En esta primera etapa entre 1997 y 2014 fue atendido en la Unidad de Salud Mental de Canalejas, existiendo en este período dudas diagnósticas debido a un cuadro clínico a caballo entre un trastorno neurótico (fóbico) grave y un trastorno psicótico leve, según consta en el informe del 24/11/2014 del Servicio de Consultas Externas (CCEE) de Psiquiatría. Presentaba una personalidad tímida, introvertida, con baja autoestima y elevada inseguridad personal, así como dificultades marcadas en la socialización desde la infancia, uno de

los motivos por el cual fue derivado al Centro de Día en 2008, asistencia que el paciente abandona al poco tiempo a causa de su dificultades en las relaciones interpersonales.

En la USM, además del seguimiento psiquiátrico, recibió terapia psicológica que también abandonó.

Durante el seguimiento inicial se intentaron varios tratamientos con fármacos antipsicóticos orales (amisulprida, olanzapina, quetiapina, risperidona), pero el paciente los abandonaba atribuyéndoles efectos secundarios, prefiriendo apoyarse en terapias alternativas.

- En el año 2014 su evolución se agrava, comienza presentando síntomas psicóticos más floridos, y además muestra una absoluta dificultad para la adherencia al tratamiento, la conciencia de la enfermedad y la vinculación con sus terapeutas. Por ello, en ese año es diagnosticado de esquizofrenia paranoide, lo que llevó a múltiples ingresos en el Servicio de Psiquiatría, varios de ellos involuntarios, con estancias prolongadas (entre 1-2 meses) debido a descompensaciones psicóticas.

Precisó 4 ingresos en 8 meses (11/11/2014- 17/12/2014; 17/04/2015-22/05/2015; 07/07/2015-14/08/2015).

- Su negativa a acudir a la unidad de salud mental o a recibir tratamiento es una constante.

Dada la recurrencia y dificultad de tratamiento ambulatorio, se decide su ingreso en la Unidad de Media Estancia (14 de septiembre 2015-11 de febrero 2016). Esta unidad, ofrece un abordaje terapéutico más prolongado, dedicado a casos de mayor gravedad o dificultad en la adherencia al tratamiento, resistencia terapéutica, conciencia de enfermedad y vinculación terapéutica.

En el informe clínico de alta relativo a ese ingreso hospitalario de 6 meses consta anotado (folio 1210): *«A su ingreso en la UME tal y como ya se recoge en el informe de alta de la UIB se encuentra tranquilo, conductualmente adecuado, afable y sociable con sus compañeros y con el personal. Se ha mostrado reticente con las acciones terapéuticas. Adecuada atención y concentración. Se le observa en estos primeros momentos ideación delirante de perjuicio con sd de Capgras en relación a su familia. En la evolución la ideación delirante que incluye el sd de Capgeras remite totalmente lo que permite comenzar con permisos a su domicilio en donde también pernocta. Durante estos permisos siempre se ha mostrado adecuado y afable en el entorno familiar.*

La mejoría parcial conseguida permiten el alta hospitalaria y su seguimiento posterior ambulatoriamente. Coordinados con la USM se les propone continuación del tratamiento». El tratamiento pautado es Clopixol Depot 200mg cada 21 días.

- A los 2 meses del alta de UME, el paciente ingresa nuevamente en la unidad de agudos, precisando un ingreso prolongado (8 de abril (...) io 2016).

Según consta en la historia clínica (folio 1215) el paciente fue trasladado por el 112, tras avisar la familia por heteroagresividad verbal e irritabilidad en el domicilio. Y consta anotado que *«a su llegada al SUH se muestra hostil, poco colaborador, suspicaz, verbalizando ideación delirante de perjuicio, importante tensión psicomotriz; siendo necesario que pase al BOX de PSQ con contención química y física, por riesgo de fuga y riesgo de paso al acto heteroagresivo. La madre refiere que desde el alta de la UME, en febrero de 2016, el paciente se ha negado a la toma de tratamiento y no ha acudido a la USM. En los últimos días, ha verbalizado nuevamente ideación delirante de perjuicio en relación con su familia, mostrándose, en el día del ingreso hostil y amenazante, motivo por el que deciden activar el 112. En descompensaciones previas el paciente con el tiempo abandona la alimentación por temor a ser envenenado, se aisla en dormitorio, e incluso protagoniza fugas del domicilio siendo encontrado en condiciones de riesgo.*

Al alta pese a nula conciencia de enfermedad, acepta tratamiento ambulatorio en domicilio. Dada la gravedad del curso evolutivo en los últimos años, en caso de negarse a recibir su tratamiento en domicilio, se recomienda a familiares que lo comuniquen en el día a su USM de referencia, desde donde se activarán los recursos necesarios para asegurar que el tratamiento sea administrado.

Se le informa al paciente y familiares la posibilidad de ser derivado a otros recursos (UcyR, ETAC) en caso de persistir la escasa consolidación de estabilidad clínica tras alta, la cual es imposible a día de hoy sin recibir su tratamiento. Caso coordinado con USM».

Tratamiento farmacológico: Clopixol depot, 2 ampollas cada 15 días.

- Al alta nuevamente, se niega a acudir a las consultas en la unidad de salud mental, pero acepta las visitas en domicilio del equipo de enfermería.

Solamente en las primeras 2 ocasiones acepta la administración de tratamiento farmacológico, manteniendo el seguimiento sin tratamiento farmacológico durante 2 meses y medio.

- En septiembre de 2016, presenta una nueva descompensación psicopatológica que precisa ingreso hospitalario (septiembre 2016-diciembre 2016). Consta, en cuanto al motivo del ingreso que es *«Derivado por su USM por nuevo abandono de tratamiento antipsicótico desde hace más de un mes, a pesar de las visitas*

domiciliarias por parte de Enfermería. Comienza con negativa a la ingesta, irritabilidad y negativa a la comunicación con la familia, suspicaz y desconfiado y en los últimos días agresivo». Permanece ingresado en la UIB del Hospital Dr. Negrín por descompensación de su enfermedad, presentando en el momento del ingreso: heteroagresividad verbal e irritabilidad en el domicilio, amenazas con riesgo de paso al acto heteroagresivo, ideación delirante de perjuicio en relación con su familia. Negativa a tomar el tratamiento y a alimentarse por miedo a ser envenenado.

Consta anotado que «En cuanto al pronóstico de futuro, es muy incierto ya que en descompensaciones previas el paciente con el tiempo abandona el tratamiento y reaparece la misma sintomatología con gran riesgo para su vida debido a que se niega a la alimentación por temor a ser envenenado, se aísla en dormitorio, e incluso protagoniza fugas del domicilio siendo encontrado en condiciones de riesgo. Por lo que es previsible que una vez se le dé el alta si no se le obliga de alguna manera a tomar el tratamiento prescrito volverá a pasar lo mismo.

En los últimos ingresos además del delirio místico-religioso, y delirio de perjuicio hacia su madre y hermano mayor, con el que tiene muy mala relación, han aparecido nuevos síntomas como un Síndrome de Capgras».

En consulta del servicio de psiquiatría del Hospital el día 24 de septiembre de 2016, consta anotado *«clínica franca de perjuicio y autorreferencia en relación a su entorno familiar con riesgo de paso al acto. Dada la complejidad del caso, los síntomas psicóticos en primer plano y la negativa a tratarse así coma la dificultad de negociar con el nada de tratamiento de forma ambulatoria y tras consensuarlo con el equipo y con la UIB decidimos remitirlo a Ucyr en espera de que un ingreso prolongado pueda reconducir su forma de estar en el mundo».*

Consta además, que, debido a la gravedad del caso, se decide, por un lado su derivación a UCYR y por otro, mientras se espera el ingreso en dicho dispositivo que el tratamiento inyectable sea administrado en la UIB y las consultas con psiquiatría y enfermería en su USM. En el caso de que el paciente no se presentara a la administración del inyectable se pondría en marcha, a través del 112 el protocolo para reingreso, con participación de la Fuerzas de Orden Público, si fuese necesario, y administrar el tratamiento, ya que por su historial clínico es seguro que se produzca una rápida descompensación.

Una vez resuelto el cuadro agudo que originó el ingreso se procede al alta.

Según consta en el informe del Servicio de Psiquiatría la Unidad Clínica y de Rehabilitación (UCyR), es a otro dispositivo de la red de Salud Mental, consistente en una unidad hospitalaria de larga estancia. Según informan esta unidad, por la tipología de sus pacientes que a menudo no cumplen criterios para ser derivado a otros dispositivos o no pueden regresar a su domicilio, tiene una lista de espera muy larga, en su caso el paciente no llegó a ingresar en este dispositivo.

- Tras el ingreso de 2016, además de la derivación a UCYR y en espera de dicho ingreso, se inició, de forma muy excepcional y debido a las particularidades del caso, un seguimiento paralelo en la USM para continuidad de cuidados y un seguimiento quincenal con enfermería del programa de Interconsulta y Enlace Hospitalario para la administración del tratamiento antipsicótico intramuscular con Clopixol Depot.

Entre enero y julio de 2017 (...) es atendido excepcionalmente por 2 equipos: Unidad de Salud Mental de Canalejas para seguimiento y continuidad de cuidados y Enfermera de programa de interconsulta y enlace hospitalario para la administración de tratamiento farmacológico.

- Además, en esa época, a instancia de los familiares del paciente y apoyados por la Unidad de Salud Mental, se solicitó al Juzgado que estableciera las medidas de apoyo adecuadas. Por sentencia del 17/07/2017, se le declaró parcialmente incapacitado legalmente (curatela), estableciendo que no tiene la capacidad suficiente para actuar por sí solo y prestar consentimiento válido en relación a los actos sanitarios, como el seguimiento de un tratamiento médico de cualquier clase, la toma de medicamentos, la asistencia a citas médicas, y el otorgamiento de un completo consentimiento informado para ser sometido a tratamiento médico, rehabilitador, psicológico-social o quirúrgico.

Inicialmente, se nombró como curadora a la madre del paciente, y por Auto de fecha 3 de diciembre de 2018, se aceptó la excusa de su madre y se nombró como curador a su hermano (…) el 7 de febrero de 2019. En la sentencia se subraya que hay muchas posibilidades de que el paciente no cumpla con el tratamiento y que el plan individual de atención del paciente se establece con los facultativos correspondientes, quienes decidirán las medidas oportunas según la evolución del paciente y consensuadas con el propio paciente y su representante legal.

Tal y como se recoge en la referida sentencia de 17 de julio de 2017, la curatela comprende, ante la insuficiente capacidad de obrar y habilidades necesarias para actuar por sí solo y prestar consentimiento válido presentes en (...), le corresponde a (...) como curador, la asistencia a su hermano (...) en las siguientes actuaciones,

asumiendo el curador la tareas de gestionarlas, desde un punto de vista administrativo o sanitario:

Seguimiento de un tratamiento médico de cualquier clase, toma de medicamentos, asistencia a citas médicas, otorgar un completo consentimiento informado para ser sometido a tratamiento médico, rehabilitador, psicólogo social o quirúrgico y para gestionar, desde un punto de vista administrativo o sanitario, todo lo relativo a tales aspectos.

- A finales de julio de 2018, el paciente presenta una nueva descompensación psicótica. Ingresa en el período de 24/07/2018 al 4/09/2018.

Consta en informe de 24 de julio de 2018 que *«Tras el último ingreso, ha permanecido con alteraciones conductuales en el domicilio, sin hablar con su madre (su curadora en la salud), acostado y con los ojos cerrados, sin beber agua ni ingerir alimentos en un contexto de ideas delirantes de envenenamiento hacia sus familiares.*

Debido a todo ello, se sospecha una descompensación de su patología de base, por lo que se solicita un nuevo traslado al servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín, aun en contra de su voluntad y con las fuerzas del orden si fuera preciso, dado que no ha habido mejoría en la situación clínica del paciente.

Predomina durante el ingreso la ideación de perjuicio hacia su madre y hermano mayor, en esta ocasión sin clínica sugestiva de síndrome de Capgras, negándose a todo tipo de contacto con la familia, hasta que progresivamente mejora, permitiendo entonces un acercamiento progresivo con la familia (en este caso hacia la madre y el hermano menor) hasta normalizarse éste. A pesar de mantener una nula conciencia de enfermedad, habitual en el paciente, se muestra comprometido a la continuidad de tratamiento y seguimiento».

Al alta, dada su negativa a acudir a la Unidad de Salud Mental de referencia, se decide su seguimiento ambulatorio en CCEE de Psiquiatría del hospital, por equipo de Interconsulta y Enlace. El seguimiento es quincenal.

- En el seguimiento en consultas externas de Psiquiatría consta la administración del tratamiento pautado de clopixol depot 2 ampollas intramuscular, en las consultas cada 15 días, con buena evolución y buen estado general del paciente durante los meses de enero y febrero de 2019. Hasta el 28 de febrero de 2019 cuando no acude a la cita programada para la administración del tratamiento. Se contacta telefónicamente con el paciente y se niega a acudir y manifiesta su desacuerdo con la medicación, ni quiere acudir, se muestra irritable y hostil por lo que ante la sospecha de descompensación se activa el 112 para traslado al hospital.

- Nuevo ingreso hospitalario del 6 de marzo de 2019 al 14 de abril de 2019, en el informe de alta consta:

«acude traído por el 112 al S. de Urgencias, derivado desde CCEE PSQ, por cuadro de descompensación psicopatológica de varios días de evolución, en los que el paciente se ha irritable, hostil, con reagudización de ideas de perjuicio hacia familiares y personal sanitario, con negativa a acudir a seguimiento y a la administración del depot. Dada la imposibilidad para el manejo ambulatorio, se procede a derivar al paciente al S. de Urgencias para ingreso hospitalario».

El paciente es dado de alta con una dosis de Clopixol Depot de 1,5 ampollas cada 14 días (tratamiento vía intramuscular). Se inicia una terapia familiar con el psicólogo y se establece un seguimiento estrecho con enfermería y psiquiatría, de forma individualizada al caso, con el Servicio de Interconsulta y Enlace del HUGCDN.

- En las notas clínicas del Servicio de Interconsulta y Enlace, con fecha del 25/04/2019, se registra que el paciente carece de conciencia de la cronicidad de su enfermedad y continúa considerando la posibilidad de retirar o reducir la dosis del tratamiento, mostrando una falta de conciencia de su enfermedad y una nula aceptación del tratamiento. En las notas clínicas se refleja también el fuerte interés del paciente en terapias alternativas y naturistas, así como en adoptar un estilo de vida saludable. Practica yoga y estiramientos diariamente y sigue una dieta saludable, aunque restrictiva, lo que genera preocupación entre sus familiares según una nota clínica del 17/07/2019.

- Durante el seguimiento, que mantiene regularmente con el Servicio de Interconsulta, se administra el tratamiento farmacológico pautado, trabaja la psicoeducación. Es decir, se abordan los signos y síntomas que el paciente suele experimentar al inicio de las descompensaciones, como en su caso la irritabilidad, y posteriormente el retraimiento (nota clínica del 8/05/2019). En esa fecha se pacta, bajo solicitud del paciente, una planificación anticipada de cuidados, estableciendo un margen de uno o dos días para buscar atención en caso de detectar síntomas, siempre que la situación clínica lo permita y él lo acepte.

- En el periodo que va desde mayo a noviembre de 2019 el paciente acude regularmente a consulta y se mantiene la dosis constante del tratamiento farmacológico, presenta una buena evolución y con un aspecto general adecuado.

- En consulta del 7 de noviembre de 2019, el paciente se niega a la administración del tratamiento. En esa consulta (nota clínica de psicología del 7/11/2019), consta signos iniciales de reagudización psicótica. Se informa a los

familiares que se considera la situación de estar en el límite de la indicación del ingreso, aunque no se observan elementos suficientes para un ingreso involuntario (ausencia de trastorno conductual grave y una restricción alimentaria que no representa riesgo para su salud).

Se prevé una probable evolución negativa en esa semana que precise ingreso. Por ello se informa a los familiares que si en el plazo de esa semana presentara alteraciones de conducta graves, deben avisar y se activaría el 112 desde el hospital. Por este motivo, se redacta un informe médico preliminar el 7/11/2019, útil en caso de que se necesite activar el 112 para un traslado involuntario al Servicio de Urgencias, lo cual finalmente no fue necesario.

- A pesar de su negativa al tratamiento, el paciente acepta continuar con un seguimiento ambulatorio estrecho con enfermería y psiquiatría y asiste cinco días después, el 12 de noviembre. Desde esa fecha, se registran cinco citas presenciales y una telefónica.

Durante este seguimiento estrecho, a partir del 12 de noviembre, el paciente asiste puntualmente a las citas, siempre acompañado por algún familiar (generalmente su madre y en ocasiones su hermano mayor, que es su curador) y mostrando una evolución favorable. No obstante, continúa negándose a la administración del tratamiento, pero se presta a aumentar la frecuencia de las consultas a mínimo de 1 semanal.

La madre informa que no ha notado signos de alarma, y comenta que el paciente sigue con su rutina habitual (12/11/2019): continúa practicando yoga, mantiene sus patrones de sueño y no muestra los signos típicos de descompensación (como el autoaislamiento) y va introduciendo alimentos. Además de lo mencionado por los familiares, durante las consultas no se observan signos de descompensación psíquica: sigue manteniendo el autocuidado, se muestra adecuado, colaborador y sonriente. Está introduciendo alimentos en su dieta, mantiene su peso estable y continúa con sus actividades habituales.

- En la consulta del día 4 de diciembre de 2019 acude acompañado de su madre, aspecto más cuidado, ha aumentado la ingesta, mejor calidad del sueño. Se decide seguimiento quincenal.

- La última consulta del paciente es el 18/12/2019: En la nota del 18/12/2019 se destaca que ha asumido más responsabilidades en el cuidado de su madre (que está

perdiendo memoria) y tiene una buena relación con su hermano y sus cuidadoras. No se observan señales de reagudización o descompensación de su condición, habiendo mostrado una evolución favorable desde noviembre (cuando rechazó la administración del tratamiento). Se programa una nueva cita para el 8/01/2020, teniendo en cuenta la temporada de festivos que intermedia. Durante la valoración del 18/12/2019 se decide mantener una «*actitud de acompañamiento*», lo que implica vigilancia. Se menciona que el paciente está de acuerdo y «*atento a las señales de alarma*», comprometiéndose a avisar si aparecen.

La valoración anotada en su historia ese día es la siguiente:

«Acude para seguimiento. Viene en compañía de su madre y hermano. Adecuadamente vestido y aseado.

Refiere estabilidad durante estos 15, mantener el mismo nivel de actividades yoga, estiramiento, sin cambios con respecto al sueño, es decir, mantiene el mismo patrón, se acuesta temprano, se levanta tras tres o cuatro horas de sueño interrumpido y comienza a hacer ejercicios.

Asume cada vez más responsabilidades de cuidado de su entorno debido a la situación de su madre y la pérdida de memoria de ella, buena disposición de relación con su hermano (…) y cuidadoras.

Se muestra expresivo y sonriente».

- Según el informe de los psiquiatras, el 30 de diciembre de 2019, fuera del horario habitual de consulta, se devuelve la llamada al hermano y curador. En esa llamada el hermano expresa preocupación por la detección de nuevos signos sugestivos de descompensación psicopatológica en (...).

- De lo manifestado por el reclamante en su escrito inicial y en el de alegaciones, así como de lo recogido por los informes que obran en el expediente, no consta que en esta comunicación telefónica el curador y hermano de (...) advirtiera de la producción por parte de éste de conductas de violencia física frente a terceros, o de haber amenazado con ejercitarlas. No obstante, oída la solicitud por parte del reclamante de que su hermano fuese ingresado, se le responde que tal decisión médica precisa de un examen previo del paciente, para lo cual se adelanta la cita anteriormente prevista para el 8 de enero al 2 de enero, la primera fecha disponible con carácter inmediato. Sobre esta última fecha se afirma en el informe del SIP que fue fijada «*de forma consensuada para el primer día laborable disponible*»; lo que cabe interpretar que una vez decidida por el servicio médico. el reclamante se dio por enterado, para llevar a consulta a su hermano (…).

- Finalmente, el 1 de enero de 2020, el paciente es ingresado en la unidad de agudos bajo custodia de las fuerzas del orden público debido a una descompensación de su condición base, encontrándose en el domicilio junto al cadáver de su madre. En el informe clínico durante su estancia en el Servicio de Psiquiatría, del 7 de febrero de 2020, se menciona que la situación se desencadenó de forma imprevista después de que la madre intentara insistentemente que el paciente comiera, interpretado por él como una amenaza.

El paciente fue absuelto de los cargos de asesinato de su madre y de intento de asesinato bajo la eximente completa de enajenación mental. Se dictaminó la aplicación de una medida de seguridad con internamiento en un centro psiquiátrico penitenciario por un período máximo total de 18 años.

3. Fijado el relato de hechos según la documentación contenida en el expediente, debemos analizar si concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial del SCS sobre los que se sustenta la reclamación; es decir, si existe título de imputación del resultado dañoso por el que se reclama la indemnización, en este caso, el fallecimiento de la madre del reclamante a manos de su hermano.

Según el reclamante el estado psicótico que lleva a (...) a empujar y golpear a su madre, con «*desproporcionada agresividad*», hasta causarle la muerte fue consecuencia de la retirada de la medicación que tenía pautada, y que «e*ra previsible que en esas circunstancias pudiera causar daño a alguien, como así fue*». Alega el reclamante que pocos días antes del fallecimiento de (...) planteó al equipo médico que su hermano debía ser ingresado porque no estaba siguiendo el tratamiento, sin que tal ruego fuera atendido de inmediato, emplazándolo a que (...) fuera a consulta el 2 de enero de 2020, para valorar la oportunidad médica del ingreso.

Según la Propuesta de Resolución «los hechos acaecidos el 31 de diciembre de 2019 no fueron previsibles, pues en los 25 años de desarrollo de la enfermedad nunca se tuvo constancia de conductas violentas o haber perpetrado agresiones de severa o moderada gravedad a terceras personas, ni siquiera en los momentos de confrontación y mayor descompensación psicopatológica». En consecuencia, concluye la PR que la Administración sanitaria no incurrió en responsabilidad, por lo que la reclamación debe ser desestimada.

Pues bien, vistas la reclamación del interesado en este procedimiento así como la Propuesta de Resolución, y habiendo de pronunciarse este Consejo acerca de la conformidad a Derecho de ésta, cumple determinar si la Administración sanitaria incurrió en algún grado de responsabilidad administrativa en la producción de la muerte de la Sra. (...).

El primer reproche por parte del reclamante, uno de los dos en que funda su pretensión resarcitoria, es la presunta decisión médica de retirar el tratamiento al enfermo. Tal afirmación no se ajusta a la realidad reflejada en el expediente. Nunca el servicio de psiquiatría retiró la medicación; fue el enfermo quien rechazó tomarla, tal como ha quedado probado a través de los informes de los que más arriba se dado cuenta. Es más, la buena práctica del servicio, como remedio alternativo a tal rechazo por (...), fue la establecer un plan individualizado de seguimiento, con consultas periódicas para recibir al enfermo y seguir valorándolo, lo que se desarrolló con buenos resultados hasta días antes de los gravísimos hechos de fin de año. No hubo, pues, tal prescripción de los servicios sanitarios de retirar la medicación.

El segundo reproche del reclamante se refiere a la desatención de su solicitud de inmediato internamiento de su hermano. Por ello, debemos analizar si la negativa por parte de los servicios psiquiátricos de ordenar el inmediato internamiento (el mismo día 30, o el 31, de diciembre) de (...), como solicitaba su hermano y reclamante, constituyó una decisión de mala praxis médica, por haber debido considerar con algún grado de previsibilidad la aparición en el enfermo de conductas de violencia física como la que acarreó la muerte de su madre. Es decir, habremos de pronunciarnos acerca de si teniendo en cuenta los antecedentes del enfermo, conocidos por el servicio sanitario a lo largo de muchos años de tratamiento, era previsible una reacción de violencia física como la que se desató aquel funesto día de fin de año.

Pues bien, para alcanzar una conclusión al respecto habremos de tener en cuenta qué manifestó, y qué no, el reclamante en aquélla llamada telefónica del día 30 de diciembre. Según (...) en aquel momento su hermano (...) «*debe ser ingresado porque no está siguiendo el tratamiento».* No consta sin embargo en su escrito de reclamación que entonces hubiera informado a los servicios sanitarios de la existencia de violencia física contra su madre u otras personas. Menos aún que él hubiera solicitado aquel día la intervención preventiva de la fuerza pública, a lo que vendría obligado como curador de haber tenido conocimiento de la existencia de tal tipo de violencia, o al menos de indicios fundados de su aparición. Al respecto,

resulta importante retener que la familia, en anteriores episodios de agravamiento de la enfermedad, siempre desprovistos de violencia física, sí solicitó la intervención de los agentes del orden llamando al 112. En fin, se deduce del análisis del expediente administrativo que el reclamante no trasladó a los servicios de psiquiatría, en aquella llamada telefónica del 30 de diciembre, la aparición en su hermano enfermo de un brote psicótico diferente de los varios producidos a lo largo de tantos años de tratamiento, y desde luego que no informó de la presencia de violencia física.

Por ello, teniendo en cuenta la información recibida por el servicio de psiquiatría a partir de aquella llamada telefónica, no resultaba previsible en el enfermo otro grado de respuesta externa diferente de la de ocasiones anteriores, y desde luego no la de desarrollar conductas de violencia física hacia otras personas, que nunca se había producido.

Pues bien, atendiendo a la anterior consideración puede afirmarse que la decisión de posponer el estudio médico previo al internamiento en una consulta a celebrar tres días después (lo más pronto que la agenda del servicio lo permitía, y adelantando, eso sí, la prevista para una semana más tarde), no puede calificarse como mala praxis. En fin, la conducta previsible del enfermo sería, a lo más, «*heteroagresividad verbal e irritabilidad»,* como en ocasiones anteriores, pero no la de violencia física contra su madre u otras personas. Y ante esta conducta previsible, y teniendo en cuenta que la agenda del servicio no permitía estudiar médicamente la necesidad de un internamiento del enfermo antes de la fijada fecha del 2 de enero (tres días después), ha de alcanzarse la conclusión de que la prestación del servicio sanitario se ajustó a la *lex artis ad hoc*.

El funcionamiento del servicio se ajustó en todo momento a la *lex artis ad hoc*, y no fue causa de la muerte de la Dra. (...). La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación, se considera en consecuencia conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que desestima la reclamación formulada, se considera conforme a Derecho, por lo motivos expresados en el fundamento IV del presente Dictamen.