

**Expediente:**39/2022

**Objeto:** Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria.

**Dictamen:** 42/2022, de 19 de diciembre

## **DICTAMEN**

En Pamplona, a 19 de diciembre de 2022,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfredo Irujo Andueza, Presidente; don Hugo López López, Consejero-Secretario; doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Luis Goñi Sein y don José Iruretagoyena Aldaz, Consejera y Consejeros

siendo ponente don Alfredo Irujo Andueza,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

### **I. ANTECEDENTES**

#### **I.1ª. Consulta**

El día 28 de octubre de 2022 tuvo entrada en el Consejo de Navarra un escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra (desde ahora, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, formulada por doña..., doña... y doña... con motivo de los daños producidos por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

A la petición de dictamen se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyéndose la propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (en adelante, SNS-O), desestimando la reclamación.

## **I.2ª. Antecedentes de hecho**

### **I. 2ª. 1. Reclamación de responsabilidad patrimonial.**

Doña..., doña... y doña..., mediante escrito fechado el 24 de noviembre de 2020, presentaron el 18 de diciembre de 2020 ante el SNS-O una reclamación de responsabilidad patrimonial por los presuntos daños y perjuicios ocasionados en la asistencia sanitaria prestada a doña.... En la que tras relatar las circunstancias personales del discurrir de la vida de doña..., con problemas de bullying en la adolescencia, incursiones en el mundo de la droga, problemas en los estudios y en el trabajo y con la propia familia, se indica en la reclamación que:

1.- La psiquiatra doctora...comunicó a doña... y a su madre, doña..., que iba a trasladar a la primera a un Centro de Día con el objetivo de que le diesen un diagnóstico.

2.- Doña... estuvo en el Hospital de Día... desde el 27 de marzo de 2018, hasta su fecha de alta el 23 de mayo de 2018, acudiendo todos los días desde las 8 hasta las 15 horas, haciendo terapia con los especialistas y actividades con el resto de los pacientes. Se acompaña a la reclamación el correspondiente informe del alta, suscrito por el facultativo especialista del área, y se manifiesta que tal alta se efectuó so pretexto del buen comportamiento interno de la paciente, aunque a juicio de su madre y hermana tenía comportamientos cada vez más raros y extraños.

3.- En ese contexto, hacia octubre de 2018, doña... se traslada a Madrid, con la idea de empezar una nueva vida, pero no fue capaz. No se organizaba para buscar trabajo, tenía desorden en sus gastos, la casa era un caos y no daba señales de vida.

Ante la gravedad de la situación, y tras la aparición de un delirio agudo psicótico según informe del SUMMA 112 de la Comunidad de Madrid, la hermana y la madre de doña... recabaron un informe de psiquiatría de la doctora doña..., lo que culminó con el ingreso involuntario de la paciente en un centro psiquiátrico de Madrid, con intervención del Juzgado de Primera Instancia nº 65 de esa capital. La entrada al domicilio de doña... y su ingreso

en el hospital... de Madrid se produjo el 29 de junio de 2019. Allí se le diagnosticó de psicosis no especificada.

4.- El 3 de julio de 2019, doña... ingresó en el Servicio de Psiquiatría del..., de manera programada y con autorización judicial, por “Descompensación psicopatológica”, siendo diagnosticada de esquizofrenia paranoide. Se le da de alta por traslado a la unidad de hospitalización de media estancia, donde ingresa el 28 de julio de 2019 y es dada de alta el 16 de septiembre del mismo año.

5.- Se adjuntan a la reclamación las manifestaciones de la madre y de la hermana de doña..., que inciden en la historia y vicisitudes de la vida de su hija y hermana (fallecimiento temprano del padre, etapas de estudiante universitaria en Burgos y Madrid, problemas laborales y familiares, carácter fuerte, desorden de vida, problemas con drogas y episodio final en Madrid determinante de su ingreso involuntario). Se aporta, asimismo, justificación del grado de discapacidad del 50% reconocido a doña... con efectos del 2 de septiembre de 2019 por “trastorno mental por esquizofrenia paranoide de etiología idiopática”.

6.- Por Resolución 7146/2020, de 29 de octubre, de la Directora Gerente de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas, se autorizó el alta de doña... en el servicio de intervención socio-comunitaria para personas con enfermedad mental grave, desde el día 17 de septiembre de 2020.

7.- Se une a la reclamación el informe pericial médico, de fecha 20 de octubre de 2020, confeccionado por don..., licenciado en Medicina y experto en valoración de daños corporales, que de la cronología transcrita deduce que “el alta del Centro de Día... fue absolutamente indebida con gravísimas negligencias profesionales sin determinar ningún diagnóstico clínico de sus patologías, y por ende sin ningún tratamiento farmacológico cuando la enfermedad subyacente era una patología psiquiátrica nunca diagnosticada y por ende sin tratamiento alguno al respecto, lo cual motivó la degeneración de su cuadro con una clara inquietud y zozobra tanto para la suscribiente Doña... como para su madre... y la hermana..., cuyo cuadro subyacente recogido en

los informes posteriores estaban determinando que nos encontrábamos ante una enfermedad subyacente y grave que le hacía incapaz a la paciente Doña... para gobernar su propia vida”.

A juicio de ese informe, “se incumplió el principio de la llamada *lex artis ad hoc* que supuso el alta indebida del Centro Hospital de Día... dejando con ello discurrir a su suerte sus patologías y agravándose con ello el cuadro clínico de las mismas”. Ello se produjo, a su juicio, al no haberse alcanzado en ese momento la estabilización lesional de la paciente, ni el diagnóstico correspondiente. Concluye determinando que el periodo de estabilización lesional abarca desde el 23 de mayo de 2018, hasta el 30 de junio de 2020, confirmándose la esquizofrenia paranoide y totalizándose un periodo de 767 días y dentro de estos por asimilación hospitalaria 365. Las secuelas alcanzan a su juicio la puntuación de 81 puntos a nivel psicofísico. Concurren los siguientes factores correctores: Por daños morales, por pérdida de calidad de vida, por perjuicio excepcional y por pérdida de calidad de vida de los familiares.

8.- A la vista del informe, la cuantificación de las indemnizaciones que se postulan ascienden a 226.709,40 € por las secuelas; 246.676,10 € por perjuicio personal particular; 38.758 € por perjuicio patrimonial; 48.279 € por lesiones temporales; y 20.000 € por daño emergente. En total, 648.846,80 €.

9.- En la fundamentación jurídica de la reclamación se invoca lo dispuesto por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, lo dispuesto por el artículo 106.2 de la Constitución, el artículo 139 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, considerándose que el diagnóstico final de la reclamante doña... es consecuencia de la desatención que padeció, constituyendo el alta del Centro del Hospital de Día... una negligencia médica, lo que supone un funcionamiento anormal de los servicios médicos.

## **I. 2ª.2. Instrucción del procedimiento e informes**

Por Resolución 2/2021, de 19 de enero, de la Jefa del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se acordó: 1º) admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, asignándole el número de expediente 24101/2020; 2º) nombrar instructor del procedimiento; 3º) informar a los reclamantes de los efectos que se podían derivar de la reclamación presentada respecto al acceso a los datos de su historia clínica; 4º) señalar el plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento, dentro de los seis meses siguientes al 18 de diciembre de 2020, además de indicar los efectos del silencio administrativo negativo; y 5º) dar traslado de la resolución al instructor del procedimiento y su notificación a los interesados.

Resultan relevantes los informes que se reseñan a continuación y que aparecen unidos al expediente.

#### **A) Informe del Centro de Salud Mental...**

Fechado el 26 de enero de 2021 recoge la anamnesis de la paciente, que acudió por primera vez a consulta el 20 de junio de 2016 por ansiedad, emotividad, ánimo bajo y conflictos familiares, tras la cual comunicó que iba a dejar su trabajo y se iba a trasladar a Madrid.

Sigue señalando el informe lo siguiente:

«Acudió de nuevo a este servicio el 18/10/2017 derivada por su MAP para valoración de ansiedad y depresión; estaba de baja desde el 9 de junio. Centré la consulta en establecer relación terapéutica y en completar la historia. En posteriores consultas con ella y con la familia se objetivaron trastornos conductuales, fugas de casa, nulas rendimientos académicos y relaciones sociales desde la adolescencia. Nunca había trabajado. Se puso de manifiesto actividad delirante de perjuicio centrada en su madre y su hermana en particular, y del resto de las personas en general. Irritable, a la defensiva, ante el mínimo comentario de la madre reaccionaba con agresividad verbal, labilidad afectiva y haciendo ademán de levantarse y abandonar la consulta. Nula conciencia de enfermedad psicótica, sin embargo describió tristeza y aceptó ingreso en Hospital de Día en marzo de 2018 para estudio de F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.

Tras el alta del Hospital de Día sólo acudió a una única consulta en este centro el 21/06/2018 cuando refirió que quería irse a Madrid a una casa

familiar para trabajar en hostelería y estudiar Bellas Artes. No acudió a las citas posteriores.

En mayo de 2019 contactó telefónica y presencialmente su hermana...en nuestro servicio describiendo graves alteraciones conductuales en Madrid.

Por todo ello dada la evolución de su trastorno, la descompensación psicopatológica en ese momento, la falta de conciencia de enfermedad, la ausencia de tratamiento, la imposibilidad de control ambulatorio y el riesgo existente para ella y para terceros, elaboré informe médico el 06/06/2019, solicitando que la paciente fuera trasladada a centro hospitalario para valoración e ingreso psiquiátrico involuntario.

El 02/07/2019 acudió su hermana... informando que... había ingresado de modo involuntario el domingo anterior en la ... y que al día siguiente la trasladaban a la ..., allí permaneció ingresada con autorización judicial del 3 al 27 de julio de 2019.

De la ... fue derivada a la ... del 28/07/2019 al 16/09/2019 y posteriormente a la ... hasta el 30/06/2020.

Al alta de ese dispositivo, fue derivada de nuevo a este servicio donde ha tenido consultas el 31 de julio, 30 de septiembre y 11 de noviembre.

En la consulta de julio acudió sola con muy buen contacto, afable y resonante. Refirió estar muy bien; realizó resumen de su proceso, con adecuada conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. Dio su permiso para coordinación con la familia.

En la revisión de septiembre refirió estar bien, seguir ayudando a su madre en la empresa, por las tardes acudir a un gimnasio para practicar bicicleta, dos veces por semana estar apuntada a un grupo de salidas al monte. Comenzó la semana anterior con una educadora del..., contenta. Refirió ansiedad por la comida en forma de atracones de comida basura en una única ocasión ha llegado a vomitar por el malestar posterior.

En el último contacto en este servicio en noviembre verbalizó estar muy bien y seguir manteniendo la estabilidad clínica. Más ocupada en el tiempo libre: los lunes hace un curso de acuarela en el civivox, de dos horas. Los martes participa en los grupos de apoyo mutuo de la Asociación... en el centro...; los jueves queda con la educadora de ... Ha dejado de ir al gimnasio porque tiene que hacer el ejercicio con mascarilla.

Repasando su trayectoria vital, habla de su proceso psicopatológico con buena conciencia de enfermedad, describe los fenómenos alucinatorios, ideas de perjuicio, autorreferencialidad... mientras vivía en Madrid, ("pensaba que me espiaban los astronautas, que los chinos me veían por las luces, estaba como en un matrix, en la TV hablaban de mí") ... con pena recuerda a su perrito, que dejó en Vitoria en una protectora ya

que durante el brote no le daba de beber por temor a que le envenenaran, “no pude cuidar de él”...

Viene después su madre quien refirió que el proceso de... ha sido muy duro pero que ahora la ve muy bien, lo que más le preocupa es su inactividad física, ganancia de peso en los últimos meses, ... refiere que no le gusta caminar. Se propuso control de peso y cuidados de salud por parte de enfermería, le parece bien».

### **B) Informe emitido por el Hospital de Día...**

Señala que la paciente fue atendida entre las fechas de 27 de marzo a 23 de mayo de 2018, siguiendo los procedimientos asistenciales habituales y con intervención de las distintas categorías de profesionales que forman el equipo terapéutico. La madre y la hermana fueron recibidas tanto por el facultativo psiquiatra, como por la trabajadora social. Se aplicaron los métodos de diagnóstico psiquiátrico acordes con la «lex artis ad hoc», como son «las entrevistas clínicas libres y semiestructuradas, las exploraciones psicopatológicas, la recogida de información de la familia, la observación conductual directa de la paciente en las diversas actividades y por diversos profesionales del equipo, el debate clínico interdisciplinar y el estudio de la información anamnésica de la historia clínica. Asimismo, se procedió a pruebas analíticas para descartar organicidad y consumo activo de sustancias y aplicación de test CAPE».

De las entrevistas de evaluación mantenidas con la paciente y con la familia, sigue el informe, «se deducía una alta conflictividad familiar y unas notables alteraciones de conducta de años de evolución en la paciente», evidenciándose la existencia de un “problema de consumo de sustancias de larga data”.

La paciente «refería colisión entre sus intereses y proyectos y la actitud de la familia, que obstaculizaba su cumplimiento. Utilizaba un tono de reivindicación y queja hacia ellos. No obstante, en ningún momento de su relato se pudo colegir la existencia de ideación delirante. Las quejas... no revestían las características de ajenas a la realidad, propias del delirio. La paciente no reconocía en ningún momento tener voces o alucinaciones y su conducta en el centro no las sugería. Mantenía la atención e interés, su

comportamiento social resultaba adecuado y su grado de cooperación con las pautas terapéuticas y participación en actividades fueron correctos. Tampoco la familia refería que verbalizara otro tipo de ideas que pudieran interpretarse como delirantes».

«En Hospital de día la intervención terapéutica se centró en favorecer la abstinencia a tóxicos, restablecer los vínculos familiares y relación familiar satisfactoria, mejorar sus competencias de autocuidado y organizar proyecto vital. Se mantuvieron varias entrevistas familiares, tanto con el psiquiatra como con la trabajadora social. Se propuso la intervención del servicio de mediación familiar del Gobierno de Navarra dada la manifiesta conflictividad familiar».

«Al alta se derivó a la paciente para el seguimiento de su proceso terapéutico al centro de salud mental de referencia... El proceso de alta también fue elaborado oportunamente con la paciente y familia con antelación necesaria».

Respecto al problema de diagnóstico, continúa el informe, «la ausencia de clínica psicótica susceptible de diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide durante las semanas de estancia en hospital de día, no excluye la posibilidad de que esta pudiera haberse manifestado de forma clara con posterioridad, como así fue en efecto».

Respecto del nexo causal entre la supuesta ausencia de tratamiento adecuado y la irrupción posterior de un brote psicótico, «hay que afirmar que no podrá determinarse de forma indubitada, ya que muchos pacientes con esquizofrenia aun bien diagnosticados y tratados farmacológicamente, se descompensan, por motivos variados (la propia dinámica de la enfermedad, condiciones de vida, consumo de tóxicos, estrés...)

«Por tanto, si bien la instauración de un tratamiento antipsicótico puede reducir la probabilidad de descompensación de una persona con Esquizofrenia, no la elimina, como así nos muestra la práctica clínica cotidiana. El propio consumo de sustancias psicotóxicas puede inducir



estados de psicosis per se o producir la descompensación de una esquizofrenia previa».

«Respecto al tratamiento farmacológico, no se instauró tratamiento con antipsicótico porque no se vio indicado ante la ausencia de síntomas psicóticos u otros susceptibles del mismo. Se mantuvo la terapia con antidepresivo de mantenimiento que venía tomando».

«En lo referente al proceso de alta, atendiendo a los argumentos expuestos, entendemos que la decisión del alta en la fecha que se produjo fue la correcta atendiendo a la evolución observada, no estimándose necesario prorrogar más tiempo la estancia en nuestro recurso».

### **C) Informes emitidos por el Servicio de Psiquiatría del ...**

El primero de los informes de este Servicio es de fecha 3 de julio de 2019 y se emite con ocasión del ingreso involuntario de la paciente, por «descompensación psicopatológica» y trasladada en ambulancia para estabilización psicopatológica y filiación diagnóstica, con el diagnóstico de «otros trastornos psicóticos no orgánicos».

Ya en el informe del mismo Servicio de 30 de julio de 2019, tras la correspondiente exploración y evaluación y tras presentar una evolución ligeramente positiva, con disminución de la ideación delirante de perjuicio respecto de su familia, con nula conciencia de la enfermedad y con tratamiento de risperidona y paliperidona, queda diagnosticada de «esquizofrenia paranoide», siendo trasladada al Servicio de la unidad de hospitalización de media estancia.

Este Servicio, con fecha de 16 de septiembre de 2019, emite informe de alta. En el apartado «evolución» señala textualmente lo siguiente:

«El pasado 28/07/2019 la paciente fue ingresada de forma involuntaria en la .... Le evolución de la paciente en la unidad hasta el día de hoy se valora como favorable, mostrándose en el momento actual estable psicopatológicamente. Al inicio del ingreso la paciente negaba cualquier sintomatología de tipo psicótica y minimizaba las alteraciones conductuales objetivadas esta última temporada, no reconociendo afectación en su funcionamiento diario y mostrándose sorprendida del

ingreso. Sin embargo, a pesar de la nula conciencia de enfermedad la paciente se ha mostrado desde el inicio colaboradora en las consultas, tomándose la medicación psicofarmacológica pautada y participando en la dinámica de la unidad. En el transcurso del ingreso la paciente reconoció haber tenido ideación delirante de referencialidad y perjuicio y alucinaciones auditivas en el periodo que estuvo viviendo en Madrid antes del ingreso en UHP, haciendo crítica de la mayor parte de estas experiencias. Relaciona dicha sintomatología como parte de un “episodio de paranoia” y reconoce la repercusión que tuvo a nivel conductual, habiendo dejado de lado aspectos importantes de su vida (sin actividad laboral, aislada, sin llevar a cabo gestiones de empadronamiento, sin contacto con familiares, llevando a cabo conductas bizarras “contaba las camisetas con lunares...”)

Se trabaja conjuntamente con la paciente en la formulación del caso, identificando factores estresantes de su biografía que han podido desencadenar el episodio psicótico en la actualidad (historia de consumo de tóxicos, bullying en la adolescencia, fallecimiento del padre, conflictos con su madre y su hermana por la empresa familiar...). Refiere en varias ocasiones sentimientos de vergüenza y autoestigma entorno al diagnóstico de “Esquizofrenia paranoide”, mostrándose con incertidumbre sobre su futuro y la afectación de este diagnóstico en su vida diaria. La última semana del ingreso la paciente reconoció la necesidad de transmitir su experiencia a la familia, por lo que se le realizó un entrevista conjunta con su madre y su hermana en la que hablaron cada una abiertamente de su vivencia, de sus sentimientos y preocupaciones en torno al ingreso y al diagnóstico, mostrándose apoyo y afecto entre ellas.

La familia se ha mostrado colaboradora en todo momento, objetivándose mejoras en las relaciones familiares, sobretodo la relación madre-hija. Sin embargo, no se pudo llegar a realizar salidas de FS con pernocta por situación de desbordamiento emocional de la familia durante el ingreso, haciendo salidas de tardes y de comidas el FS.

En la actualidad la paciente se muestra comprometida con su recuperación, manteniendo abstinencia de consumo de tóxicos y con deseos de poder llevar una vida autónoma. No se objetiva sintomatología positiva ni alteraciones en la esfera afectiva en el momento presente.

Desde el punto de vista psicofarmacológico, se ha retirado en la fase final del ingreso, el tratamiento con risperidona oral. No ha presentado efectos adversos medicamentosos, y la adherencia a la pauta es adecuada.

Tratamiento farmacológico al alta: Xeplion 150 mg cada 28 días (próxima dosis el día 20 de septiembre), Abilify 5mg: 1-0-0, Lorazepan 1m: ½ cp al acostar, Plantado 1-1-1...»

Como diagnóstico, se recoge «Esquizofrenia paranoide», con tratamiento con diversos fármacos.

#### **D) Informe Médico Pericial emitido por especialistas de «...» (...)**

Consta en el expediente un informe pericial emitido por la doctora..., Licenciada en Medicina y Cirugía, especialista en Psiquiatría, y por el doctor..., doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Psiquiatría Legal y profesor de Psiquiatría en la Universidad ... (Madrid).

En el informe, de fecha 12 de marzo de 2021, se efectúa un resumen detallado de la historia clínica de la paciente, y se realizan las siguientes consideraciones médico periciales:

«- La paciente acudió al Hospital de Día... entre el 27/03/2018 y el 23/05/2018. Según la información de la que disponemos, la paciente fue valorada por psiquiatría, trabajo social y el resto del equipo multidisciplinar que conformaba dicho dispositivo. Según dicha información, se realizaron varias entrevistas con su familia.

- Como se describe en los documentos puestos a disposición de los peritos, durante las diferentes anamnesis y exploraciones psicopatológicas, no se observaron síntomas ni signos que sugirieran la existencia de un trastorno de naturaleza psicótica. Según los informes, la problemática observada se centraba en las relaciones familiares conflictivas y el consumo de tóxicos por parte de la paciente.

- Según la documentación disponible, el plan terapéutico al alta se centró en “favorecer la abstinencia a tóxicos, restablecer los vínculos familiares y relación familiar, mejorar sus competencias de autocuidado y organizar proyecto vital. Se mantuvieron varias entrevistas familiares tanto con el psiquiatra como con la trabajadora social. Se propuso la intervención del servicio de mediación familiar del Gobierno de Navarra dada la manifiesta conflictividad familiar (...) El proceso de alta también fue elaborado oportunamente con paciente y familia con la antelación necesaria”.

- El diagnóstico diferencial de la esquizofrenia en fase prodrómica y en ausencia de síntomas específicos es complejo. El primer episodio psicótico a menudo viene precedido durante meses o años por signos y síntomas prodrómicos, que suelen diagnosticarse de manera retrospectiva. Estos síntomas pueden no ser específicos ni psicóticos. Salvo en los casos de inicio abrupto, en general se produce un declive paulatino en el funcionamiento (cambios en el comportamiento, deterioro en el funcionamiento laboral, aislamiento social, etc.). Finalmente, acaba

apareciendo algún síntoma psicótico característico de la fase aguda que define el trastorno como una esquizofrenia.

- Existen predictores de conversión a psicosis que, a veces, permiten sospechar los pródromos de una esquizofrenia (rasgos esquizotípicos, síntomas negativos y malestar emocional, funcionamiento pobre, abuso de drogas, estrés, pobreza cognitiva) pero no permiten realizar un diagnóstico categórico de esquizofrenia previa al primer episodio psicótico (caracterizado por alucinaciones, delirios y conducta o lenguaje desorganizado).

- Según metaanálisis recientes, existe un retraso considerable y habitual entre el inicio de los síntomas psicóticos y el inicio del tratamiento, que se debe a la falta de reconocimiento de los síntomas psicóticos por parte del paciente, familiares y cuidadores.

- En el caso que nos ocupa, la paciente fue evaluada durante casi tres meses, en los cuales no se observaron síntomas característicos de fase aguda de esquizofrenia. Los síntomas presentados por la paciente durante su seguimiento en el Hospital de Día..., si bien podrían contemplarse retrospectivamente como síntomas prodrómicos de esquizofrenia, no eran específicos de dicha patología, y, por tanto, en aquel momento no permitía realizar un diagnóstico de esquizofrenia e instaurar un tratamiento antipsicótico de prueba (que no estaría exento de riesgos).

- En conclusión, no se encuentran indicios de negligencia en la actuación de los profesionales del Hospital de Día... ni el desarrollo del episodio psicótico agudo puede considerarse consecuencia directa del alta prescrita en dicho hospital de día».

Termina el informe declarando que no se encuentran indicios de negligencia en la atención clínica practicada y que esta se llevó a cabo de acuerdo a los criterios convencionales de «lex artis ad hoc».

### **Trámite de audiencia y alegaciones**

Mediante escrito de fecha 26 de marzo de 2021, el instructor del procedimiento dio trámite de audiencia a los interesados por un periodo de diez días hábiles para la presentación de nuevas alegaciones, de otros documentos y de las justificaciones que estimaran pertinentes. Asimismo, se les dio copia de los informes incorporados al expediente.

Por escrito fechado el 27 de abril de 2021, los reclamantes presentaron alegaciones que reproducen en buena medida el anterior escrito de

reclamación inicial, haciendo referencia a que han encomendado a un gabinete pericial psiquiátrico un informe pericial psiquiátrico que en el plazo de diez días es imposible de elaborar, interesando tiempo para su aportación, ya que dicho estudio va a llevar un tiempo no inferior a treinta días hábiles.

### **Propuesta de resolución**

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de fecha 10 de octubre de 2022 de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por doña..., doña... y doña..., con motivo de los daños sufridos por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Señala la propuesta de resolución, tras recoger lo señalado por los informes obrantes en el expediente a los que nos hemos referido anteriormente, que la única prueba pericial de parte aportada por las reclamantes no es de un especialista en psiquiatría, y que no se ha remitido, pese al anuncio realizado, ninguna otra pericial psiquiátrica, no pudiendo aceptarse las críticas vertidas al informe pericial de... con ocasión del trámite de audiencia. «Tales comentarios (entre otros, que la paciente no se encontraba en una etapa prodrómica sino prepsicótica avanzada, a tenor de sus síntomas; inexactitud del relato fáctico en dicho informe; y falta de objetividad y quiebra de los criterios deontológicos profesionales en su elaboración) se sustentan únicamente en afirmaciones realizadas por las reclamantes en sus escritos, que carecen de la virtualidad suficiente para contradecir la pericia técnica de sus firmantes».

Y sigue la propuesta de resolución:

«El agravamiento de doña... que desembocó en su ingreso involuntario en un centro psiquiátrico, si bien desafortunado, en ningún caso es imputable a una actuación negligente de la Administración sanitaria.

E incluso, a mayor abundamiento, no debe obviarse que tras el alta de fecha 23 de mayo de 2018 en el Hospital de Día..., la paciente quedó asignada para su seguimiento ambulatorio en el Centro de Salud Mental de..., pero que sin embargo únicamente acudió a la cita de 21 de junio de 2018, faltando al resto de citas concertadas posteriormente. Esto impidió que se pudiera llevar a cabo dicho seguimiento, así como que

los profesionales de la Administración sanitaria pudieran supervisar su evolución.

Puede entenderse cabalmente que, si la paciente hubiera acudido a sus citas en el Centro de Salud Mental, una vez que la fase psicótica hubiera empezado a manifestarse, habría podido ser detectada precozmente por los profesionales sanitarios, para adoptar las medidas adecuadas.

No es posible afirmar aquí, por quedar en el terreno de las meras hipótesis, que la detección precoz de la esquizofrenia padecida por doña... en ese período de seguimiento ambulatorio hubiera evitado que la situación desembocara en el estado en que aquella se encontraba en junio de 2019, y que provocó incluso su ingreso involuntario en un centro psiquiátrico. Pero lo que sí queda fuera de toda duda es que en ningún caso puede imputarse el agravamiento de su situación a la Administración sanitaria, toda vez que, como se ha establecido ya, la actuación y el alta del Centro de Día ... fueron acordes con una correcta praxis médica, y que, debido a la conducta de la propia paciente, quien no acudió a las sucesivas citas médicas, se hurtó a los profesionales sanitarios el seguimiento ambulatorio de su estado».

No concurre, por consiguiente, sigue la misma propuesta, negligencia alguna en la actuación de los profesionales de ... y, por tanto, no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial del SNS-O.

## **II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

### **II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen.**

La presente consulta versa sobre una reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por doña..., doña... y doña... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios. Es ésta una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1. de la LFCN, el Consejo de Navarra debe ser consultado preceptivamente en los siguientes asuntos: i) Reclamaciones de responsabilidad patrimonial en las que se solicite una indemnización en cuantía igual o superior a trescientos mil euros.

En el presente caso se solicita una indemnización de seiscientos cuarenta y ocho mil ochocientos cuarenta y seis euros con ochenta céntimos (648.846,80 €) más los intereses legales correspondientes, por lo que el presente dictamen se emite con carácter preceptivo.

## **II.2ª. Sobre competencia y tramitación del procedimiento**

La Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP) regula en sus artículos 53 y siguientes el procedimiento administrativo común, conteniendo en sus artículos 65, 67, 91 y 92, las especialidades propias de los procedimientos de responsabilidad patrimonial. En el procedimiento general se contemplan sucesivamente su iniciación, la práctica de las pruebas que se declaren pertinentes, la solicitud de informes y, por último, la resolución definitiva por el órgano competente y su posterior notificación.

Disponen, por su parte, los artículos 122, en relación con el 58, ambos de la Ley Foral 11/2019, de 11 de marzo, de la Administración de la Comunidad Foral y del Sector Público Institucional Foral, que la resolución del expediente corresponderá a la persona que ejerza la gerencia o presidencia de los respectivos Organismos Autónomos.

En cuanto a la tramitación de este procedimiento, se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias a tener en cuenta en la atención sanitaria prestada, obrando en el mismo el historial clínico remitido, los informes emitidos por los servicios médicos, así como el informe de la asesoría médica... en relación con los hechos objeto de la reclamación.

Se ha dado trámite de audiencia, con traslado de copias de los informes obrantes en el expediente y acceso al historial médico obrante en el expediente, presentándose por los reclamantes las alegaciones que se han considerado convenientes y aportándose por su parte diversos informes médicos, todo ello previo a la formulación de la propuesta de resolución.

Con base en lo anterior, consideramos que en términos generales se ha dado cumplimiento a la normativa aplicable por lo que el procedimiento seguido se considera correcto.

### **II.3ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos**

Como se ha repetido por este Consejo de Navarra en dictámenes anteriores, la responsabilidad patrimonial de la Administración es una institución de garantía de los ciudadanos prevista en el artículo 106.2 de la Constitución Española (CE), encontrándose su regulación en los artículos 32 a 37 (capítulo IV del título preliminar) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

El artículo 106.2 de la Constitución consagra el principio de la responsabilidad patrimonial extracontractual de las Administraciones públicas por las lesiones que sufran los particulares en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

El punto de partida lo constituye el artículo 32.1 de la LRJSP, a cuyo tenor «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 no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas (artículo 32.2). Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley (art. 34.1 de la LPJSP). No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquellos,



todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales y económicas que las leyes puedan establecer en estos casos (artículo 34. 1). La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad Social (artículo 34.2). Los interesados solo podrán solicitar el inicio de un procedimiento, cuando no haya prescrito su derecho a reclamar. El derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo [artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en lo sucesivo, LPACAP)]. La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista la responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización, y en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo causal (STS de 13 de julio de 2000, entre otras).

#### **II.4ª. La relación de causalidad y la antijuridicidad del daño. El cumplimiento de la lex artis**

Como este Consejo ha señalado en dictámenes anteriores (entre otros, 10/2017, de 27 de marzo, 9/2020, 26 de marzo, o 16/2021, de 20 de mayo), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001

y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que será preciso acudir al criterio de la «lex artis» como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia 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 curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007).

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la «lex artis», y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados; es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la «lex artis» es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida («lex artis»). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha «lex artis»; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, como sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad

representado por la «lex artis» (STS de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño, sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, dice:

«La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988, 29 mayo 1989, 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: «esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar» (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003).

Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando 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. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que «en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto».

De lo expuesto se colige que el reproche de antijuridicidad de la lesión acaecida se elimina si la actuación médica se ajusta a la «*lex artis ad hoc*»; esto es, cuando se valore que la actuación médica se ha desarrollado correctamente teniendo en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, atendiendo al estado de la ciencia y técnica normal requerida, cumpliéndose tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, como respondiendo con eficacia los servicios (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de marzo de 1991).

### **II.5ª. Procedencia de la desestimación de la reclamación**

En el presente caso, alegan, en síntesis, los reclamantes que se ha producido una infracción de la «*lex artis*» al haberse producido el alta indebida de la paciente del Hospital de Día... con error de diagnóstico y, por consiguiente, sin el correlativo tratamiento, siendo el diagnóstico final de doña... consecuencia de la desatención que padeció.

Se aporta para justificar esa pretensión el informe pericial elaborado por un licenciado en medicina y experto en valoración de daños corporales que precisa que, «se incumplió el principio de la llamada *lex artis ad hoc* que supuso el alta indebida del Centro Hospital de Día... dejando con ello discurrir a su suerte sus patologías y agravándose con ello el cuadro clínico de las mismas». Ello se produjo, a su juicio, al no haberse alcanzado en ese momento la estabilización lesional de la paciente, ni el diagnóstico correspondiente.

Sobre esta cuestión los informes obrantes en el expediente han manifestado lo siguiente:

Según el informe del Hospital de Día..., doña..., fue atendida con la intervención de distintos profesionales del equipo terapéutico, aplicándose los métodos de diagnóstico psiquiátrico acordes con la «*lex artis ad hoc*», con entrevistas clínicas libres y semiestructuradas, exploraciones psicopatológicas, recogida de información de la familia, observación conductual directa en las diversas actividades y por diversos profesionales del

equipo, debate clínico interdisciplinar y estudio de la información anamnéstica de la historia clínica. Asimismo, se procedió a realizar pruebas analíticas para descartar organicidad y consumo activo de sustancias y a la aplicación del test CAPE, deduciéndose de las entrevistas de evaluación con la paciente y su familia, «una alta conflictividad familiar y unas notables alteraciones de conducta de años de evolución en la paciente», así como la existencia de un «problema de consumo de sustancias de larga data».

Sigue añadiendo el mismo informe que la paciente refería colisión entre sus intereses y proyectos y la actitud de la familia, que obstaculizaba su cumplimiento. Utilizaba un tono de reivindicación y queja hacia ellos. No obstante, en ningún momento de su relato se pudo colegir la existencia de ideación delirante. Sus quejas no revestían las características de ajenas a la realidad, propias del delirio, no reconocía en ningún momento tener voces o alucinaciones y su conducta en el centro no las sugería. Mantenía la atención e interés, su comportamiento social resultaba adecuado y su grado de cooperación con las pautas terapéuticas y participación en actividades fueron correctos. Tampoco la familia refería que verbalizara otro tipo de ideas que pudieran interpretarse como delirantes.

La intervención terapéutica se centró en favorecer la abstinencia a tóxicos, restablecer los vínculos familiares y la relación familiar, mejorar sus competencias de autocuidado y organizar el proyecto vital. Se mantuvieron varias entrevistas familiares, tanto con el psiquiatra como con la trabajadora social y se propuso la intervención del servicio de mediación familiar del Gobierno de Navarra dada la manifiesta conflictividad familiar.

Sobre el diagnóstico, se resalta la «ausencia de clínica psicótica susceptible de diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide», sin que ello excluya la posibilidad de manifestación posterior.

Sobre el alta, precisa que se derivó a la paciente para seguimiento de su proceso terapéutico al centro de salud mental de referencia.

Sobre el nexo causal entre la supuesta ausencia de tratamiento y el brote psicótico posterior que sufrió la paciente, considera que no puede

determinarse, no instaurándose tratamiento antipsicótico porque «no se vio indicado ante la ausencia de síntomas psicóticos u otros susceptibles del mismo», manteniéndose la terapia con el antidepresivo de mantenimiento que venía tomando.

Considera, finalmente, que «la decisión del alta en la fecha que se produjo fue la correcta atendiendo a la evolución observada, no estimándose necesario prorrogar más tiempo la estancia en nuestro recurso».

El informe pericial de «...», por su parte, elaborado por dos especialistas en psiquiatría, considera, tras explicar que el diagnóstico de la esquizofrenia en fase prodrómica y en ausencia de síntomas específicos es complejo, solíendose diagnosticar los síntomas prodrómicos de manera retrospectiva, que «la paciente fue evaluada durante casi tres meses, en los cuales no se observaron síntomas característicos de fase aguda de esquizofrenia. Los síntomas presentados por la paciente durante su seguimiento en el Hospital de Día..., si bien podrían contemplarse retrospectivamente como síntomas prodrómicos de esquizofrenia, no eran específicos de dicha patología, y, por tanto, en aquel momento no permitía realizar un diagnóstico de esquizofrenia e instaurar un tratamiento antipsicótico de prueba (que no estaría exento de riesgos)». De ahí que declare que «no se encuentran indicios de negligencia en la atención clínica practicada y que esta se llevó a cabo de acuerdo a los criterios convencionales de «lex artis ad hoc».

Trasladado este informe a las reclamantes, se anunció el encargo de un informe pericial psiquiátrico de parte pero, lo cierto es, como se indica en la propuesta de resolución formulada por la Administración, que no se ha remitido, no habiéndose solicitado tampoco audiencia ante este Consejo.

En este estado de cosas, no podemos sino hacer nuestras las consideraciones que se contienen en la propuesta de resolución respecto a la valoración de los informes periciales. Así, conforme a la Sentencia número 228/2017, de 27 de octubre, del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 2 de Pamplona: «Es evidente que nos encontramos en la difícil tarea de valorar dos informes periciales de distinto sentido. La primera regla de la sana crítica para valorar los informes debe ser la fundada en la especialidad

de los peritos intervinientes, con lo que, al tratarse el caso enjuiciado de problemas dimanantes de una operación de artroscopia, pero manifestados en el ámbito de la urología y la opinión del especialista en dicha disciplina debe primar, en buena lógica, sobre el informe del especialista en Valoración del Daño Corporal, por los conocimientos específicos en la materia que al primero se le suponen, más aun en un caso como el que nos ocupa donde ambos peritos han sido designados por la recurrente y por la administración, es decir, que ha de presumirse en ambos las mismas de imparcialidad y objetividad a la hora de evacuar su informe». En parecido sentido se manifiesta la Sentencia número 110/2020, de 10 de junio, del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 1 de Pamplona.

Por otro lado, y con los datos con los que contamos a la hora de emitir este dictamen, hemos de señalar que frente a la apodíptica manifestación contenida en el informe del médico don... sobre el alta producida en el Hospital de Día... y que se considera como «indebida», nos encontramos con los informes, tanto del propio Hospital de Día, como de «...», en los que se produce una más cumplida explicación de lo acaecido, de la intervención terapéutica realizada, de la evaluación efectuada sobre la paciente, de las pautas que se dieron tras el alta, de la propia especificidad de la patología padecida y de su diagnóstico, así como de la evolución de la enfermedad y que, a falta de otras pruebas, resultan más convincentes, con arreglo a las que podemos considerar como reglas de la sana crítica.

Conforme señala el informe del Hospital de Día..., existía en el momento del alta de la paciente una «ausencia de clínica psicótica susceptible de diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide», lo que no excluye la posibilidad de manifestación posterior, de forma tal que –sigue el informe de...- que en aquel momento, los síntomas no permitían «realizar un diagnóstico de esquizofrenia e instaurar un tratamiento antipsicótico de prueba (que no estaría exento de riesgos)». De ahí que no se encuentren «indicios de negligencia en la atención clínica practicada», llevándose a cabo de acuerdo a los criterios convencionales de «lex artis ad hoc».

### **III. CONCLUSIÓN**

El Consejo de Navarra considera que la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por por doña..., doña... y doña... con motivo de los daños producidos por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.