



DAÑOS CAUSADOS POR PERSONAS CON TRASTORNOS  
MENTALES Y LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO EN LA  
JURISPRUDENCIA DEL TEDH

MÓNICA NAVARRO-MICHEL

PROFESORA AGREGADA DE DERECHO PRIVADO (UB)

MIEMBRO DE LA CÀTEDRA JEAN MONNET (UB)

WORKING PAPER 2/2019

**WORKING PAPERS  
JEAN MONNET CHAIR**



**EUROPEAN  
PRIVATE LAW**



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

**Abstract** La noción de vida privada protegida en el art. 8 CEDH incluye no solo la intimidad de la persona, sino también su integridad física, psicológica y moral, según la interpretación que hace del precepto el TEDH. El Estado, por un lado, debe abstenerse de realizar actos que supongan una interferencia en esa esfera personal, y por otro, debe adoptar medidas de protección de los ciudadanos frente a las agresiones físicas de otros particulares. Esta obligación positiva del Estado aparece cuando conoce o debe haber conocido la existencia un riesgo real e inmediato para la vida o integridad física de un individuo identificable. En la jurisprudencia española, para que surja responsabilidad del Estado es indispensable la previsibilidad de la agresión física. Aquí se examina la jurisprudencia del TEDH más reciente para ver si cabe extraer alguna conclusión acerca de los criterios de previsibilidad de las agresiones físicas y de las medidas que debe adoptar el Estado para evitarlas.

**Título:** Daños causados por personas con trastornos mentales y la responsabilidad del Estado en la jurisprudencia del TEDH

**Palabras clave :** daños causados por personas con trastorno mental, artículo 8 CEDH, previsibilidad del daño, obligaciones positivas del Estado

**Abstract:** The notion of private life protected in art. 8 ECHR includes not only the privacy of the person, but also their physical, psychological and moral integrity, according to the ECtHR's interpretation of this provision. On one hand, the State must refrain from acts that interfere with that personal sphere and, on the other hand, it must take measures to protect citizens against the physical aggressions of other individuals. This positive obligation of the State appears when it knows or should have known of the existence of a real and immediate risk to the life or physical integrity of an identifiable individual. In Spanish case law, the predictability of the physical aggression is indispensable in order for State responsibility to arise. This paper examines the most recent ECtHR case law to see if we can draw any conclusions about the predictability criteria for physical assaults, and about the measures the State must take to prevent them.

**Title:** Damages caused by persons with mental disorders and the responsibility of the State in the ECtHR case law

**Keywords:** harm caused by persons with mental disorder, Article 8 ECHR, foreseeability of damage, positive obligations of the State

## Índice

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>2. LA SITUACIÓN LEGAL EN ESPAÑA.....</b>	<b>4</b>
<b>3. LA JURISPRUDENCIA DEL TEDH .....</b>	<b>7</b>
<b>3.1. Las agresiones físicas entre particulares constituyen una vulneración del art. 8 CEDH.....</b>	<b>7</b>
<b>3.2. Previsibilidad de la agresión física.....</b>	<b>9</b>
<b>3.3. Medidas a adoptar por el Estado para evitar agresiones físicas entre particulares. ....</b>	<b>11</b>
<b>4. REFLEXIONES FINALES.....</b>	<b>14</b>
<b>5. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>15</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

Cuando una persona con un trastorno mental agrede físicamente a otra persona, ésta puede reclamar una indemnización contra aquella por los daños sufridos pero, además, tendrá una acción contra la Administración pública cuando esa agresión haya sido previsible para el Estado. La previsibilidad es un elemento de la responsabilidad civil que la jurisprudencia española ha analizado en este contexto, pero no tanto cuando la persona con trastorno mental agrede a otra sino, sobre todo, cuando es víctima de un daño. Generalmente, cuando está ingresada y se suicida o se fuga, lo cual genera responsabilidad de la Administración sanitaria por el incumplimiento de sus obligaciones de vigilancia y custodia.

Cuando la persona no está ingresada, parece que la Administración pública no debería responder, por ausencia de relación causal. Y sin embargo, puede ser responsable por omisión de medidas de prevención del daño, aunque para ello será necesario que haya previsto la agresión física. Este trabajo presenta la jurisprudencia española sobre esta cuestión, y examina la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), para ver si arroja alguna luz sobre los elementos de previsibilidad y evitabilidad del daño.

## 2. LA SITUACIÓN LEGAL EN ESPAÑA

En el Derecho español, los daños causados por personas con trastornos mentales generan responsabilidad civil, que se puede abordar desde varias perspectivas<sup>1</sup>. La reclamación por daños puede estar fundamentada en la responsabilidad por hecho propio, con base en el art. 1902 CC, y/o en la responsabilidad por hecho ajeno, del art. 1903 CC. Como es sabido, el art. 1903 CC no sustituye al 1902 CC, sino que añade un patrimonio, el de la persona que responde por hecho ajeno, al patrimonio del causante del daño. De esta manera, el perjudicado puede elegir entre demandar sólo al causante del daño por la vía del 1902 CC, demandar sólo al sujeto responsable mencionado en el art. 1903 CC, o demandar a ambos.

El art. 1902 CC obliga al demandante a demostrar la culpa o negligencia del demandado, centrándose en la falta de diligencia debida en la conducta de la persona. La necesidad de comparar la conducta del causante del daño con la conducta de una persona razonable (diligencia de un buen padre de familia, del 1104 CC) exige tener en cuenta las circunstancias de las personas, y ello podría conducir a la exoneración de responsabilidad del demandado por falta del requisito de negligencia. Para evitar que la persona con trastorno mental quede exonerada de responsabilidad por este motivo, se ha desarrollado el concepto de culpa en sentido objetivo.

---

<sup>1</sup> Sobre la función del derecho de daños en estos casos, véase SEUBA TORREBLANCA, Joan Carles, FARNÓS AMORÓS, Esther y FERNÁNDEZ CRENDE, Antonio (2004), "Daños causados por personas con trastornos mentales", *Indret*, nº 2, pp. 1-28, en p. 23-25.

El art. 1903 CC menciona al tutor, junto con los padres, los empresarios y los titulares de los centros docentes, como persona que responde por hecho ajeno, pero esta referencia limita la aplicación del art. 1903 CC a aquellos casos en que la persona con trastorno mental esté incapacitada judicialmente, que no es lo habitual. Y menos aún lo ha de ser, a partir de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, que lleva a la superación de la incapacitación judicial como mecanismo jurídico de protección de la persona.

Surge entonces la necesidad de ver si el guardador de hecho puede ser responsable por los daños causados por la persona incapaz. Cabe pensar que pueda ser responsable por la vía del art. 1.902 CC, por interpretación extensiva del art. 1.903 CC<sup>2</sup>, pero no por la vía del art. 299 CC<sup>3</sup>.

En el ámbito sanitario, puede surgir responsabilidad del psiquiatra por error negligente de diagnóstico o tratamiento, sobre todo si no aconseja el ingreso urgente cuando resulta necesario<sup>4</sup>. Puede surgir, además, responsabilidad del centro sanitario que trata al enfermo mental en régimen de internamiento, por falta de control del paciente ingresado, que se logra escapar, o por autorizar el alta hospitalaria prematuramente.

En aquellos casos en que la asistencia sanitaria se preste en un centro sanitario público, se aplicarán las normas de responsabilidad patrimonial de la Administración

---

<sup>2</sup> En principio, el art. 1.903 CC no puede ser objeto de aplicación analógica (ROCA TRÍAS, Encarna y NAVARRO-MICHEL, Mónica (2016), *Derecho de Daños. Textos y materiales*, 7ª edición, Tirant lo Blanch, Valencia, p. 161), aunque algunos autores defienden su interpretación extensiva para incluir a los guardadores de hecho, como DE SALAS MURILLO, Sofía (2003), *Responsabilidad civil e incapacidad. La responsabilidad civil por daños causados por personas en las que concurre causa de incapacitación*, Tirant lo Blanch, Valencia, p. 276, y YÁÑEZ VIVERO, Fátima (2011), "Examen jurisprudencial de la responsabilidad derivada de ilícitos dañosos causados por personas con trastornos mentales", *Revista Crítica de Derecho Inmobiliario*, nº 728, pp. 3531-3556, en p. 3537. En cualquier caso, es difícil dar una respuesta general a esta cuestión dada la variedad de supuestos que engloba la referencia a los "guardadores de hecho".

<sup>3</sup> En este sentido DE SALAS MURILLO, *op.cit.*, p. 261, y YÁÑEZ VIVERO, *op.cit.*, p. 3535. En cambio, YZQUIERDO TOLSADA, Mariano (2015), *Responsabilidad civil extracontractual*, Dykinson, Madrid, p. 305, considera aplicable el art. 299 CC para hacer responder al guardador de hecho por los daños causados por el presunto incapaz.

<sup>4</sup> La STSJ Valencia 161/2015, de 3 de marzo (JUR 2015/122448) aprecia responsabilidad patrimonial por defectuosa atención del psiquiatra que no procede a acordar el ingreso, con carácter urgente, a un paciente con alto riesgo de suicidio. Ahora bien, dada la incertidumbre en torno a la posibilidad de evitar el daño, la sentencia no indemniza por la muerte, sino por la pérdida de oportunidad.

pública. La Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (arts. 32 y ss) establece una responsabilidad directa y objetiva de la Administración pública por daños que sean consecuencia del funcionamiento normal o anormal del servicio público.

La responsabilidad de la Administración pública por los daños causados por personas con trastornos mentales surge en aquellos casos en que entre el causante material del daño y la Administración existe una “relación especial de sujeción”, cuando la persona está ingresada de manera forzosa, sea en un centro psiquiátrico, sea en un centro penitenciario<sup>5</sup>. Si nos centramos en el caso de los internamientos médicos forzosos, la Administración tiene un deber de protección, vigilancia y supervisión de la persona ingresada, que queda bajo su cargo. Los tribunales suelen condenar a la Administración pública al pago de una indemnización en dos grupos de casos (suicidio o fuga), cuando el daño que sufre el propio ingresado es reconducible al incumplimiento del deber de custodia por parte de los empleados concretos que estaban a cargo de la vigilancia en el momento en que se produce la fuga o el suicidio, de los encargados de la organización del servicio, por inadecuado diseño u organización de las medidas de seguridad necesarias y, por ende, es imputable a la Administración sanitaria por funcionamiento anormal del servicio. Veamos:

El primer grupo de casos gira en torno a una persona ingresada que se suicida o autolesiona. Es preciso que el suicidio (o cualquier otro acto de autolisis) sea previsible. De ahí que algunas sentencias desestimen la petición de indemnización a falta de intentos previos de suicidio o riesgo autolítico, en cuyo caso, siendo un acto imprevisible, no existe nexo causal. Así ocurre en las sentencias de lo contencioso-administrativo, STSJ Murcia 229/2011, de 11 de marzo (JUR 2011/179924), STSJ Castilla y León 82/2014, de 17 de enero (JUR 2014/47007), entre otras. Sin embargo, también encontramos sentencias que se apartan de este criterio. Así, en el caso resuelto por la STSJ Castilla y León 1404/2013, de 26 de julio (JUR 2013/283424), el paciente ingresa en el centro psiquiátrico, con un intento previo de suicidio, y aunque logra suicidarse en el hospital, la sentencia no condena a la Administración porque la conducta suicida es sumamente heterodoxa, lo cual “rompe totalmente el nexo de causalidad y hace al propio paciente responsable de sus actos en la medida que tuvo que superar en una actuación difícilmente previsible e imaginable las medidas razonablemente establecidas para evitar nuevos intentos autolíticos”. En un supuesto contrario, a pesar de la falta de antecedentes de suicidio, la STSJ Comunidad Valenciana 154/2015, de 2 de marzo (JUR 2015/123518) condena a la Administración

---

<sup>5</sup> La STC 120/1990, de 27 de junio, que analiza la constitucionalidad de la alimentación forzosa de unos presos en huelga de hambre, menciona esta “relación especial de sujeción” como entramado de derechos y deberes recíprocos de la Administración y el recluso en institución penitenciaria, entre los que destaca el esencial deber de aquella de velar por la vida, la integridad y salud de éste. Esta relación especial, y los deberes que conlleva para la Administración, permite, en determinadas situaciones, imponer limitaciones a los derechos fundamentales de los internos que se colocan en situaciones de peligro de muerte.

por incumplimiento del deber de vigilancia ordinario, dada la ausencia de enfermera y auxiliar en el puesto de control de la unidad de psiquiatría, lo que permite al paciente salir y tirarse por la ventana.

El segundo grupo de casos hace referencia a la persona ingresada que se escapa del centro y, una vez fuera, sufre un daño. En el caso de la STSJ La Rioja 86/2013, de 11 de abril (RJCA 2013/465) un paciente se escapa del centro de salud mental en el que estaba ingresado y, tras permanecer varios días a la intemperie, fallece. La Administración responde por incumplimiento de su posición de garante, al no haber adoptado las medidas de seguridad necesarias para evitar la fuga. Parecida es la STSJ Andalucía 1820/2013, de 5 de julio (JUR 2013/378101).

Estos son casos en los que la persona con un trastorno mental es la víctima que reclama por el daño sufrido (o sus familiares, si aquella ha fallecido). Distintos son los supuestos en los que la persona que sufre el trastorno mental agrede a un tercero. La víctima puede ser de su círculo familiar o íntimo o puede ser un tercero elegido al azar. En estos casos, cabe plantear si aún es posible responsabilizar a la Administración por los daños causados por las agresiones de esas personas. Ello conduce al análisis de si la Administración puede prever los episodios de violencia de las personas con enfermedad mental y, si la respuesta es afirmativa, qué medidas debe adoptar para evitar esos episodios violentos. Presento la jurisprudencia española al hilo de la argumentación de la jurisprudencia del TEDH, para poder comparar, más adecuadamente, las soluciones aportadas.

### **3. LA JURISPRUDENCIA DEL TEDH**

#### **3.1. Las agresiones físicas entre particulares constituyen una vulneración del art. 8 CEDH**

El art. 8 del Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, comúnmente conocido como el Convenio europeo de derechos humanos, de 4 de noviembre de 1950 (CEDH), proclama el derecho al respeto a la vida privada y familiar. En el derecho interno español, el art. 18 de la Constitución Española (CE) enumera una serie de derechos, como son el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. Una aproximación superficial nos conduciría a pensar que el ámbito de protección del art. 8 CEDH es más reducido que el ámbito de protección del art. 18 CE, pues aquel sólo contempla la privacidad, mientras que éste abarca el honor y la propia imagen. Sin embargo, la interpretación que ha hecho el TEDH del art. 8 CEDH le ha dado un alcance mucho más amplio a la noción de vida privada que el de nuestro art. 18 CE. Así, incluye ámbitos mucho más numerosos<sup>6</sup>, y hasta diferentes, de los contemplados por los tribunales españoles.

---

<sup>6</sup> Para una sistematización de los aspectos que incluye el art. 8 CEDH, ver ARZOZ SANTISTEBAN, Xabier (2015), "Artículo 8. Derecho al respeto de la vida privada y familiar», en LASAGABASTER HERRARTE (dir.), *Convenio Europeo de Derechos Humanos. Comentario sistemático*, 3ª ed., Thomson Reuters, Cizur Menor, pp. 338-438.

El derecho al respeto de la vida privada del art. 8 CEDH es un concepto amplio que abarca múltiples aspectos de la vida personal y la identidad social e incluye también la integridad física y moral de la persona, como mantiene el TEDH desde el asunto *X e Y contra Países Bajos*, 26 de marzo de 1985<sup>7</sup> y ha reiterado en sentencias posteriores (*Sandra Janković v. Croacia*, STEDH núm. 38478/05, de 5 de marzo de 2009, *A. v. Croacia*, STEDH núm. 55164/08, de 14 de Octubre de 2010, *Isaković Vidović c. Serbia*, STEDH núm. 41694/07, de 1 de julio de 2014, *Milićević c. Montenegro*, STEDH núm. 27821/16, 6 de noviembre de 2018, entre otras).

El objetivo esencial del art. 8 CEDH es proteger al individuo frente a interferencias arbitrarias de las autoridades públicas. Ello no significa simplemente que el Estado deba abstenerse de realizar esas injerencias, sino que tiene obligaciones positivas que exigen la adopción de medidas para proteger los derechos de los individuos. Estas obligaciones del Estado deben incluir la adopción de medidas razonables de protección también en la esfera de las relaciones entre particulares, para evitar las agresiones de otros individuos.

Además de las medidas individuales que el Estado debe adoptar para eliminar las consecuencias de las violaciones sufridas por el demandante en un caso individual, el Estado deberá adoptar medidas preventivas generales, para evitar que se produzcan violaciones en el futuro. Entre ellas, destaca la necesidad de introducir cambios en la legislación y en las prácticas judiciales o administrativas.

Los Estados, por tanto, deben establecer un marco jurídico adecuado que ofrezca protección frente a actos violentos cometidos por personas individuales. El TEDH suele empezar el análisis del caso planteado examinando la legislación del Estado demandado a fin de comprobar que existe un marco jurídico que ofrece suficiente protección, para luego examinar si el Estado demandado ha incumplido sus obligaciones en el caso concreto. El TEDH pondera los intereses en juego, tanto los intereses del individuo como los intereses de la comunidad en su conjunto. Considera que su misión no es sustituir a las autoridades competentes estatales en la determinación de los métodos más apropiados para proteger a los individuos frente a ataques contra su integridad personal, sino que es revisar las decisiones de las autoridades nacionales para asegurarse de que se adoptan dentro de su margen de apreciación, pues los Estados tienen libertad para elegir los medios más adecuados para garantizar la protección de los particulares.

---

<sup>7</sup> Se trataba de un caso en el que el padre de una joven violada (de dieciséis años y con una discapacidad intelectual) no pudo ejercitar las acciones pertinentes por ausencia de un recurso efectivo previsto en la ley.



### 3.2. Previsibilidad de la agresión física

El TEDH ha manifestado que las autoridades estatales tienen la obligación de tomar medidas preventivas razonables cuando conozcan o deban haber conocido la existencia de un riesgo real e inmediato para la vida o integridad física de un individuo identificable. Resulta interesante presentar algún caso concreto para ver qué criterios tiene en cuenta el TEDH al verificar la previsibilidad de ese riesgo, y para ello me centraré en el asunto *Milićević c. Montenegro*, ya citado, por ser uno de los más recientes del TEDH en abordar esta cuestión.

En este asunto está ausente esa relación de sujeción y lo que existe es un conocimiento, por parte de las autoridades públicas, de la peligrosidad de una persona. Las autoridades montenegrinas conocían, por un lado, la situación médica del agresor (X es una persona con esquizofrenia, con un historial clínico que incluye ingresos hospitalarios forzosos y tratamientos ambulatorios obligatorios intermitentes durante más de quince años) y, por otro, los diversos episodios de conducta agresiva respecto de sus vecinos, de daños patrimoniales causados (en 2003 X había incendiado su propio piso, y en otra ocasión había inundado el piso contiguo), así como las quejas continuas de los vecinos por ruidos y molestias. Está fuera de toda duda que X era una persona violenta y conflictiva, pero no está tan claro que se pueda prever el riesgo de agresión a una persona concreta. Los antecedentes clínicos y la conflictividad habitual no tienen entidad suficiente, por sí mismos, para convertir la peligrosidad de un sujeto en un riesgo de agresión física para una persona determinada. Pero en el caso que nos ocupa aún hay otros datos que resultan relevantes y merecen una mayor atención.

Desde el primer momento, Milićević insiste en que lo relevante, a efectos de previsibilidad del daño, son las amenazas. Dos o tres días antes de la agresión, Milićević había llamado a la policía para decir que X le había estado “causando problemas” (sin determinar) y que le había dicho “te vas a enterar de quien manda en el barrio”. Esta amenaza es excesivamente vaga y no parece que sea suficientemente concreta para que el Estado despliegue medidas de protección. El TEDH ya ha señalado que las amenazas, por sí mismas, no obligan al Estado a desplegar medidas de protección; pero es un dato que, junto con otros, determina la necesidad de medidas necesarias para proteger a una persona concreta.

Los elementos relevantes, por tanto, son otros. Veamos los que destaca la STEDH en el caso Milićević (§60). Primero, la falta de control o seguimiento del tratamiento médicamente necesario. En efecto, cuatro meses antes de la agresión a Milićević, X había estado ingresado en un hospital tras un intento de suicidio y había solicitado el alta voluntaria. En ella se hacía constar la recomendación médica de continuar hospitalizado, y se le citaba para una visita de seguimiento en el plazo de una semana. No consta que recibiese tratamiento o seguimiento alguno con posterioridad. Segundo, apuñalamiento a un tercero. Seis días después del alta hospitalaria, X apuñaló a otra persona (identificada como VJ), sin motivo aparente. No consta que tras esta agresión se llevara a X un centro para su evaluación médica. Y tercero, la

disponibilidad de medios para cometer la agresión. La policía sabía que X siempre llevaba un cuchillo u otra arma blanca.

A juicio del TEDH, por tanto, lo que revela la peligrosidad de un individuo no son las amenazas, sino los antecedentes médicos y la falta de tratamiento médico necesario, los episodios de agresividad y violencia previos, y la tenencia de medios para llevar a cabo una agresión. Sin embargo, lo esencial no es tanto el conocimiento de la peligrosidad de un individuo, en general, sino el riesgo particular de violencia real e inminente contra una persona concreta, y eso se concreta tras las amenazas recibidas. Siendo que las autoridades conocían todos esos extremos, la falta de adopción de medidas de seguridad necesarias para garantizar la protección de la vida e integridad física de la persona que finalmente resultó agredida físicamente supone una vulneración del art. 8 CEDH.

En España, algunas sentencias condenan por el mismo motivo. Cabe destacar, por la gravedad de los hechos, la STSJ Asturias 837/2012, de 24 de julio (RJCA 2012/541), que condenó a la Administración por falta de seguimiento continuado de una persona con esquizofrenia paranoide, con pronóstico de alta peligrosidad, que mató a un niño de seis años, víctima a la que eligió aleatoriamente en el parque de la ciudad. La Administración alegó dos motivos para intentar evitar la condena al pago de una indemnización. Por un lado, la falta de previsibilidad pues, en los cinco años anteriores al asesinato, no se acreditó comportamiento agresivo alguno para terceras personas, ni se recabó asistencia psiquiátrica por parte de su entorno familiar más cercano. Por otro lado, la ruptura del nexo causal, puesto que la conducta causante del daño proviene de un tercero, el enfermo mental, no de la Administración. Sin embargo, la sentencia condena a la Administración por incorrecto funcionamiento del servicio público, que indirectamente sí causó el daño, aunque finalmente modera la cuantía indemnizatoria por la inseguridad en la previsión de la conducta.

Contra esta sentencia, la Administración pública interpuso un recurso de casación para la unificación de doctrina, alegando jurisprudencia anterior del Tribunal Supremo con hechos similares (asesinato de una persona) y fallos distintos. En el recurso se aduce también la imposibilidad de actuación sobre el paciente sin su consentimiento, por falta de concurrencia de los supuestos previstos en el art. 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>8</sup>.

La STS 177/2013, de 7 de mayo (RJ 2013/3875), que resuelve el recurso, lo desestima, por entender que los hechos entre las sentencias son distintos. Así, en el caso de la STS de 6 de julio de 1988 (RJ 1988/5876), consta el diagnóstico de esquizofrenia pero el enfermo no presenta gravedad o peligrosidad alguna. En este caso, el enfermo había estado ingresado voluntariamente durante tres días en un centro sanitario público, y el asesinato se cometió cinco años después del alta

---

<sup>8</sup> En aquellas comunidades autónomas que tengan leyes sobre consentimiento informado en el ámbito sanitario, que son casi todas, será de aplicación la ley autonómica propia.

hospitalaria, pero entre el ingreso hospitalario y el asesinato la persona con esquizofrenia continuó trabajando, acudía al médico para las visitas de seguimiento, y en los informes consta la falta de gravedad o peligrosidad. En ninguno de estos casos hay amenazas previas a la víctima, pero sí conocimiento por parte de las autoridades públicas de las personas con esquizofrenia paranoide grave, y la discusión gira en torno al diagnóstico de peligrosidad (o no) del sujeto.

En otros casos, los tribunales desestiman la petición por falta de la necesaria relación de causalidad jurídica, alegando que “no cabe considerar que el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva de las Administraciones Públicas convierta a éstas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, porque de lo contrario se transformaría aquél en un sistema providencialista no contemplado en nuestro ordenamiento jurídico”<sup>9</sup>. No obstante, si nos fijamos en el supuesto de hecho de la agresión por la persona con trastorno mental, la persona agredida suele ser un trabajador del centro de salud público<sup>10</sup>. Eso sí, si se demuestra que hay un déficit de seguridad por la inexistencia o insuficiencia de las medidas de seguridad del protocolo del centro de salud mental, la Administración responde por la agresión sufrida por su empleado<sup>11</sup>.

### **3.3. Medidas a adoptar por el Estado para evitar agresiones físicas entre particulares.**

Vista la previsibilidad del riesgo concreto, es preciso analizar qué medidas se deben adoptar para evitar ese riesgo. En el asunto Milićević, el gobierno montenegrino asume que tiene ciertas obligaciones positivas de protección de la vida y la integridad de las personas frente a las agresiones de otros individuos, y considera que las ha cumplido adecuadamente (§§ 44, 49). Entre las alegaciones formuladas, el gobierno aduce que esas obligaciones no pueden suponer una carga imposible o desproporcionada sobre los organismos estatales. Existen dificultades prácticas, ya que la policía y los tribunales no pueden predecir y supervisar el comportamiento de todos los pacientes psiquiátricos, teniendo en cuenta el volumen de trabajo existente (§45). Estas consideraciones de orden práctico, de dificultades para la policía de ejercer sus

---

<sup>9</sup> Cfr. STSJ Madrid 28/2011, de 24 de enero (JUR 2011/148864).

<sup>10</sup> La STSJ Madrid 28/2011, citada, tiene su origen en una agresión de una persona con esquizofrenia a un celador en un centro de salud público. La STSJ Castilla y León 1054/2010, de 7 de mayo (JUR 2010/215344) también desestima la reclamación de una auxiliar de enfermería por las lesiones causadas por un enfermo mental ingresado en unidad psiquiátrica hospitalaria, no sólo porque el servidor público ha asumido voluntariamente un riesgo, sino porque la Administración ha cumplido las medidas de seguridad dispuestas por el protocolo de la unidad de psiquiatría.

<sup>11</sup> Cfr. STSJ Madrid 1190/2010, de 18 de noviembre (JUR 2011/41229), y STSJ Madrid 651/2018, de 8 de marzo (JUR 2018/153926).

funciones en las sociedades contemporáneas, de lo imprevisto del comportamiento humano y de las elecciones operativas a efectuar en términos de prioridades y recursos son argumentos que el TEDH ya ha descartado.

El TEDH valora positivamente la intervención de las autoridades competentes después de la agresión física contra Milićević: X fue arrestado, procesado y se ordenó su internamiento forzoso en un centro psiquiátrico para recibir tratamiento obligatorio. Fue incapacitado judicialmente en diciembre de 2013; en noviembre de 2015, el ingreso involuntario fue sustituido por un tratamiento forzoso ambulatorio, aunque en agosto de 2016 el propio X solicitó el reingreso en el hospital. Desde el alta, en octubre de 2016, X acudía mensualmente a las visitas de seguimiento psiquiátrico.

El objeto de discusión se centra en las medidas adoptadas antes de la agresión a Milićević. No consta que tras el apuñalamiento a VJ, X fuera sometido a una revisión médica para comprobar que recibía tratamiento psiquiátrico adecuado, lo que revela una falta de cooperación entre la policía y los servicios médicos. Las medidas adoptadas para proteger a Milićević tras las amenazas, que resultan necesarias dados los factores de previsibilidad del riesgo, se reducen a que la policía “estaba pendiente de X”. Tras recibir la denuncia telefónica, el policía de guardia había buscado a X para hablar con él, tanto por el barrio como en su domicilio, sin éxito. El policía declaró que sabían que X siempre llevaba un cuchillo u otra arma blanca, que a menudo recibían quejas de ruidos, molestias y ataques de X, que entonces mantenían “charlas informativas” con él y notificaban al ministerio fiscal. El TEDH concluye que dadas las circunstancias que rodean al caso, esas medidas resultaron insuficientes y por ello declaró por unanimidad la admisibilidad del recurso por vulneración del art. 8 CEDH.

El TEDH no concreta las medidas que se debieron adoptar, pues no es esa su función, sino que se limita a declarar que las medidas adoptadas en el caso concreto no han sido suficientes. Cabe plantear qué medidas se deben adoptar y, entre ellas, el internamiento médico forzoso de una persona en un hospital con unidad psiquiátrica para su tratamiento obligatorio, con carácter urgente<sup>12</sup>. Como es sabido, nadie puede ser privado de libertad salvo con las garantías y el procedimiento establecido por ley, por afectar el derecho a la libertad (art. 5 CEDH). En España éstas vienen establecidas en el 763 LEC, que permite, con carácter excepcional, el ingreso forzoso sin autorización judicial previa cuando exista una necesidad terapéutica urgente de aplicar un tratamiento forzoso en beneficio del enfermo, por necesidad de protección social, de terceros, o al propio paciente. En estos casos, el internamiento debe ser objeto de ratificación judicial posterior.

---

<sup>12</sup> El TEDH ya estableció, desde *X contra Reino Unido*, STEDH núm. 7215/75, de 5 de noviembre de 1981, que en circunstancias de urgencia “los imperativos de la protección del público prevalecen sobre la libertad individual”. Véanse también los asuntos *Winterwerp contra Países Bajos*, STEDH núm. 6301/73, de 24 de octubre de 1979 y *Ashingdane contra Reino Unido*, STEDH núm. 8225/78, de 28 de mayo de 1985.

Otra medida que podría adoptarse, acaso más respetuosa con los derechos de la persona que sufre una enfermedad mental, es el tratamiento ambulatorio involuntario (TAI). La *Recomendación (2004) 10, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales*, permite el ingreso involuntario con fines terapéuticos cuando exista un riesgo significativo de daño para sí mismo o para tercero, cuando “no existan medios menos intrusivos para proporcionar el cuidado adecuado” (art. 17.1.v). EL TAI se concibe, por tanto, como una medida menos restrictiva. Con posterioridad, la *Recomendación (2009) 3 sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales*, insiste en que las personas que padecen trastorno mental tienen que ser atendidas en el lugar y de forma que su libertad y su capacidad para vivir una vida normal se vea menos restringida, y de este modo puedan participar en la vida de la comunidad. Eso sí, es necesario guardar un equilibrio entre la necesidad de ofrecer al paciente un tratamiento adecuado y la protección y la seguridad de los demás (principio 6).

En España, el TAI no es objeto de regulación específica, a pesar de que se han presentado varias propuestas de reforma legislativa para introducirla. En 2004 se presentó una proposición de ley para añadir un párrafo al art. 763 LEC<sup>13</sup>; el Proyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria de 2006 incluía un capítulo dedicado a “La autorización judicial de los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos”<sup>14</sup>. Puede parecer que el TAI es más respetuoso con los derechos de las personas con enfermedad mental<sup>15</sup>, pero hay que tener en cuenta que la Asociación Española de Neuropsiquiatría ha mostrado su preocupación por el intento de legislar el TAI<sup>16</sup>. Entre otros motivos, por entender que los esfuerzos de las Administraciones deben centrarse en garantizar la existencia de unos servicios de atención individualizada de las personas con trastornos mentales graves, que sean adecuados, dotándolos de recursos suficientes.

Procede hacer alguna mención a algunos instrumentos internacionales para ver qué dicen sobre estas cuestiones. El Convenio relativo a los derechos humanos y la

---

<sup>13</sup> Proposición de ley 122/000085 de modificación de la Ley de Enjuiciamiento civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos, BOCG, Congreso de los Diputados, VII Legislatura, serie B, de 19 de julio de 2004, nº 101-1.

<sup>14</sup> Proyecto de ley 121/000109 de jurisdicción voluntaria para facilitar y agilizar la tutela y garantía de los derechos de la persona y en materia civil y mercantil, BOCG, Congreso de los Diputados, VIII Legislatura, serie A, de 27 de octubre de 2006, nº 109-1.

<sup>15</sup> Para conocer los argumentos médicos a favor y en contra, ver GÍAS GIL, Belén (2013), “Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética”, *Revista de Bioética y Derecho*, nº 29, pp. 109-121, en p. 116.

<sup>16</sup> Véase el Documento sobre TAI de 16 de noviembre de 2009 publicado en la página web de la Asociación. [http://aen.es/docs/presentacion\\_tai\\_mfbravo.pdf](http://aen.es/docs/presentacion_tai_mfbravo.pdf)

biomedicina<sup>17</sup> hecho en Oviedo, el 4 de abril de 1997, del Consejo de Europa, pivota sobre la necesidad de consentimiento informado para cualquier intervención médica, aunque también menciona algunas excepciones en su artículo 6, que incluye el caso de la urgencia vital para el paciente. Las personas que sufren trastornos mentales son objeto de protección específica en el art. 7, pues para poder imponer una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno es requisito indispensable no sólo que la ausencia del tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud, sino que se cumplan las condiciones de protección previstas en las leyes. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 recuerda los derechos a la libertad y seguridad de la persona con discapacidad (art. 14). En las Observaciones finales del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas, aprobadas el 23 de septiembre de 2011, se recomienda a España “que revise sus disposiciones legislativas que autorizan la privación de libertad por motivos de discapacidad, incluidas las discapacidades mentales, psicológicas o intelectuales; que derogue las disposiciones que autorizan el internamiento forzoso a causa de una incapacidad manifiesta o diagnosticada, y que adopte medidas para que los servicios médicos, incluyendo todos los servicios relacionados con la salud mental, se basen en el consentimiento otorgado con conocimiento de causa por el interesado” (recomendación 36). Ninguno de estos convenios internacionales impide el internamiento forzoso cuando existe causa de necesidad justificada, siempre que se adopten los requisitos sustantivos y procesales establecidos por la ley.

#### **4. REFLEXIONES FINALES**

Los casos de agresiones físicas entre particulares pueden ser imputables al Estado por ausencia de medidas de prevención adecuadas, lo que supone un incumplimiento de sus obligaciones positivas de proteger a los ciudadanos. ¿Qué medidas se pueden adoptar cuando la agresión causada por una persona con trastorno mental es previsible? Las medidas pasan por el tratamiento psiquiátrico involuntario, sea ambulatorio, sea con ingreso hospitalario. En este caso, existe un conflicto entre la libertad del enfermo mental violento, por un lado, y la seguridad de terceros, por otro. Siendo la privación de libertad la medida más contundente que se puede adoptar, debería quedar reservada sólo para los casos más graves. Tal vez ha llegado el momento de identificar con mayor claridad los criterios para determinar cuándo existe un riesgo para un tercero y cuáles son las medidas a adoptar en estos casos, para evitar el excesivo casuismo de las respuestas. La jurisprudencia del TEDH no permite extraer conclusiones claras, pues se limita a valorar si las medidas adoptadas por el Estado son razonables o adecuadas, y para huir del casuismo, puede ser útil hacer un análisis sobre la base del derecho comparado, para ver cómo afrontan otros ordenamientos estos supuestos.

---

<sup>17</sup> Su título completo es Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina.

En todo caso, la solución no debe pasar, ni siempre ni necesariamente, por el internamiento de la persona, porque generalmente resultará excesiva. Cada caso exige valorar la respuesta concreta más respetuosa con los derechos de todos los afectados, huyendo de automatismos. Eso sí, resulta indispensable dotar de medios materiales y personales a la Administración sanitaria para que pueda hacer un seguimiento adecuado de los enfermos con trastornos mentales graves, evaluar el riesgo potencial de actuaciones agresivas, detectar precozmente los abandonos de medicación y facilitar el acceso rápido a sistemas de atención urgente en situaciones de crisis, no solo cuando exista un riesgo para la propia persona que sufre el trastorno mental, sino también cuando exista un riesgo cierto y concreto de daño a tercero.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

ARZOZ SANTISTEBAN, Xabier (2015), "Artículo 8. Derecho al respeto de la vida privada y familiar», en LASAGABASTER HERRARTE (director), *Convenio Europeo de Derechos Humanos. Comentario sistemático*, 3ª ed., Thomson Reuters, Cizur Menor, pp. 338-438

DE SALAS MURILLO, Sofía (2003), *Responsabilidad civil e incapacidad. La responsabilidad civil por daños causados por personas en las que concurre causa de incapacitación*, Tirant lo Blanch, Valencia.

GÍAS GIL, Belén (2013), "Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética", *Revista de Bioética y Derecho*, nº 29, pp. 109-121.

ROCA TRÍAS, Encarna y NAVARRO-MICHEL, Mónica (2016), *Derecho de Daños. Textos y materiales*, 7ª edición, Tirant lo Blanch, Valencia.

SEUBA TORREBLANCA, Joan Carles, FARNÓS AMORÓS, Esther y FERNÁNDEZ CRENDE, Antonio (2004), "Daños causados por personas con trastornos mentales", *Indret*, nº 2, pp. 1-28.

YÁÑEZ VIVERO, Fátima (2011), "Examen jurisprudencial de la responsabilidad derivada de ilícitos dañosos causados por personas con trastornos mentales", *Revista Crítica de Derecho Inmobiliario*, nº 728, pp. 3531-3556.

YZQUIERDO TOLSADA, Mariano (2015), *Responsabilidad civil extracontractual*, Dykinson, Madrid, 2015.



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).