



**AUD.PROVINCIAL SECCION CUARTA
OVIEDO**



AUTO: [REDACTED]

Modelo: N10300
C/ CONCEPCIÓN ARENAL Nº 3 - 3



C/ Principado, nº 11 - 2º
Tfno. 985 22 39 41
Fax: 985 26 12 26
eladio@ricoabogados.org
33007 OVIEDO

Teléfono: 985968737 Fax: 985968740
Correo electrónico:

Equipo/usuario: AFC

N.I.G. 33049 41 1 2014 0100235
ROLLO: RPL RECURSO DE APELACION (LECN) 0000351 /2020
Juzgado de procedencia: JDO.1A.INST.E INSTRUCCION N.1 de PILOÑA
Procedimiento de origen: X09 CURATELA 0000199 /2014

Recurrente: [REDACTED]
Procurador: M. DEL MAR BAQUERO DURO
Abogado: ELADIO JAVIER RICO GARCIA
Recurrido: MINISTERIO FISCAL, ADMINISTRACION DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
Procurador: , FERNANDO LOPEZ CASTRO
Abogado: ,



NÚMERO 165

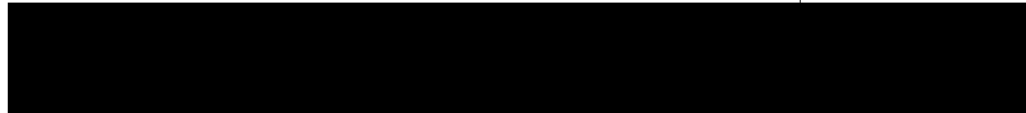
En Oviedo, a dieciséis de noviembre de dos mil veinte, la Sección Cuarta de la Ilma. Audiencia Provincial de Oviedo, compuesta por Don Francisco Tuero Aller, Presidente, Doña Nuria Zamora Pérez y Don Juan Carlos Llavona Calderón, Magistrados ha pronunciado el siguiente:

A U T O

En el recurso de apelación número 351/2020, en autos de CURATELA N. 199/2014 procedentes del Juzgado de Primera Instancia de Piloña, promovido por [REDACTED]



PRINCIPADO DE
ASTURIAS



[REDACTED] demandante contra la **ADMINISTRACIÓN DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS**, demandada en primera instancia, y dada la naturaleza del asunto con intervención del **MINISTERIO FISCAL**.

Siendo Ponente a la Ilma. Sra. Magistrada Doña NURIA ZAMORA PEREZ.-

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- En fecha veintiocho de febrero de dos mil veinte por el Juzgado de Primera Instancia de Piloña se dictó Auto, cuya parte dispositiva es del tenor literal siguiente:

"PARTE DISPOSITIVA.-SE AUTORIZA el TRATAMIENTO AMBULATORIO DE D. [REDACTED] en el SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS con la finalidad de seguir el tratamiento pautado por el servicio de Psiquiatría, y en concreto por [REDACTED]".-

SEGUNDO.- Contra la expresada resolución se interpuso por la parte demandante recurso de apelación, del cual se dio el preceptivo traslado, y remitiéndose los autos a esta Audiencia Provincial se sustanció el recurso, señalándose para el Acto de la Vista el diez de noviembre de dos mil veinte.-

TERCERO.- Que en la tramitación del presente recurso se han observado las prescripciones legales.-

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

PRIMERO.- El tema objeto de debate en el presente recurso es el determinar el tratamiento médico farmacológico que debe recibir el apelante [REDACTED], quien sufre una limitación psiquiátrica, en su día fue diagnosticado de trastorno de personalidad. En sentencia dictada el 20 de mayo de 2.014 fue parcialmente incapacitado para el manejo de medicamentos y prestación del consentimiento del tratamiento psicofarmacológico prescrito. Quedó sujeto a curatela que complementaría su capacidad en esos aspectos. Cargo que actualmente ejerce la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

Debido a que el apelante abandona el tratamiento farmacológico como consecuencia de lo cual presenta crisis en su estado mental, la resolución apelada acuerda que como tratamiento ambulatorio involuntario (TAI), debe seguir el que se le administra en el Servicio de Salud Mental (CSM) de Pola de Siero, consistente en el suministro cada cuatro semanas y por vía parenteral de Xeplion 150 mg.

El apelante muestra disconformidad con dicho tratamiento, por considerar que el mismo es excesivamente agresivo, le provoca unos efectos secundarios como insomnio continuo. Propone seguir con la atención médica del psiquiatra particular, doctor D. Agustín Cabezudo Fernández, quien le pauta una medicación vía oral, con la misma efectividad que la inyectable, pero menos nociva y anuladora de su personalidad. Admite su condición de persona afecta a una dolencia psíquica, necesitada de una medicación continuada, constante, pero que no tiene que ser tan anuladora como la que se le suministra en el Centro de Salud Mental.

SEGUNDO.- Según la prueba documental existente en autos, [REDACTED] es una persona afecta de una alteración psíquica. Ha sido diagnosticado de trastorno de la personalidad, en ocasiones se habla de trastorno paranoide. Debido, según dice, a acontecimientos familiares luctuosos sufre una descompensación psíquica. El doctor Cabezudo habla de un primer ingreso psiquiátrico en el año 2.012, ingreso no documentado en autos. Consta el que tuvo lugar el 7 de julio de 2.013, y que se prolonga hasta el 26 de julio de ese año. En ese momento presentaba ideas delirantes, con invasión afectiva y nula conciencia de su enfermedad. Se negaba a tomar la medicación oral. Con el transcurso del tiempo se normaliza y se le pauta: Risperdal solución y Risperdal 50 mg, suministrando uno el 23 de julio de 2.013 e indicándose otra dosis el 6 ó 7 de agosto de 2.013.

El 3 de junio de 2.014, por la gerencia del área Sanitaria IV, se dice que ha abandonado [REDACTED] tratamiento inyectable. En el año 2.014, no sabemos exactamente cuándo, si bien hay un parte de atención médica fechado el 9 de diciembre de ese año, comienza tratamiento privado con el psiquiatra doctor Cabezudo, quien le pauta Risperdal 3 Flas, un comprimido a la comida. Sedotine 15, una cápsula a la cena. Acol 5, un comprimido a la comida. Le indica volver a la consulta en 3 ó 4 meses.

Al parecer, el apelante, venía compaginando las consultas y tratamiento del psiquiatra particular con consultas al Centro de Salud Mental, quien el 27 de abril de 2.015 comunica que [REDACTED] había abandonado el tratamiento intramuscular. Cuando le proponen tratamiento oral lo acepta, pero sólo el que pautase su psiquiatra privado y sin que la curadora pueda supervisar la toma del mismo. En las fechas de emisión de esa comunicación está suspendiendo el tratamiento oral, de forma progresiva, refiriendo que no lo necesita, de manera que, dados los antecedentes previos de descompensación psicopatológica, sin tratamiento era de prever un empeoramiento de su estado de salud mental.

El 8 de mayo de 2.015, el psiquiatra particular al que acude [REDACTED] presenta informe en el que indica que la medicación prescrita es Sedotime 15 (una cápsula al día) y Risperdal solución (1 ml al día). Tratamiento que ha de seguir hasta nueva revisión/o modificación. Informe en el que nada concreta acerca de cuándo había hecho la anterior consulta, si fue en diciembre de 2.014, cuando comienza a seguir al paciente o si hay alguna intermedia. Tampoco especifica cuando tiene prevista la siguiente consulta.

La curadora, ante la imposibilidad de conseguir que [REDACTED] siga el tratamiento prescrito, presenta escritos en el juzgado, poniendo de manifiesto su dificultad, [REDACTED] actitud del incapaz, para desempeñar correctamente el cargo de curadora.

El Centro de Salud Mental emite informe el 26 de enero de 2.016, en el que recoge las manifestaciones de la curadora, exponiendo el abandono, por [REDACTED], del tratamiento y que empieza a evidenciar síntomas de delirio.

El 4 de febrero de 2.016 fue explorado por la Médico Forense, quien evidencia un cuadro compatible con delirio crónico autorreferencial de perjuicio, dentro de una posible psicopatía de base. Ante la ausencia de un mínimo seguimiento psiquiátrico y ante el riesgo de un comportamiento heteroagresivo aconseja el ingreso psiquiátrico de urgencia. En esa misma fecha se dicta resolución judicial acordando el ingreso forzoso de [REDACTED] en centro hospitalario a fin de evaluar su estado mental; cuál ha de ser el tratamiento médico farmacológico idóneo para su estabilidad psíquica.

El 8 de febrero de 2.016 se presenta informe emitido por el doctor Cabezudo, fechado el 1 de febrero de ese mismo mes y año en el que dice: "que en la última consulta que ha realizado el 19 de noviembre de 2.015 se encontraba lúcido, coherente, orientado, abordable y no presentaba psicología activa. Le había reducido la medicación pautando Sedotime 30, una cápsula y Risperdal 3, medio comprimido. Suponemos que esa medicación era diaria, ya que nada se concreta. [REDACTED]"

El 9 de marzo de 2.016 hay un nuevo informe del Centro de Salud Mental, manifestando la oposición de [REDACTED] a tomar todo tratamiento que se le prescribe.

El 29 de marzo de 2.016, pasa nueva consulta con el doctor Cabezudo quien le encuentra estable, eutímico. Refiere

dificultad para dormir y algo de ansiedad reactiva. Le prescribe Sedotime 30 y Olanzapina 2'5.

El 25 de enero de 2.017, a petición de la curadora, el Centro de Salud Mental informa que J. [REDACTED] no toma la medicación, continua delirante, el delirio lo presenta de forma casi permanente. Apuntan la conveniencia de tratamiento involuntario con inyectable de larga duración. Igual actitud de no acudir a las consultas del Centro de Salud Mental se recoge el 10 de marzo de 2.017.

TERCERO.- La actitud hostil de [REDACTED] a seguir los tratamientos prescritos y aceptar la supervisión de la curadora en el seguimiento de ese tratamiento motivó su renuncia, que fue aceptada por el juzgado de instancia. Se institucionaliza el cargo en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, quien lo viene ejerciendo desde el 3 de noviembre de 2.017, encontrándose con la misma dificultades que la anterior curadora, para conseguir que J. [REDACTED] siga, de manera voluntaria y continuada, tratamiento médico farmacológico, que le permita mantenerse estable y poder desarrollar un nivel de vida adecuado e idóneo.

Desconocemos el seguimiento que haya podido realizar el doctor Cabezudo entre el 29 de marzo de 2.016 y mayo de 2.018. En esa fecha acude a su consulta y como es lo habitual en sus informes dice que: el paciente está lúcido, coherente, orientado, abordable, eutímico, estable. No presenta síntomas psicopatológicos, salvo algunas ideas de aspecto autorreferencial, sigue con el tratamiento prescrito. Desconocemos si el mismo es el que se le indica en la consulta de 29 de marzo de 2.016. Le indica volver en 3 ó 4 meses, pero a 30 de octubre de 2.018 no ha vuelto. Ha intentado ponerse en contacto con él, pero no le localiza.

Esa imposibilidad de localizarle se prolonga hasta el 3 de noviembre de 2.019, lo que ha obligado a la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias a solicitar se le autorice para proceder al tratamiento ambulatorio involuntario en el Centro de Salud Mental. Petición que se acoge en la resolución apelada. A partir de ese momento está sometido a un TAI - tratamiento ambulatorio involuntario-, por el servicio de Salud Mental de Siero. Tratamiento inyectable con Xeplion 150 mg cada cuatro semanas.

[REDACTED] ha vuelto a acudir a la consulta del doctor Cabezudo el 11 de febrero de 2.020, manifestando su deseo de que se sustituya el seguimiento y tratamiento que recibe en el Centro de Salud Mental por el que realizará voluntariamente con

el doctor Cabezudo, siguiendo la medicación que éste le prescriba.

CUARTO.- El problema del tratamiento médico farmacológico que deberán seguir los pacientes afectos de una dolencia mental ha preocupado a los diversos Estados. De un lado está el principio de libertad y autonomía del paciente. En nuestro Ordenamiento Jurídico Positivo está el artículo 2.4 de la Ley 41/2.002 de 14 de noviembre. Precepto legal en el que se prevé una limitación a esa autonomía "aquellos supuestos determinados en la Ley". En análogo sentido la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, de Nueva York de 13 de diciembre de 2.006, en el apartado o. Y es que en el caso de autos el apelante tiene modificada esa autonomía de decisión, al haber sido declarado incapaz parcial para determinar el tratamiento médico farmacológico a seguir en relación a su dolencia psíquica. Está sujeto a curatela, que no anula totalmente su facultad de opinar, proponer determinados tratamientos, pero si la modifica, precisando la ausencia del curador y de no existir una postura unívoca serán los tribunales de justicia, como es el caso, quienes han de decidir.

A esa capacidad modificada para decidir el tratamiento se aúna el que hablamos de personas cuya dolencia psíquica les lleva a no ser conscientes de ella, de manera que cuando se hallan estabilizados adoptan una postura negacionista de su enfermedad, consideran innecesario seguir un tratamiento farmacológico que desde su percepción ningún beneficio les reporta y redundan en detrimento de su salud física y lo abandonan. En esos momentos comienzan un periodo de descompensación psíquica que les lleva a precisar un nuevo ingreso hospitalario hasta conseguir de nuevo su estabilización. Nos hallamos ante lo que se ha venido a denominar "puertas giratorias". Hay continuos ingresos y altas hospitalarias que sólo redundan en un detrimento progresivo del paciente y agravación de su dolencia.

Es por ello que los países tratan de prever mecanismos adecuados, idóneos para regular el TAI, con una doble finalidad. En primer lugar preservar la salud mental del paciente y en segundo lugar salvaguardar el derecho de terceros y de la sociedad en general. Y es que en algunas dolencias y pacientes, las crisis mentales, brotes agudos, que se desencadenan como consecuencia del abandono de la medicación lleva al paciente a desarrollar ideas delirantes, persecutorias, oír voces que les mandan observar determinadas conductas que se traducen en agresividad hacia terceros. No es este el caso del apelante quien en esos episodios delirantes,

hasta el momento, no ha evidenciado agresividad, mostrando sólo una actitud suspicaz, recelosa.

En esa línea de establecer una regulación jurídico positivo del tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) son de destacar leyes como la Laura's Law del Estado de California, o la Neoyorkina Kendra's Law, aprobadas a raíz de episodios violentos desencadenados por personas afectas de una dolencia psíquica, como fue el que un enfermo mental que había abandonado el tratamiento arrojase a una persona a las vías del metro. En Estados Unidos la mayoría de los estados han aprobado normas [redacted] todos. Criterio que con sus peculiaridades han seguido otros países como Canadá, Australia, Alemania, Francia, Reino Unido, Italia. No es ese el caso de nuestro país en el que hubo un intento de regularizarlo en base a informes propuestos por la FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones Familiares y Enfermos Mentales) y el CEIFEM (Centro Español de Información y Formación sobre la Enfermedad Mental) que hizo una propuesta para modificar el artículo 763 .5 de la LEC. Finalmente no prosperó.

Las pautas que se prevén en esas normas internacionales para acordar el TAI son entre otras. 1º.- que el paciente padezca una enfermedad mental; 2º.- que sea improbable que sobreviva con seguridad en sociedad sin supervisión clínica; 3º.- que haya protagonizado una falta de compromiso en el seguimiento del tratamiento de su enfermedad mental y que ello se haya traducido tanto en la necesidad de recibir tratamiento hospitalario [redacted] en protagonizar episodios violentos, agresivos, ya sean de autolisis o en relación a tercero; 4º.- que sea poco probable que el paciente, como consecuencia de su enfermedad mental se comprometa voluntariamente a seguir el plan de tratamiento propuesto; 5.- que sea probable que el paciente se beneficie con ese tratamiento.

QUINTO.- En el caso de autos ya dijimos que el apelante no ha evidenciado episodios de agresividad, en particular respecto de terceros. Muestra cierta actitud hostil a seguir con el TAI -tratamiento ambulatorio involuntario-prescrito por el Servicio de Salud Mental, al producirle como efecto secundario insomnio permanente.

Según declara, la Médico Forense, en el acto del juicio, el apelante podría mantenerse estable y desenvolverse con normalidad en el día a día, de seguir, en forma voluntaria, el tratamiento que le pauta el médico privado, que tiene una eficacia similar al inyectable. El problema radica en controlar que lo hace. Ese criterio no lo comparte la médico que le está atendiendo en el Centro de Salud Mental, quien considera que la

dosis de Olanzapina que se le prescribe no es equiparable a la medicación inyectable.

En base a esas valoraciones médicas y velando por el interés del paciente, valorando que resultará más positivo para él el seguir, de forma voluntaria, un tratamiento médico farmacológico, a lo que en el acto de la vista manifiesta buena predisposición; al mismo tiempo que ha de velarse tanto por la integridad física del paciente como de terceros, se considera procedente acordar un tratamiento y seguimiento mixto y así:

1º.- Se autoriza a [REDACTED] a acudir a consulta privada de médico psiquiatra. Actualmente lo hace con el doctor Cabezudo y seguir el tratamiento farmacológico que le pautó.

2º.- Deberá acudir al Centro de Salud Mental, como lo viene haciendo hasta ahora y como mínimo con una frecuencia mensual. Al acudir a esa consulta deberá llevar el informe emitido por el doctor Cabezudo, o médico privado que le atiende, en el que deberá constar la medicación prescrita. En esta consulta al Centro de Salud Mental, el especialista psiquiatra que le atiende deberá examinar la documentación aportada, explorar al paciente, evaluar su estado mental y si hay indicios que permita presumir si sigue el tratamiento pautado o lo está abandonando. En base a esa exploración valorar si lo considera estable o se está descompensando.

3º.- En el supuesto de que [REDACTED] no acuda a las revisiones programadas por el Centro de Salud Mental, dicho centro deberá comunicarlo de inmediato a la COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS quien ejerce la curatela, y quien a su vez deberá ponerlo en conocimiento del juzgado, a la mayor brevedad, a fin de que se adopten las medidas legales oportunas respecto de dicho paciente incluyendo el recibir un tratamiento similar al que ahora se deja sin efecto.

4º.- Igual comunicación deberá realizar el CENTRO DE SALUD MENTAL a la COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS y este al juzgado cuando observen que el paciente no sigue el tratamiento y se está descompensando, debiendo resolver el juzgado en la forma dicha en el apartado 3º.

SEXTO.- La estimación del recurso unido a la naturaleza de la materia objeto de litigio aconseja la no imposición de costas.

En base a lo hasta aquí argumentado la sala ACUERDA:

PARTE DISPOSITIVA

SE ESTIMA EL RECURSO DE APELACIÓN INTERPUESTO POR D. J. [REDACTED]
[REDACTED], contra el auto dictado el veintiocho de febrero de dos mil veinte en Procedimiento N° 199/2014 del Juzgado de Primera Instancia de Infiesto/Piloña. Se revoca la resolución apelada en el sentido de suspender el tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) que viene recibiendo el apelante por lo dispuesto en los apartados 1°; 2°; 3° y 4° del Fundamento de Derecho quinto de esta resolución.

No se hace especial imposición de costas del recurso.

La presente resolución es firme.

En aplicación de la Disposición Adicional Decimoquinta de la Ley Orgánica del Poder Judicial, de haberse constituido depósito para apelar, devuélvase a la parte recurrente.

Así por este nuestro Auto, lo pronunciamos mandamos y firmamos.-

La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada sólo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que los mismos contuvieran y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutelar o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda.

Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes.