



MINISTERIO
DE JUSTICIA

ABOGACÍA GENERAL DEL ESTADO
DIRECCIÓN DEL SERVICIO JURÍDICO DEL ESTADO

Traducción realizada por Miriam Fernández Picazo siendo tutor el profesor Pedro Tenorio Sánchez, en virtud del Convenio suscrito por la Universidad Nacional de Educación a Distancia, el Ministerio de Justicia y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH).

El TEDH y el Ministerio de Justicia no se hacen responsables del contenido o calidad de la presente traducción.

GRAN SALA

ASUNTO FERNANDES DE OLIVEIRA CONTRA PORTUGAL

(Demanda no. 78103/14)

SENTENCIA

ESTRASBURGO

31 de junio de 2019

Esta sentencia es firme, pero puede estar sujeta a revisión editorial.

En el asunto Fernandes de Oliveira c. Portugal,

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, reunido en Gran Sala compuesta por:

Guido Raimondi, *Presidente*,
Angelika Nußberger,
Linos-Alexandre Sicilianos,
Robert Spano,
Luis López Guerra,
Işıl Karakaş,
Paulo Pinto de Albuquerque,
Branko Lubarda,
Yonko Grozev,
Síofra O’Leary,
Carlo Ranzoni,
Mārtiņš Mits,
Armen Harutyunyan,
Alena Poláčková,
Pauliine Koskelo,
Jolien Schukking,
Péter Paczolay, *jueces*,

y Françoise Elens-Passos, *Secretario Adjunto*,

Tras haber deliberado en privado los días 7 de marzo y 14 de noviembre de 2018,

Emite la siguiente sentencia, adoptada en las fechas mencionadas con anterioridad:

PROCEDIMIENTO

1. El origen del asunto se encuentra en la demanda (no. 78103/14) contra la República de Portugal presentada ante el Tribunal en virtud del artículo 34 del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (“el Convenio”) por una nacional portuguesa, Sra. Maria da Glória Fernandes de Oliveira (“la demandante”), el 4 de diciembre de 2014.

2. La demandante ha estado representada por Sr. J. Pais do Amaral, Sra. A. Pereira de Sousa and Sra. C. Botelho, abogados ejerciendo en Coimbra. El Gobierno portugués (“el Gobierno”) ha estado representado por su Agente (Abogada del Estado), Sra. M.F. da Graça Carvalho.

3. La demandante alegó en virtud del artículo 2 del Convenio que su hijo, A.J., pudo suicidarse como consecuencia de la negligencia del hospital psiquiátrico en el que había sido hospitalizado de forma voluntaria. Además,

con arreglo al artículo 6, se quejó por la duración del procedimiento civil que había incoado contra el hospital.

4. La demanda fue vista por la Sección Cuarta del Tribunal (Artículo 52 § 1 del Reglamento del TEDH). El 28 de marzo de 2017, la Sala de dicha Sección, integrada por los siguientes jueces: Ganna Yudkivska, President, Nona Tsotsoria, Paulo Pinto de Albuquerque, Krzysztof Wojtyczek, Egidijus Kūris, Iulia Antoanella Motoc, y Marko Bošnjak, así como por Andrea Tamietti como Secretaria Adjunta de la Sección, declaró la demanda admisible. En su sentencia, dictada en la misma fecha, la Sala consideró por unanimidad que se habían violado los aspectos sustantivos y procesales del artículo 2. El 27 de junio de 2017 el Gobierno solicitó la remisión del caso a la Gran Sala de conformidad con el artículo 43 del Convenio. El 18 de septiembre de 2017, el panel de la Gran Sala accedió a dicha solicitud.

5. La composición de la Gran Sala se determinó con arreglo a lo dispuesto en los apartados 4 y 5 §§ del artículo 26 del Convenio y artículo 24 del Reglamento. Luis López Guerra, cuyo mandato expiró en el transcurso del procedimiento, siguió ocupándose del asunto (artículos 23 § 3 del Convenio y 24 § 4 del Reglamento). Péter Paczolay, juez suplente, sustituyó a Helena Jäderblom, que no pudo participar en la continuación del examen del asunto (artículo 24 § 3 del Reglamento).

6. La demandante y el Gobierno presentaron otras observaciones escritas (artículo 59 § 1 en relación con el artículo 71 § 1 del Reglamento).

7. El 7 de marzo de 2018 se celebró una audiencia en público en el Edificio de Derechos Humanos de Estrasburgo (artículo 59 § 3 del Reglamento)

Han comparecido ante el Tribunal:

(a) *en nombre del Gobierno*

Sra. M. DE FÁTIMA DA GRAÇA CARVALHO, *Agente ('Abogado del Estado')*,
 Sra. A. GARCIA MARQUES,
 Dr. A. José PIRES PRETO, *asesores;*

(b) *en nombre de la demandante*

Sra. A. PEREIRA DE SOUSA, *Letrado,*
 Sra. C. BOTELHO,
 Dr. C. FERNANDES DA SILVA, *Asesores.*

El Tribunal escuchó las intervenciones de la Sra. da Graça Carvalho, la Sra. Pereira de Sousa y el Dr. Pires Preto y sus respuestas a las preguntas de los jueces.

ANTECEDENTES DE HECHO

I. CIRCUNSTANCIAS DEL CASO

6. La demandante nació en 1937 y reside en Ceira (Portugal).

9. Los hechos del caso, tal como han sido establecidos por los tribunales nacionales y presentados por las partes, pueden resumirse como sigue.

A. Antecedentes del caso

7. El hijo de la demandante, A.J., nació el 29 de mayo de 1964.

8. A.J. padecía varias enfermedades mentales. A lo largo de los años, se habían contemplado varios diagnósticos posibles, como la esquizofrenia y la depresión mayor. Además, sufría una adicción patológica al alcohol y a los medicamentos, y en ocasiones se mostraba violento con su madre y su hermana. Según el dictamen médico pericial obtenido después de su muerte y durante el procedimiento interno (véase el párrafo 33), A.J. podría haber sufrido también un trastorno límite de la personalidad.

9. A.J. fue ingresado en el Hospital Psiquiátrico Sobral Cid (en adelante "el HSC") de Coimbra en ocho ocasiones de forma voluntaria, periodos:

1. Del 5 al 8 de agosto de 1984;

2. Del 15 de marzo al 3 de abril de 1985, en el que se le impidió salir del edificio del pabellón durante una parte de su estancia;

3. Del 15 al 28 de noviembre de 1985;

4. Del 10 al 18 de enero de 1993, donde ingresó acompañado por la policía que había sido avisada a raíz de una disputa familiar. Recibió el alta voluntaria tras rellenar el formulario pertinente.

5. Del 1 al 12 de febrero 1993;

6. Del 1 al 3 de septiembre de 1999, tras un ingreso de urgencia donde se le diagnosticó un alcoholismo crónico. Firmó el alta voluntaria el 3 de septiembre de 1999 pese a la opinión médica;

7. Del 12 de diciembre de 1999 al 14 de enero de 2000, tras un ingreso de urgencia por un episodio de delirio. Al principio de su estancia se le prohibió salir del edificio del pabellón donde estaba ingresado;

8. Del 2 al 27 de abril de 2000, período durante el cual salió del pabellón en dos ocasiones -el 3 y el 27 de abril de 2000- sin permiso.

10. Los expedientes médicos muestran que su grado de dependencia de la asistencia médica (*grau de dependència*) varió durante estas estancias entre ser un paciente que necesitaba asistencia parcial y un paciente que requería asistencia intensiva o total. En otras ocasiones, el grado de dependencia no se ha señalado, como en el caso de su última estancia en el año 2000. Entre algunas de estas estancias, acudió a un médico del HSC como paciente externo, aunque con poca frecuencia.

11. Según el Gobierno, estas hospitalizaciones se produjeron a raíz de urgencias o de episodios de intoxicación alcohólica, y sólo la última fue tras un intento de suicidio.

15. Durante algunos de los períodos que pasó en el hospital, A.J. fue autorizado a pasar los fines de semana en casa con su familia: tres fines de semana durante el período comprendido entre el 12 de diciembre de 1999 y el 14 de enero de 2000, y dos fines de semana durante el período comprendido entre el 2 y el 27 de abril de 2000.

B. Los acontecimientos previos a la muerte de A.J.

12. En marzo de 2000, A.J. fue a Lisboa para intentar renovar su permiso de conducir de vehículos pesados. Sin embargo, no tuvo éxito. El 1 de abril de 2000 intentó suicidarse tomando una sobredosis de medicamentos recetados. Fue trasladado al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Coimbra.

13. El 2 de abril de 2000, A.J. ingresó voluntariamente en el HSC desde el servicio de urgencias (siendo ésta la última de sus estancias en el HSC (véase el apartado 12 anterior). Fue atendido por el Dr. A.A., que era su médico psiquiatra desde diciembre de 1999. Según la historia clínica del 2 de abril de 2000 y la declaración del testigo de la Dra. A.A., el intento de suicidio pudo ser el resultado de la denegación de renovación del permiso de conducir. Según ella, A.J. había entrado en depresión y pensaba que su vida ya no tenía ningún valor, se sentía marginado y también impotente para alcanzar cualquier objetivo en la vida.

14. Durante la primera semana de su estancia en el HSC, fue sometido a un régimen restringido, a pesar de ser un paciente de ingreso voluntario (véase el párrafo 54 *infra*). Se le recluyó -en pijama- en el pabellón 8, donde se encontraba la Clínica Psiquiátrica General Masculina (Hospitalización de Casos Agudos), y no se le permitió salir del pabellón. Sin embargo, los registros clínicos muestran que el 3 de abril de 2000 abandonó el pabellón después del almuerzo y se fue a casa. En la segunda y tercera semana de esa estancia en el HSC, dada la mejora del estado de A.J., se levantó el régimen restrictivo y se le permitió circular fuera del pabellón y dentro del recinto del HSC. Este régimen permaneció sin cambios hasta su fallecimiento el 27 de abril de 2000 (véase el apartado 28). Durante ese período se le permitió pasar dos fines de semana en casa.

15. Durante el segundo fin de semana A. J. fue autorizado para ir a su casa a pasar la Pascua con la demandante y otros miembros de su familia. Salió del HSC a las 10 horas del viernes 21 de abril de 2000, después del desayuno, y debía volver el miércoles 26 de abril de 2000 a la misma hora. La Dra. A.A. estaba de vacaciones durante ese período (se había marchado el 19 de abril de 2000) y fue sustituida por la Dra. E.R. La Dra. E.R. vio a A.J. dos veces antes de que éste pasara el fin de semana de Pascua en casa.

16. Alrededor de las 22.30 horas del martes 25 de abril de 2000, la demandante llevó a A.J. al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Coimbra porque había bebido una gran cantidad de alcohol. La ficha de observación cumplimentada por el servicio de urgencias hacia la medianoche del 25 de abril de 2000 decía lo siguiente:

"Paciente hospitalizado en HSC, atendido por el médico A.A; pasó el fin de semana fuera y debió tener un comportamiento imprudente porque se emborrachó. Antecedentes de debilidad mental, episodios depresivos e intentos de suicidio recurrentes; dichas características no se observaron durante el fin de semana. Enviado de nuevo al HSC donde está hospitalizado"

Se le recetó medicación en caso de emergencia, y de su historial clínico se extrae que le fue administrada a las dos de la madrugada del 26 de abril de 2000 en el HSC.

17. El historial clínico de las 8.00 a las 16.00 horas del 26 de abril de 2000 muestra que A.J. permaneció en la cama y sólo se levantó para comer. Recibió llamadas telefónicas y una visita de su hermana. No hay registro clínico para el turno de las 16:00 a la medianoche y para el turno de la medianoche a las 8:00 del día siguiente. Los tribunales nacionales aceptaron que el hijo de la demandante había sido medicado durante todo el día, mientras que la demandante impugnó este hecho basándose en la falta de cualquier registro clínico.

18. El expediente clínico se remonta a las 8 horas del 27 de abril de 2000. La enfermera observó que entre las 8.00 y las 16.00 horas el comportamiento de A.J. había sido tranquilo y había paseado por el exterior del pabellón 8. Según la declaración oral de una de las enfermeras y la historia clínica, había comido bien, incluida su merienda alrededor de las 16.45 horas.

23. En la historia clínica no se menciona que A.J. fuera visto por el médico de guardia al volver al HSC. El Dr. E.R. indicó en su declaración oral que había asumido que A.J. estaba bien ya que las enfermeras no habían solicitado ninguna evaluación (véase el párrafo 35 más abajo)

19. At around 4 p.m. the applicant called the hospital. She was told to call back later, during the afternoon snack, as her son was not inside the building at that time. She was assured that some minutes earlier he had been standing at the door and he looked fine.

20. Alrededor de las 7 de la tarde se observó que A.J. no había aparecido para cenar. Se informó a la enfermera coordinadora de su ausencia. El personal del hospital comenzó entonces a buscar en las zonas donde los pacientes estaban autorizados para pasear con libertad, como la cafetería y el parque.

21. En el intervalo de las 19:00 a las 20:00 horas, la enfermera coordinadora informó de la desaparición al doctor M.J.P., que estaba de guardia ese día (pero que no se encontraba en el HSC en ese momento), y se puso en contacto con la Guardia Nacional Republicana.

22. Hacia las 20 horas, la enfermera coordinadora habló por teléfono con la demandante y le comunicó que A.J. no había aparecido para cenar.

23. Se desconoce la hora precisa en la que A.J. abandonó el pabellón y el recinto del hospital después de haber tomado su merienda, para dirigirse a la casa de la demandante. A las 17.37 horas, vestido con su pijama, A.J. saltó delante de un tren que circulaba entre Lousã y Coimbra.

C. Procedimientos internos contra el hospital

24. El 17 de marzo de 2003, la demandante presentó una demanda civil ante el Tribunal Administrativo de Coimbra (*Tribunal Administrativo do Círculo de Coimbra*) contra el HSC, en virtud de la Ley de Responsabilidad del Estado (Decreto Legislativo nº 48051 de 21 de noviembre de 1967), solicitando una indemnización por daños y perjuicios de 100.403 euros (EUR).

30. La demandante alegó que su hijo había sido tratado en el HSC por trastornos mentales en varias ocasiones. Había sido ingresado en el hospital por voluntad propia el 2 de abril de 2000 por un intento de suicidio. Alegó que había vuelto a intentarlo durante el fin de semana de Pascua, cuando estaba en casa con ella. El hecho de que su hijo hubiera podido salir del recinto hospitalario el 27 de abril de 2000 llevaba a la demandante a la conclusión de que el personal del hospital había actuado con negligencia en el ejercicio de sus funciones. Debido a sus intentos de suicidio y a su estado mental, su hijo debería haber estado bajo supervisión médica y el personal del hospital debería haberle impedido salir del recinto hospitalario. Sostuvo que el suicidio de su hijo había sido consecuencia de la mala organización del centro, reflejada en tres aspectos: a) la falta de vallado de los límites del hospital, que permitía a los pacientes ingresados salir fácilmente del hospital sin ninguna supervisión, b) la falta de un mecanismo de control de la presencia de los pacientes ingresados que permitiera al personal del hospital darse cuenta inmediatamente de una ausencia, y c) la falta de un procedimiento de emergencia capaz de detectar la ausencia de un paciente ingresado, que permitiera al personal del hospital adoptar las medidas efectivas necesarias para garantizar que el paciente regresara sano y salvo sin poner en peligro la vida de otras personas o su propia vida. La demandante se basó en los antecedentes concretos que condujeron a la hospitalización de A.J. desde principios de abril, así como en detalles de su historial clínico, en particular su consumo excesivo y reiterado de alcohol, su enfermedad mental y su anterior intento de suicidio. Sostuvo que, debido a todas esas circunstancias, las medidas de vigilancia deberían haberse reforzado para evitar que se marchara.

25. El 29 de octubre de 2003, el tribunal dictó un dictamen previo (*despacho saneador*) en el que especificaba los hechos que se consideraban probados y los que quedaban por probar.

26. El 5 de julio de 2005, el tribunal ordenó la elaboración de un informe pericial sobre el estado clínico de A.J. y las medidas de supervisión necesarias a consecuencia de dicho estado.

27. El 27 de septiembre de 2006, un psiquiatra designado por el Colegio de Médicos (*Ordem dos Médicos*) presentó su informe, que se basaba en un análisis de las fotocopias de los expedientes clínicos del HSC. Las partes pertinentes del informe son las siguientes:

“... ”

Aunque la dependencia del alcohol fue el diagnóstico predominante, se contemplaron otros diagnósticos. En particular, personalidad dependiente; brotes delirantes; esquizofrenia; psicosis maniaco-depresiva...

La historia clínica de A.J. nos permite considerar que se trata de un enfermo con recaídas recurrentes en el consumo excesivo de alcohol... pero también presentaba otras sintomatologías...

Era un individuo "muy violento y agresivo cuando se emborrachaba, e incluso en los momentos en que no había bebido era un joven conflictivo, fácilmente irritable"...

...

No existe ninguna referencia detallada en su historial clínico sobre su estado psicopatológico el 26 de abril de 2000 (tras el episodio de intoxicación etílica que le llevó a los servicios de urgencia el 25 de abril de 2000), el 27 o el 28 de abril de 2000....

...

El hijo [de la demandante] padecía trastornos que provocaban un comportamiento depresivo con una importante inclinación al suicidio.

Teniendo en cuenta los informes clínicos, su estado de salud podría haber conducido a otro intento de suicidio, que resultó fatal.

Además, hay que destacar el polimorfismo del estado psiquiátrico de la paciente. Un estado psicopatológico como el del paciente tiene pésimo pronóstico y el suicidio suele ir precedido de un intento (o varios) de suicidio. ... De hecho, hay que aclarar que ... podría haber estado sufriendo un trastorno límite de la personalidad [*perturbação de personalidade borderline*].....

Se hace referencia a una multiplicidad de diagnósticos, todos ellos capaces de potenciar el riesgo de suicidio del paciente (y también de comportamiento suicida).

...

La historia clínica y el cuadro psicopatológico [*quadro psicopatológico*], por las razones ya mencionadas, serían predictores de futuras conductas suicidas; por lo tanto, la ocurrencia del suicidio no es un hecho sorprendente.

En cuanto a la prevención, es indiscutible que se deben adoptar medidas de contención y vigilancia. Pero con un paciente como el que nos ocupa, estas medidas son difíciles de adoptar (véanse, por ejemplo, sus peticiones de alta a pesar de la opinión del médico, que está fundamentada) y nunca serían suficientes debido al alto potencial de suicidio.

...

Podemos suponer o afirmar el aumento del potencial suicida de un individuo cuando padece un cuadro psicopatológico como la esquizofrenia, la depresión mayor, el alcoholismo crónico; todas estas patologías se mencionan en la historia clínica del paciente. Este potencial también se ve incrementado si el paciente padece un Trastorno Límite de la Personalidad, como ya hemos mencionado; enfermedad que no se puede excluir con respecto a este paciente. La prevalencia del suicidio es significativa entre los pacientes que padecen estas patologías. Por lo tanto, lo ocurrido no es inusual.

El hecho de que el paciente llevara más de dos semanas en tratamiento antidepressivo, que hubiera deambulado por el hospital sin poner nunca en peligro su vida, y el hecho de que no haya nada en la historia clínica sobre pensamientos suicidas, no significa que se descarta la probabilidad de ese suceso (el suicidio). Sin embargo, era difícilmente evitable.

[En definitiva] La prevención del suicidio en estos pacientes es una tarea imposible. En un paciente que deambula por el hospital y cuya sintomatología no es sugestiva de suicidio inminente, donde esa probabilidad (de suicidio) es mayor pero no está tan acentuada en dicho momento (considerando los antecedentes y las características del paciente), la prevención es mucho más difícil."

28. La primera audiencia tuvo lugar el 8 de octubre de 2008. La demandante y el psiquiatra que había emitido el citado dictamen médico prestaron declaración en la vista.

29. En cinco audiencias (a saber, los días 8 y 9 de octubre de 2008, el 14 de enero de 2009 y los días 9 y 13 de febrero de 2009) el tribunal escuchó las declaraciones de diferentes testigos, entre ellos: la hija de la demandante (hermana de A.J.); enfermeras, médicos y auxiliares médicos que habían trabajado o seguían trabajando para el HSC, algunos de los cuales habían comenzado su turno a las 16.00 horas del 27 de abril de 2000; un trabajador social empleado por el HSC desde 1995, que había tenido contacto con A.J.; y el conductor del tren. La Dra. A.A., que había sido la médica psiquiatra de A.J. en el HSC, declaró que su tratamiento consistía en tomar la medicación prescrita, asegurarse de que recibía el tratamiento voluntariamente y establecer una relación de confianza con él para que recibiera terapia. Confirmó que se podía restringir la libertad de movimiento de los pacientes internos voluntarios si se consideraba necesario. En estas circunstancias, los pacientes internos tendrían prohibido salir del pabellón y permanecerían en pijama. El Dr. E.R. (que había sustituido al Dr. A.A. en ese momento) confirmó que el 27 de abril de 2000 no se había mencionado en el tablón de información del pabellón 8 ninguna medida restrictiva con respecto a A.J. En otras palabras, éste había sido libre de abandonar el pabellón, aunque para salir del recinto del HSC habría necesitado un permiso médico. El Dr. M.J.P., que había sido el médico de urgencias de guardia el 27 de abril de 2000, explicó que si las enfermeras del pabellón hubieran visto un problema en el comportamiento de A.J. ese día la habrían llamado, lo cual no había sucedido. El tribunal también analizó varios documentos adjuntos al expediente clínico de A.J. del HSC.

36. El 9 de marzo de 2009, el tribunal realizó una inspección *in situ* (véase el párrafo 48 *infra*).

30. El 7 de enero de 2010, el tribunal celebró una vista en la que adoptó una decisión sobre los hechos. El tribunal estimó, entre otras cosas, que no procedía definir explícitamente la patología de A.J. En cuanto al episodio del 25 de abril de 2000, el tribunal estimó considerarlo simplemente como un abuso de alcohol, teniendo en cuenta su alcoholismo crónico subyacente y el hecho de que la bebida había tenido lugar por la tarde y principalmente en un bar.

31. El 25 de abril de 2011, el Tribunal Administrativo de Coimbra dictó una sentencia en la que falló en contra de la demandante. En lo referente al argumento de la demandante de que el hospital debería haber establecido vallas u otras barreras alrededor del recinto hospitalario, el tribunal señaló que el objetivo principal del tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales era fomentar la interacción social. La existencia de vallas conduciría a la estigmatización y al aislamiento de los pacientes internos con discapacidades mentales. A este respecto, sostuvo que la ausencia de vallas o muros de seguridad estaba

"en consonancia con las teorías actuales de la ciencia psiquiátrica según las cuales el tratamiento de los pacientes que padecen trastornos mentales debe realizarse en un ambiente de confianza y autonomía, en condiciones materiales que promuevan la libertad de desplazamiento, y que favorezcan la interacción y la convivencia entre los pacientes y el personal para fomentar la reinserción [del paciente]; el seguimiento de estos pacientes debe realizarse de forma discreta".

32. En cuanto a la reclamación de la demandante relativa a la falta de un mecanismo capaz de comprobar la presencia de los pacientes internos, el tribunal consideró que el HSC tenía un procedimiento de vigilancia que consistía en verificar la presencia de los pacientes internos a la hora de las comidas y de la medicación; esto se ajustaba a la ciencia psiquiátrica moderna y respetaba el derecho a la intimidad y a la dignidad de los pacientes internos. Además, el tribunal constató que los pacientes internos respecto de los cuales se adoptó un régimen restrictivo específico de hospitalización recibían una mayor atención por parte del equipo de enfermería y de los asistentes médicos, que verificaban su presencia dentro del edificio en el que estaban hospitalizados o en los alrededores de la entrada del edificio, según el caso. En cuanto al argumento de la demandante de que no existía un procedimiento de emergencia, el Tribunal Administrativo de Coimbra señaló que éste consistía en alertar a la policía y a la familia del paciente en caso de ausencia. Consideró que este procedimiento era adecuado.

33. En cuanto a la reclamación de la demandante de que su hijo se había suicidado como consecuencia de la ausencia de vigilancia permanente, el tribunal consideró que su suicidio no había sido previsible. Es cierto que su

hijo padecía una enfermedad mental que nunca había sido diagnosticada adecuadamente, ya sea por la complejidad de los síntomas o la adicción al alcohol y a la medicación recetados. A este respecto, el tribunal señaló que, a lo largo de los años, al hijo de la demandante se le había diagnosticado esquizofrenia y depresión grave. Sin embargo, sólo después de su muerte y como consecuencia de un dictamen pericial solicitado al Colegio de Médicos durante el procedimiento (véase el apartado 33 anterior), se había realizado un diagnóstico probable de trastorno límite de la personalidad. El tribunal estimó que A.J. había sido ingresado por última vez como paciente interno tras un intento de suicidio. Sin embargo, consideró que, a pesar de la posibilidad de que los pacientes internos diagnosticados con enfermedades mentales como las del hijo de la demandante pudieran suicidarse, durante los últimos días antes de su muerte no había mostrado ningún comportamiento o estado de ánimo que pudiera haber llevado al personal del hospital a sospechar que el 27 de abril de 2000 sería diferente a los días anteriores.

Según el Tribunal Administrativo de Coimbra, el hecho de que hubiera sido ingresado en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Coimbra por haber consumido una gran cantidad de alcohol no había sido el resultado de un intento de suicidio, sino de un comportamiento imprudente. El Tribunal Administrativo de Coimbra constató que, al regresar al HSC, estuvo bajo supervisión médica todo el día, fue medicado, y que su salud había mejorado. Por tanto, el tribunal concluyó que no existían circunstancias que permitieran prever el trágico desenlace que se produjo. No era posible afirmar que su suicidio hubiera sido previsible, ni había nada en el expediente que pudiera haber justificado la adopción del procedimiento de tratamiento involuntario en los días anteriores a la tragedia, ya que no era previsible que se suicidara. Según el tribunal, el comportamiento de A.J. había sido "absolutamente inesperado e imprevisible", dadas las circunstancias concretas del caso.

34. El 12 de mayo de 2011, la demandante presentó un recurso ante el Tribunal Supremo Administrativo, alegando que el tribunal de primera instancia había valorado erróneamente las pruebas, que sus conclusiones de hecho habían sido incorrectas y que había interpretado erróneamente la ley.

35. El 26 de septiembre de 2012 se pidió al Fiscal General Adjunto adscrito al Tribunal Supremo Administrativo que emitiera un dictamen sobre el recurso. Éste recomendó que se revocara la sentencia de primera instancia. El dictamen se centraba en la falta de establecimiento de un marco de vigilancia específicamente adaptado a los problemas de salud mental y al riesgo de suicidio de A.J., así como en el supuesto incumplimiento por parte del HSC de su obligación de prevención del suicidio. En él se afirmaba que:

“....

En el caso de los pacientes con tendencia al suicidio, sólo la prescripción y la aplicación de un seguimiento reforzado (*vigilância acrescida*) podrían considerarse medidas adecuadas.

En el informe médico de A.J. hay referencias a intentos de suicidio; el último ocurrió el 1 de abril de 2000, unos días antes del 26 de abril de 2000, cuando volvió al HSC después de haber sido tratado en el [Hospital Universitario de Coimbra] debido al consumo de una gran cantidad de alcohol; la posibilidad de un nuevo intento de suicidio era, pues, un "riesgo probable" o, entre los riesgos posibles, uno que podía preverse en la medida en que podía ser esperado por un evaluador prudente (*avaliador prudente*).

Por lo tanto, en nuestra opinión, la sentencia impugnada ha errado al considerar a efectos de valorar el nivel de vigilancia exigible a la demandada, que el suicidio de A.J. fue un hecho absolutamente inesperado e imprevisto y al sostener que no había motivos para aumentar la vigilancia en el caso concreto.

El [HSC] nunca prescribió ni puso en marcha un régimen de refuerzo de la vigilancia de A.J. - un régimen que pudiera ser adecuado para prevenir cualquier posible salida del hospital, ...

Esta vigilancia reforzada, que tiene por objeto la protección del paciente, forma parte de la obligación terapéutica del hospital y no entra en conflicto con el régimen de puertas abiertas como método de tratamiento aplicado a los pacientes en las circunstancias en que se considera adecuado."

36. En cuanto a los hechos que la demandante había invocado en relación con varios pacientes internos del HSC que se habían marchado sin permiso y las trágicas consecuencias resultantes, el dictamen señalaba que esos elementos no debían tomarse en consideración.

Según el dictamen:

"el grado de vigilancia que debe establecerse debe tomar en consideración "todos los riesgos probables" y todos aquellos "que pueden entrar en las expectativas de un evaluador prudente".

El informe médico de A.J., por sí solo, ya contenía referencias a intentos de suicidio, uno de los cuales se había producido veinticinco días antes. Por lo tanto, era posible prever una repetición de los mismos.

Por lo tanto, es posible concluir que la demandada no estableció ni puso en marcha ninguna medida de vigilancia que pudiera considerarse adecuada a la condición de hospital psiquiátrico y a las características de A.J. como paciente -podría y debería haberse hecho-."

37. El 29 de mayo de 2014, el Tribunal Supremo Administrativo desestimó el recurso de la demandante por dos votos a uno, confirmando las conclusiones de hecho y de derecho del Tribunal Administrativo de Coimbra. El Tribunal Supremo Administrativo consideró que los hechos invocados por la demandante ante el tribunal inferior en relación con casos similares de pacientes internos que habían abandonado el HSC sin permiso eran irrelevantes para la decisión en el presente caso. El tribunal rechazó el argumento de la demandante de que A.J. había mostrado un comportamiento depresivo con una "fuerte" tendencia al suicidio, y que

había intentado en diferentes ocasiones; confirmando la conclusión del tribunal de primera instancia que había establecido un solo intento de suicidio el 1 de abril de 2000.

38. El Tribunal Supremo Administrativo consideró que la práctica del recuento de los pacientes internos a la hora de las comidas y de la medicación era suficiente y había permitido al personal del hospital verificar la asistencia de A.J. durante el almuerzo y la merienda del 27 de abril de 2000. Rechazó el argumento de la demandante de que el recuento de los pacientes ingresados cuando se les entregaba la bandeja con la comida era "profundamente chapucero". En cuanto a la previsibilidad del suicidio, el Tribunal Supremo Administrativo consideró que el HSC no había incumplido ningún deber de asistencia, ya que no había habido ningún indicio que pudiera hacer sospechar al personal del hospital que el hijo de la demandante intentaría suicidarse ese día, concretamente saliendo del recinto hospitalario. El Tribunal Supremo Administrativo tuvo en cuenta que durante los períodos anteriores de hospitalización el hijo de la demandante también había abandonado el recinto hospitalario, y que no se había establecido ningún vínculo entre ese comportamiento y un riesgo particular de suicidio, en la medida en que sólo habían podido constatar la existencia de un único intento de suicidio, a saber, el 1 de abril de 2000.

39. En un voto particular, uno de los jueces afirmó que el hospital debería haber protegido las instalaciones de alguna manera para cumplir con sus deberes de cuidado y supervisión. Al no hacerlo, había permitido que los pacientes internos salieran fácilmente sin ser dados de alta, incumpliendo así esos deberes. Esta omisión había sido la causa de la "fuga" y el suicidio del hijo de la demandante.

D. Información de fondo sobre el HSC

40. El HSC es un hospital psiquiátrico situado en las afueras de Coimbra, en un terreno de diecisiete hectáreas. Forma parte del Hospital Universitario de Coimbra y está gestionado por el Estado.

41. Según una inspección *in situ* realizada por el Tribunal Administrativo de Coimbra el 9 de marzo de 2009 en el marco del procedimiento contra el hospital, el HSC disponía de dieciocho edificios (uno para cada departamento del hospital). De la información de que dispone el Tribunal se desprende que en estos edificios se hospitalizaba a distintos tipos de pacientes, en función de su sexo y del tipo y alcance de su enfermedad. El recinto del HSC no estaba delimitado por vallas de seguridad ni por muros de ningún otro tipo. Los edificios estaban rodeados de zonas verdes con árboles y otro tipo de vegetación, y se accedía a los diferentes edificios por medio de calzadas y caminos, que también estaban rodeados de árboles y otro tipo de vegetación. La entrada principal del HSC tenía una barrera y un guardia de seguridad. Una de las posibles salidas del

recinto hospitalario conducía a un atajo hacia el andén de una estación de tren. Se accedía a este atajo tomando el camino que se encuentra detrás del edificio núm. 9. El andén de la estación estaba a unos quince o veinte minutos a pie de esa parte del recinto del HSC.

42. De acuerdo con las normas del HSC, las comidas se realizaban en la cafetería del hospital y los pacientes internos debían permanecer allí hasta el final de la comida. Existía una Guía del Usuario destinada a los pacientes internos en la que se establecían las normas que regían su hospitalización. Los pacientes internos no podían abandonar el pabellón sin informar previamente a la enfermera correspondiente. También se les prohibía salir del recinto hospitalario sin la autorización de un especialista. Si un paciente hospitalizado desea abandonar el hospital antes de recibir la autorización, debe firmar un formulario de alta.

43. Durante la estancia de A.J. en abril de 2000, se aplicó el siguiente horario:

- i. Hora de levantarse: entre las 7 y las 8 de la mañana;
- ii. Hora de acostarse: flexible, a partir de las 10 de la noche el paciente debe permanecer en silencio y con las luces apagadas;
- iii. Comidas:
 1. Desayuno: de 8.35 a 9.30 horas;
 2. Almuerzo: de 12 a 13 horas;
 3. Merienda: a las 16.45 horas;
 4. Cena: de 19 a 20 horas;
 5. Merienda nocturna: 10 p.m.

44. Se estableció un mecanismo, reconocido por los tribunales nacionales, para comprobar la presencia de un paciente interno, contando a los pacientes internos a cada hora de la comida (cinco veces al día) y a la hora de la medicación. Además, se comprobaba la presencia del paciente a la hora de acostarse. Los pacientes hospitalizados en régimen de hospitalización restrictiva eran controlados más estrechamente por el equipo de enfermería.

45. Se ponía en marcha un procedimiento de emergencia cuando se advertía la ausencia de un paciente. Este procedimiento consistía en alertar a la policía, al médico de guardia y a los familiares más cercanos del paciente.

46. Durante la hospitalización, el paciente estaba acompañado por un equipo terapéutico compuesto por un médico, un enfermero, un trabajador social y un auxiliar médico.

47. Se distingue entre hospitalización voluntaria e involuntaria (véase el apartado 58). En el marco de la hospitalización voluntaria, el paciente puede abandonar el tratamiento en cualquier momento. Sin embargo, según los médicos que testificaron en el procedimiento interno y las observaciones del Gobierno, había dos tipos de régimen para los pacientes internos voluntarios: un régimen restrictivo, según el cual los pacientes internos no podían abandonar el pabellón, y un régimen general, que permitía a los

pacientes internos abandonar el edificio tras informar a la enfermera de guardia, aunque seguían sin poder abandonar el recinto del HSC sin permiso. Los pacientes internos en régimen restrictivo iban generalmente vestidos con pijama y bata, mientras que los pacientes internos en régimen general parecen haber tenido libertad de elección en cuanto a la ropa que llevaban. En teoría, los pacientes internos solían permanecer en el régimen restrictivo al principio de la estancia en el hospital, incluso si ingresaban de forma voluntaria. Había una sala de aislamiento para los pacientes internos muy alterados y agresivos y esta sala también podía utilizarse para los pacientes internos voluntarios.

48. La demandante presentó al Tribunal artículos de prensa que hacían referencia a pacientes internos que aparentemente habían logrado salir del recinto del HSC. Los cinco primeros artículos que se mencionan a continuación ya habían sido presentados a las autoridades nacionales (véase el párrafo 44 supra, en el que el Tribunal Supremo Administrativo consideró que la información contenida en ellos no era pertinente para la decisión en el presente caso):

(i) el 9 de marzo de 2008 se encontró cerca del recinto hospitalario el cadáver de un paciente interno que se había fugado dos semanas antes (en el *Diário de Coimbra*)

(ii) el 29 de octubre de 2008, un hombre se escapó del HSC y fue atropellado por un coche tras saltar delante de él (en *Diário das Beiras*)

(iii) el 31 de julio de 2008 se encontró en un río el cuerpo de un paciente interno que se había escapado del hospital el mes anterior (en *Diário de Coimbra*)

(iv) el 14 de agosto de 2008, un paciente que había sido hospitalizado en contra de su voluntad en el HSC se escapó (en *Diário de Coimbra*)

(v) a principios de marzo de 2010 se fugaron del hospital tres pacientes internos diferentes; uno de ellos fue localizado por la policía tras robar un coche y otro fue encontrado muerto en un río cercano (en *Bombeirosponopt*)

(vi) el 16 de octubre de 2011 un paciente interno se escapó del recinto del HSC y atacó a dos policías con una azada (en *Correio da Manhã*)

(vii) el 1 de marzo de 2015, dos internos se escaparon del HSC y robaron un coche (en *Tvi24*).

II. PRÁCTICA Y DERECHO INTERNO APLICABLE

A. La Ley de Sanidad

49. a Ley de Sanidad (Ley nº 48/90 de 24 de agosto de 1990) establece que la asistencia sanitaria se presta en los servicios y establecimientos del Estado y en otras entidades públicas o privadas, con o sin ánimo de lucro, bajo la supervisión del Estado. En virtud del principio básico XIV de la ley,

los usuarios del sistema sanitario tienen, entre otros, el derecho a elegir libremente su médico y su establecimiento sanitario, el derecho a recibir o rechazar el tratamiento ofrecido, el derecho a recibir un trato adecuado y humano, rápido y respetuoso, el derecho a ser informados de su estado, de los posibles tratamientos alternativos y de la evolución probable de su estado, y el derecho a quejarse del modo en que han sido tratados y a recibir una indemnización por los daños sufridos.

50. La Ley de Sanidad está regulada por el Decreto Legislativo núm. 11/93, de 15 de enero, por el que se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Salud. Según el artículo 38, el Estado tiene la función de supervisar los establecimientos de asistencia sanitaria; el Ministerio de Sanidad es responsable de establecer las normas de asistencia sanitaria, sin perjuicio de las funciones asignadas al Colegio de Médicos y al Colegio de Farmacéuticos.

B. La Ley de Salud Mental

51. La Ley de salud mental (Ley nº 36/98 de 24 de julio de 1998) establece los principios generales de la política de salud mental y regula la hospitalización voluntaria e involuntaria de los pacientes internos con trastornos psiquiátricos. Las disposiciones pertinentes son las siguientes:

Sección 3 - Principios generales de la salud mental

“... ”

a) La atención de salud mental se lleva a cabo en la comunidad para evitar el alejamiento de los pacientes de su entorno habitual y facilitar su rehabilitación e integración social;

b) La atención de salud mental se presta en el entorno menos restrictivo posible

...”

Sección 7 - Definiciones

“... ”

a) Hospitalización involuntaria (*Internamento compulsivo*): hospitalización [ordenado] por decisión judicial de un paciente con un trastorno mental grave;

b) Hospitalización voluntaria (*Internamento voluntario*): hospitalización a petición del paciente con trastorno mental o a petición del tutor legal de un menor de catorce años.

...”

Sección 12 - Requisitos

“1 - El paciente con un trastorno mental grave que cree, debido a dicho trastorno, una situación de peligro para intereses jurídicamente protegidos (*bens jurídicos*) de valor significativo, propios o ajenos, de carácter personal o patrimonial, y se niegue a someterse al tratamiento médico necesario, podrá ser internado en un establecimiento adecuado.

2 - El paciente con un trastorno mental grave que no posea el discernimiento necesario para valorar el significado y el alcance del consentimiento también podrá ser internado cuando la ausencia de tratamiento perjudique gravemente su estado.”

Sección 13 - Locus standi

“1 - El representante legal del paciente con trastorno mental grave, cualquier persona con capacidad legal para interponer un procedimiento de prohibición (*interdição*), las autoridades de salud pública y el Ministerio Público (*Ministério Público*) tienen capacidad legal para solicitar el internamiento obligatorio.

2 - Cuando un médico, en el ejercicio de sus funciones, diagnostique un trastorno mental con los efectos previstos en el artículo 12, podrá comunicar dicho diagnóstico a la autoridad sanitaria competente a los efectos del apartado anterior.

3 - Si el diagnóstico se realiza en el marco de una hospitalización voluntaria, el director clínico del establecimiento también está legitimado para solicitar la hospitalización involuntaria.”

C. Decreto legislativo núm. 48051 de 21 de noviembre de 1967

52. El Decreto Legislativo núm. 48051, vigente en el momento en que el demandante inició el procedimiento, regulaba la responsabilidad civil extracontractual del Estado. Contenía las siguientes disposiciones pertinentes para el presente caso:

Artículo 2 § 1

“El Estado y los demás organismos públicos están obligados a indemnizar a los terceros en el marco de un procedimiento civil por las violaciones de sus derechos o de las disposiciones legales destinadas a proteger los intereses de dichos terceros, causadas por actos ilícitos cometidos con negligencia (culpa) por sus organismos o funcionarios en el ejercicio de sus funciones o como consecuencia de las mismas.”

Artículo 4

“1. La negligencia (culpa) de los miembros de la agencia o de los funcionarios afectados se apreciará de acuerdo con el artículo 487 del Código Civil.

2. Si son varios los responsables, se aplicará lo dispuesto en el artículo 497 del Código Civil.”

Artículo 6

“A los efectos del presente Decreto, se considerarán ilícitos los negocios jurídicos que infrinjan las disposiciones legales y reglamentarias o los principios generales de aplicación general, así como los actos materiales que infrinjan dichas disposiciones y principios o las normas técnicas y de prudencia general que deban observarse.”

53. Según la jurisprudencia nacional relativa a la responsabilidad extracontractual del Estado, éste sólo está obligado a indemnizar si se ha cometido un acto ilícito con negligencia y existe una relación de causalidad entre el acto y el daño alegado.

D. Decreto Legislativo núm. 35/99 de 5 de febrero de 1999

54. El decreto legislativo núm. 35/99 de 5 de febrero de 1999, en vigor en el momento de la última estancia de A.J. en el hospital, contiene disposiciones sobre la organización de la asistencia psiquiátrica y de salud mental. El preámbulo dice lo siguiente:

“... ”

Por lo tanto, teniendo en cuenta, en particular, las recomendaciones de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud en relación con la prioridad de promover la prestación de atención a nivel comunitario de la manera menos restrictiva y, en el contexto específico de la rehabilitación psicosocial, la prestación de atención en centros de día y en estructuras de alojamiento adecuadas al grado específico de autonomía de los pacientes, la urgencia de revisar la política de salud mental y, posteriormente, el modelo de organización de los servicios, que el Decreto Legislativo núm. 127/92 no consiguió, se ha hecho aún más acuciante desde mediados de los años noventa.”

Las disposiciones pertinentes establecen lo siguiente:

Artículo 1 - Objeto

“El presente decreto establece los principios rectores de la organización, la gestión y la evaluación de los servicios de psiquiatría y salud mental, en lo sucesivo denominados "servicios de salud mental”.

Artículo 2 – Principios generales

“... ”

6 – La prestación de la atención de salud mental se centrará en las necesidades y circunstancias específicas de las personas según su edad y se promoverá principalmente en el ámbito comunitario de la manera menos restrictiva; las unidades de hospitalización se ubicarán preferentemente en los hospitales generales.”

Artículo 16 – Funciones de los hospitales generales

“1 - Los hospitales psiquiátricos son responsables de:

...

c) Garantizar los cuidados necesarios a los pacientes de evolución prolongada (doentes de evolução prolongada) hospitalizados en ellos, y promover la humanización y la mejora de sus condiciones de vida, desarrollando programas de rehabilitación adaptados a sus necesidades específicas y apoyando su reinserción en la comunidad.

...”

E. Protocolo sobre el uso de medios de "contención mecánica" en todos los hospitales portugueses, incluidos los psiquiátricos (Circular Normativa nº 08/DSPSM/DSPCS)

55. En 2007, el Ministerio de Sanidad introdujo un protocolo sobre el uso de medios de contención mecánica en todos los hospitales portugueses,

incluidos los psiquiátricos. Este fue derogado y sustituido por unas Directrices más amplias en 2011 (véase más adelante).

F. Directrices de la Dirección General de Salud sobre la contención nº 21/2011 de fecha 6 de junio de 2011

56. De conformidad con el artículo 2 § 2, c) del Decreto Reglamentario núm. 66/2007, de 29 de mayo, modificado por el Decreto Reglamentario núm. 21/2008, de 2 de diciembre, se emitieron las siguientes directrices:

“1. El uso de medios de contención de los pacientes se llevará a cabo después de una evaluación del riesgo clínico.

2. Los pacientes serán susceptibles de recibir medidas de contención cuando:

2.1. Manifiesten conductas que les pongan en riesgo de sufrir daños a ellos o a su entorno.

2.2. Se nieguen al tratamiento obligatorio previsto en la ley.

2.3. Rechazar un tratamiento vital y urgente.

...

6. La enfermera jefa del servicio es responsable de que se registren en el expediente del paciente los siguientes elementos:

6.1. Evaluación del estado del paciente que determinó la necesidad de la contención.

6.2. Medidas preventivas iniciadas y su impacto.

6.3. Descripción de las diferentes medidas de contención analizadas con los pacientes o con alguien que decida en su lugar.

6.4. Profesionales implicados en la toma de decisiones de las medidas de contención.

6.5. Evaluaciones posteriores de la medida de contención. Incluye la evolución del estado del paciente y la detección de lesiones asociadas al uso de las medidas de contención.

6.6. Revisión del plan de cuidados como consecuencia de la medida de contención.

...

9. Cada institución sanitaria debe definir, en el ámbito de estas Directrices, un estándar de actuación interna sobre el uso de medidas de contención de acuerdo con las especificidades de la atención que presta.

...

CRITERIOS

...

k) Se debe considerar lo siguiente:

i. Sujeción terapéutica: medida utilizada para controlar la actividad física o el comportamiento de una persona o de una parte de su cuerpo durante la prestación de

asistencia sanitaria, con el fin de mejorar las condiciones de salud y prevenir complicaciones. El objetivo de la contención terapéutica es optimizar la seguridad de los pacientes y de quienes los rodean, manteniendo, en la medida de lo posible, su comodidad y dignidad.

ii. Restricción ambiental: uso de cambios que controlan la movilidad del paciente. Puede tratarse de una habitación confinada, un espacio cerrado o limitado en el que el paciente pueda deambular con seguridad con supervisión clínica.

iii. Sujeción física: situación en la que una o varias personas del equipo terapéutico sujetan a un paciente, o lo mueven o bloquean su movimiento para evitar su exposición a una situación de riesgo.

iv. Sujeción mecánica: uso de instrumentos o equipos que restringen los movimientos del paciente.

v. Sujeción química o farmacológica: medicación psicoactiva destinada a inhibir un movimiento o comportamiento específico.

RAZONAMIENTO

Existe evidencia de que la contención es una de las prácticas más utilizadas a nivel internacional para la atención de pacientes con conductas que implican un riesgo para ellos mismos o para quienes los rodean. De los diversos estudios realizados sobre este tema, destaca la necesidad de prevenir incidentes y eventos adversos asociados a las medidas de contención.

...”

G. Código civil portugués

57. Las disposiciones pertinentes del Código son las siguientes:

Artículo 487

“1. Corresponde al perjudicado probar la responsabilidad del daño por culpa, salvo que exista presunción legal de la misma.

2. A falta de otros criterios legales, la negligencia se aprecia con referencia a la diligencia del *bonus pater familias*, dadas las circunstancias del caso.”

H. Jurisprudencia del Tribunal Supremo de Justicia y del Tribunal Supremo Administrativo

En una sentencia de 25 de julio de 1985, el Tribunal Supremo de Justicia analizó el deber de supervisión de los enfermos mentales hospitalizados. Sostuvo que siempre que un enfermo mental estuviera hospitalizado y recibiendo tratamiento, el hospital tenía la obligación de cumplir con sus deberes médicos y de supervisión. En el caso que nos ocupa, el Tribunal Supremo consideró que el hospital había incumplido dicha obligación al permitir que un enfermo mental hospitalizado en régimen abierto abandonara las instalaciones sin el alta hospitalaria y al no realizar todos los esfuerzos debidos para conseguir su regreso inmediato.

66. En una sentencia de 25 de noviembre de 1998, el Tribunal Supremo de Justicia examinó si, al no oponerse a que un paciente interno abandonara su departamento psiquiátrico, un hospital había incumplido su deber de supervisión. Consideró que no se había producido un incumplimiento porque había quedado acreditado, entre otras cosas, que (i) el servicio de psiquiatría del hospital funcionaba en régimen de "puertas abiertas"; (ii) no había existido una orden expresa del servicio de salud que impidiera al paciente interno abandonar el servicio; (iii) los médicos habían considerado desaconsejable restringir la libertad de movimientos de la paciente; (iv) el día de su intento de suicidio, la paciente parecía actuar con normalidad; y (v) el intento de suicidio de la paciente no podía predecirse a partir de su comportamiento.

67. En una sentencia de 29 de enero de 2009, el Tribunal Supremo Administrativo consideró que no se había incumplido el deber de supervisar a un paciente interno con enfermedad mental que había saltado desde una ventana de su habitación. El Tribunal Supremo Administrativo señaló, entre otras cosas, que el deber de supervisión sólo existía en relación con los riesgos que podía determinar un evaluador prudente. En el caso que nos ocupa, no había pruebas de que el paciente interno pudiera intentar suicidarse. Por lo tanto, el nivel de supervisión adoptado había sido acorde con su estado y los riesgos previsibles. Por lo tanto, el hospital no fue responsable de que el paciente se arrojara por la ventana.

III. PRÁCTICA Y DERECHO INTERNACIONAL

A. Naciones Unidas

1. Asamblea General de las Naciones Unidas

58. La Resolución A/RES/46/119 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 17 de diciembre de 1991, establece varios principios para la protección de las personas con enfermedades mentales y para la mejora de su atención sanitaria. Los principios pertinentes son los siguientes:

Principio 8 – Normas de la atención

“1. Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos.

2. Se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluida la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.”

Principio 9 – Tratamiento

“1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.

...

3. La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas éticas pertinentes de los profesionales de salud mental...

4. El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.”

Principio 15 – Principios de admisión

...

2. El acceso a una institución psiquiátrica se administrará de la misma forma que el acceso a cualquier institución por cualquier otra enfermedad.

3. Todo paciente que no haya sido admitido involuntariamente tendrá derecho a abandonar la institución psiquiátrica en cualquier momento a menos que se cumplan los recaudos para su mantenimiento como paciente involuntario, en la forma prevista en el principio 16 *infra*; el paciente será informado de ese derecho.”

2. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

59. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, la "CDPD") (adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, Resolución A/RES/61/106) tiene por objeto promover, proteger y asegurar el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por parte de las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente. La CDPD actualiza y revisa las normas establecidas por la citada resolución de la Asamblea General. Fue ratificada por Portugal el 23 de septiembre de 2009. Todos los Estados miembros del Consejo de Europa son ahora partes de la CDPD, excepto Liechtenstein. Las partes pertinentes de la Convención son las siguientes:

Artículo 10 – Derecho a la vida

“Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.”

Artículo 12 – Igual reconocimiento como persona ante la ley

“1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.

2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.

3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.

4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.

...”

Artículo 14 – Libertad y seguridad de la persona

“1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás:

a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona;

b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables.”

Article 25 - Salud

“Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección

e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;

c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;

d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;

...”

3. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

60. En abril de 2014, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, el "Comité de la CDPD") adoptó una Observación General sobre el artículo 12: Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley. Las partes pertinentes, que tratan de las personas detenidas involuntariamente, dicen lo siguiente:

Artículos 14 y 25 Libertad, seguridad y consentimiento

“40. ...

... La negación de la capacidad jurídica a las personas con discapacidad y su privación de libertad en instituciones contra su voluntad, sin su consentimiento o con el consentimiento del sustituto en la adopción de decisiones, es un problema habitual. Esa práctica constituye una privación arbitraria de la libertad y viola los artículos 12 y 14 de la Convención...

41. El derecho a gozar del más alto nivel posible de salud (art. 25) incluye el derecho a la atención de la salud sobre la base del consentimiento libre e informado. Los Estados partes tienen la obligación de exigir a todos los profesionales de la salud y la medicina (incluidos los profesionales de la psiquiatría) que obtengan el consentimiento libre e informado de las personas con discapacidad antes de cualquier tratamiento.

...”

61. En septiembre de 2015, el Comité de la CDPD adoptó unas directrices sobre el artículo 14 de la CDPD. Las partes pertinentes, que se refieren a las personas detenidas involuntariamente, dicen lo siguiente:

“B. El derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad

3. El Comité reafirma que el derecho a la libertad y la seguridad personales es uno de los derechos más valiosos que pueden ejercer las personas. En particular, todas las personas con discapacidad y, en especial, las personas con discapacidad intelectual y psicosocial, tienen derecho a la libertad a tenor de lo dispuesto en el artículo 14 de la Convención.

4. El artículo 14 de la Convención es, esencialmente, una disposición contraria a la discriminación. En él se determina el alcance del derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad, y se prohíbe toda discriminación por motivos de discapacidad en el ejercicio de este derecho.

...

C. Prohibición absoluta de recluir a una persona en razón de su deficiencia

6. Todavía existen prácticas por las que los Estados partes pueden autorizar la privación de libertad por motivos de deficiencia real o percibida. En las presentes directrices, se entiende por deficiencia una circunstancia personal física, psicosocial, intelectual o sensorial que puede ir acompañada o no de limitaciones funcionales del cuerpo, la mente o los sentidos. Una deficiencia implica una diferencia con respecto a lo que suele considerarse la norma. La discapacidad se entiende como el efecto social de la interacción entre la deficiencia individual y el entorno social y físico, en el sentido del artículo 1 de la Convención. El Comité ha dispuesto que el artículo 14 no admita excepciones en virtud de las cuales pueda privarse a una persona de su libertad por motivos de deficiencia real o percibida. No obstante, las legislaciones de varios Estados partes, que comprenden leyes relativas a la salud mental, siguen previendo casos en que puede recluirse a una persona a causa de su deficiencia real o percibida, siempre y cuando existan otras razones para ello, por ejemplo, que represente un peligro para sí misma o para otras personas. Esta práctica es incompatible con el artículo 14, es discriminatoria y equivale a una privación de libertad arbitraria.

...

D. Internamiento involuntario o no consentido en instituciones de salud mental

10. El internamiento involuntario de personas con discapacidad por motivos de atención médica contradice la prohibición absoluta de la privación de libertad por motivos de discapacidad (art. 14, párr. 1 b)) y el principio del consentimiento libre e informado de la persona interesada para recibir tratamiento médico (art. 25). El Comité ha declarado en repetidas ocasiones que los Estados partes deben derogar las disposiciones que permiten el internamiento involuntario de personas con discapacidad en instituciones de salud mental en razón de deficiencias reales o percibidas. El internamiento involuntario en instituciones de salud mental entraña la negación de la capacidad jurídica de la persona para decidir acerca de la atención, el tratamiento y el ingreso en un hospital o una institución y, por tanto, vulnera el artículo 12, leído conjuntamente con el artículo 14.

...

G. Privación de libertad por el peligro que presuntamente podrían representar las personas con discapacidad, por una supuesta necesidad de atención o tratamiento, o por cualquier otro motivo

13. En todos los exámenes de los informes de los Estados partes, el Comité ha determinado que permitir la reclusión de personas con discapacidad en razón del peligro percibido que podrían representar para ellas mismas o para otras personas es contrario al artículo 14. La reclusión involuntaria de personas con discapacidad basada en el riesgo o el peligro, la supuesta necesidad de atención o tratamiento u otras razones vinculadas a la deficiencia o a un diagnóstico médico, como la gravedad de la deficiencia, o bien con fines de observación, atenta contra el derecho a la libertad y equivale a una privación de libertad arbitraria.

14. Se suele considerar que las personas con discapacidad intelectual o psicosocial son peligrosas para ellas mismas y para las demás personas cuando no dan su

consentimiento para seguir un tratamiento médico o terapéutico y se niegan a recibirlo. Todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, tienen la obligación de no hacer daño. Los sistemas jurídicos basados en el estado de derecho cuentan con leyes penales y de otra índole para hacer frente al incumplimiento de esta obligación. Con frecuencia se deniega la igualdad de protección a las personas con discapacidad en virtud de esas leyes, y se les aplica una legislación diferente, como pueden ser las leyes sobre salud mental. Estas otras leyes y procedimientos suelen tener un nivel de exigencia inferior en lo que respecta a la protección de los derechos humanos, en particular el derecho a las debidas garantías procesales y a un juicio imparcial, y son incompatibles con el artículo 13, leído conjuntamente con el artículo 14 de la Convención.

15. La libertad de tomar las propias decisiones, establecida como principio en el artículo 3 a) de la Convención, incluye la libertad de asumir riesgos y cometer errores en condiciones de igualdad con las demás personas. En su observación general núm. 1, el Comité afirma que las decisiones sobre el tratamiento médico y psiquiátrico deben basarse en el consentimiento libre e informado de la persona interesada y deben respetar la autonomía, la voluntad y las preferencias de esta (párrs. 21 y 42). La privación de libertad de las personas con discapacidad en instituciones de salud mental en razón de una deficiencia real o percibida o por problemas de salud, lo que conlleva la privación de su capacidad jurídica, constituye también una violación del artículo 12 de la Convención.

...”

4. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos

62. En septiembre de 2014, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos emitió una declaración relativa al artículo 14 de la CDPD. En ella se afirmaba lo siguiente:

“La libertad y la seguridad de la persona es uno de los derechos más preciados a los que toda persona tiene derecho. En particular, todas las personas con discapacidad, y especialmente las personas con discapacidades mentales o psicosociales, tienen derecho a la libertad en virtud del artículo 14 de la Convención.

Desde que el Comité de la CDPD comenzó a examinar los informes de los Estados Partes en su quinta sesión, en abril de 2011, el Comité ha llamado sistemáticamente la atención de los Estados Partes sobre la necesidad de aplicar correctamente este derecho de la Convención. La jurisprudencia del Comité sobre el artículo 14 puede comprenderse más fácilmente desgranando sus distintos elementos de la siguiente manera:

1. La prohibición absoluta de la detención por motivos de discapacidad. Todavía existen prácticas en las que los Estados Partes permiten la privación de libertad por motivos de discapacidad real o percibida. A este respecto, el Comité ha establecido que el artículo 14 no permite ninguna excepción por la que se pueda detener a personas por su discapacidad real o percibida. Sin embargo, la legislación de varios Estados Partes, incluidas las leyes de salud mental, siguen previendo casos en los que se puede detener a personas por su discapacidad real o percibida, siempre que haya otras razones para su detención, como que sean peligrosas para sí mismas o para los demás. Esta práctica es incompatible con el artículo 14 según la interpretación de la jurisprudencia del comité de la CDPD.

2. Leyes de salud mental que autorizan la detención de personas con discapacidad basándose en la supuesta peligrosidad de las personas para sí mismas o para los demás. A través de todas las revisiones de los informes de los Estados Partes, el Comité ha establecido que es contrario al artículo 14 permitir la detención de personas con discapacidad basándose en el supuesto peligro de las personas para sí mismas o para los demás. La detención involuntaria de personas con discapacidad basada en presunciones de riesgo o peligrosidad vinculadas a etiquetas de discapacidad es contraria al derecho a la libertad. Por ejemplo, es incorrecto detener a alguien sólo porque se le ha diagnosticado esquizofrenia paranoide...”

5. El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas

63. El 16 de diciembre de 2014, el Comité de Derechos Humanos emitió la Observación General n ° 35 sobre el artículo 9: Libertad y seguridad personales, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. En la sección II de la Observación General, el Comité de Derechos Humanos se extendió en la cuestión de la detención arbitraria e ilegal:

“19. Los Estados partes deben revisar las leyes y prácticas anticuadas en el ámbito de la salud mental con el fin de evitar la reclusión arbitraria. El Comité pone de relieve el daño inherente de cualquier privación de libertad y también los daños concretos a que pueden dar lugar las situaciones de hospitalización involuntaria. Los Estados partes deben proporcionar servicios comunitarios o servicios sociales alternativos para las personas con discapacidad psicosocial a fin de ofrecer alternativas al confinamiento que sean menos restrictivas. La existencia de una discapacidad no justificará por sí sola la privación de libertad, sino que toda privación de libertad deberá ser necesaria y proporcional, con el propósito de impedir que el interesado se haga daño o cause lesiones a terceros. Deberá aplicarse solo como medida de último recurso y por el período de tiempo apropiado más breve posible; y deberá ir acompañada de garantías procesales y sustantivas adecuadas establecidas por ley. Los procedimientos deben asegurar el respeto de las opiniones de la persona, así como que todo representante verdaderamente represente y defienda la voluntad y los intereses de la persona. Los Estados partes deberán ofrecer a las personas internadas en instituciones programas de tratamiento y rehabilitación que sirvan a los fines aducidos para justificar la reclusión. La privación de libertad deberá reevaluarse con una periodicidad adecuada para determinar si es necesario mantenerla. Deberá prestarse asistencia a las personas para que accedan a recursos efectivos a fin de reivindicar sus derechos, incluida la revisión judicial inicial y periódica de la legalidad de la reclusión, y para impedir condiciones de reclusión que sean incompatibles con el Pacto.”

6. Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

64. El Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental emitió un informe sobre el derecho a la salud de todas las personas con discapacidad el 2 de abril de 2015. En lo que se refiere a la CDPD, consideró lo siguiente:

“96. La Convención cuestiona las prácticas tradicionales en el campo de la psiquiatría, tanto a nivel científico como en la práctica clínica. A ese respecto, existe la necesidad imperiosa de abordar ciertas cuestiones relacionadas con los derechos humanos en el ámbito de la psiquiatría y de elaborar mecanismos destinados a la protección eficaz de los derechos de las personas con discapacidad mental.

97. La historia de la psiquiatría demuestra que las buenas intenciones de los proveedores de servicios pueden convertirse en violaciones de los derechos humanos de los usuarios. Los argumentos tradicionales que restringen los derechos humanos de las personas a las que se ha diagnosticado una discapacidad psicosocial o intelectual, que se basan en la necesidad médica de proporcionar a dichas personas el tratamiento necesario y/o protegerlas a ellas o la seguridad pública, están a día de hoy en tela de juicio, porque no son acordes con lo dispuesto en la Convención.

...

99. Un elevado número de personas con discapacidades psicosociales están privadas de libertad en instituciones de régimen cerrado y son despojadas de su capacidad legal sobre la base de un diagnóstico médico. Este es un ejemplo de la utilización indebida de la ciencia y el ejercicio de la medicina, y pone de manifiesto la necesidad de reevaluar el papel del modelo biomédico que predomina actualmente en el ámbito de la salud mental. Para realizar progresos en las investigaciones y prácticas actuales, deberían considerarse modelos alternativos que presten una atención particular a los derechos humanos, las experiencias y las relaciones y que tengan en cuenta los contextos sociales.. ...”

B. Consejo de Europa

1. El Comité de Ministros

65. El 22 de septiembre de 2004, el Comité de Ministros adoptó la Recomendación Rec(2004)10 relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales. Los artículos pertinentes son los siguientes:

Artículo 7 - Protección de las personas vulnerables con trastornos mentales

“1. Los Estados miembros deberían velar por la existencia de mecanismos de protección de las personas vulnerables con trastornos mentales, en particular de aquellas que no tienen capacidad para dar su consentimiento o que pueden no ser capaces de resistirse a las violaciones de sus derechos humanos.

2. La ley debe prever medidas para proteger, en su caso, los intereses económicos de las personas con trastornos mentales.”

Artículo 8 – Principio de mínima restricción

“Las personas con trastornos mentales deben tener derecho a ser atendidas en el entorno menos restrictivo posible y con el tratamiento menos restrictivo o intrusivo disponible, teniendo en cuenta sus necesidades de salud y la necesidad de proteger la seguridad de los demás.”

Artículo 9 - Entorno y condiciones de vida

“1. Los centros destinados al internamiento de personas con trastornos mentales deberían proporcionar a cada una de ellas, teniendo en cuenta su estado de salud y la necesidad de proteger la seguridad de los demás, un entorno y unas condiciones de vida lo más parecidas posibles a las de las personas de edad, sexo y cultura similares de la comunidad. También se deberían proporcionar medidas de rehabilitación profesional para promover la integración de esas personas en la comunidad.”

66. La exposición de motivos de la Recomendación afirma que el "principio de mínima restricción" es fundamental. Significa que, si la enfermedad de una persona mejora, debe ser trasladada a un entorno menos restrictivo, cuando sea apropiado para sus necesidades de salud.

77. El artículo 17 de la Recomendación establece los criterios que rigen el internamiento involuntario y señala que una persona sólo puede ser sometida a una medida de este tipo si padece un trastorno mental y representa un riesgo significativo para sí misma o para los demás a causa de él, y siempre que el internamiento tenga una finalidad terapéutica, no se disponga de medios menos restrictivos y se haya tenido en cuenta la opinión de la persona afectada.

2. Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes ("CPT")

67. El CPT visitó varias instituciones psiquiátricas en Portugal en el curso de sus visitas periódicas en 1999, 2003, 2008, 2012 y 2016. En los informes de visita que siguieron, el CPT reiteró la recomendación de que todos los hospitales psiquiátricos tuvieran su propia política escrita sobre el uso de medios de contención y que cada caso de contención física de un paciente se anotara en un registro específico establecido a tal efecto.

68. El CPT visitó el HSC específicamente en 1999 y 2012. En 1999, la delegación del CPT centró su atención en el departamento forense del hospital (para pacientes internos que habían sido declarados incapaces y a los que se les había ordenado someterse a un tratamiento obligatorio por un tribunal penal) y también visitó el departamento de psiquiatría general para hombres. En 2012, el Comité solo visitó el departamento forense del HSC (pabellón 16) y no abordó explícitamente el caso de los pacientes internos voluntarios, como el hijo de la demandante. En su informe al Gobierno portugués sobre la visita a Portugal realizada del 7 al 16 de febrero de 2012, el CPT señaló que la adopción de directrices en junio de 2011 por parte del Ministerio de Sanidad era un paso adelante. Sin embargo, reiteraron su recomendación de que todos los departamentos forenses establecieran una política escrita sobre el uso de medios de contención, en línea con las recomendaciones anteriores del Comité sobre este tema. El Comité también recomendó que se tomaran las medidas necesarias para poner fin a la práctica de que los pacientes recién llegados al HSC tuvieran que llevar pijamas.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

I. PRESUNTA VIOLACIÓN DEL ARTÍCULO 2 DEL CONVENIO

69. La demandante se quejó de que las autoridades no protegieron el derecho a la vida de su hijo, en contravención del artículo 2 del Convenio. En particular, alegó que el hospital había actuado con negligencia al no haberle supervisado lo suficiente, al no haber instalado una valla de seguridad adecuada para evitar que saliera del recinto y al no haber previsto un procedimiento de emergencia adecuado. En virtud del artículo 6 § 1 del Convenio, se quejó por la duración del procedimiento civil que había iniciado contra el hospital.

70. El Tribunal considera que las quejas de la demandante deben examinarse únicamente desde el punto de vista de los aspectos sustantivos y procesales del artículo 2, teniendo en cuenta que, al ser dueño de la caracterización que debe darse en derecho a los hechos del caso, no está vinculado por la caracterización dada por un solicitante o un gobierno (véase *Radomilja y otros c. Croacia* [GC], nº 37685/10 y 22768/12, § 126, CEDH 2018).

71. El artículo 2 del Convenio, en la medida en que es relevante para el presente caso, dice lo siguiente:

“1. El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionadamente, salvo en ejecución de una condena que imponga la pena capital dictada por un Tribunal al reo de un delito para el que la ley establece esa pena.”

A. El aspecto sustantivo

1. La sentencia de la Sala

72. La Sala consideró por unanimidad que se había producido una violación del artículo 2 del Convenio en su vertiente sustantiva. Teniendo en cuenta el historial clínico de A.J. y, en particular, el hecho de que había intentado suicidarse el 1 de abril de 2000, la Sala consideró que el personal del hospital tenía razones para esperar que pudiera intentar suicidarse de nuevo. Por lo tanto, debería haberse previsto otro intento de abandonar el hospital con la posibilidad de un resultado fatal a la luz del diagnóstico de A.J.

73. Si bien existía una tendencia emergente en relación con las personas con trastornos mentales de proporcionar tratamiento a la luz del principio de mínima restricción en un régimen de "puertas abiertas", la Sala consideró que dicho tratamiento de "puertas abiertas" no podía eximir a un Estado de su obligación de proteger a los pacientes internos con enfermedades mentales del riesgo que suponían para ellos mismos, en particular cuando

había indicios concretos de que dichos pacientes podían suicidarse. La Sala consideró que no debía hacerse una diferencia en cuanto a la naturaleza de la hospitalización del paciente. Un paciente hospitalizado voluntariamente estaba bajo el mismo cuidado y supervisión del hospital y, en consecuencia, la obligación del Estado con respecto a él era la misma que su obligación con respecto a un paciente hospitalizado involuntariamente. Decir lo contrario equivaldría a privar a los pacientes internos voluntarios de la protección del artículo 2 del Convenio.

74. La Sala consideró que los dos procedimientos establecidos, a saber, el procedimiento para comprobar si los pacientes internos estaban presentes durante las horas de las comidas y la medicación, y el procedimiento de emergencia para buscar a los pacientes internos desaparecidos en el recinto del hospital y ponerse en contacto con la familia y la policía, habían sido ineficaces para evitar que A.J. se marchara y, en última instancia, para evitar su suicidio. Además, el riesgo se había agravado por el acceso abierto y sin restricciones al andén del tren. Se podría haber esperado que el personal del hospital adoptara más salvaguardias para garantizar que A.J. no saliera del recinto. A este respecto, la Sala consideró que el presente caso era distinguible de *Hiller c. Austria*, nº 1967/14, 22 de noviembre de 2016.

2. Alegaciones de las partes

(a) La demandante

75. En sus alegaciones ante la Gran Sala, la demandante reiteró que los procedimientos de vigilancia en el HSC, que consistían en contar a los pacientes cuando recogían sus respectivas bandejas de comida a través de una abertura relativamente pequeña en la pared, eran inadecuados. Además, el procedimiento de emergencia era deficiente. El tiempo entre las comidas, que era de al menos dos horas, era suficiente para que un paciente abandonara el pabellón y el recinto del hospital y se suicidara. Esto fue lo que, de hecho, le ocurrió a A.J., cuya presencia se había constatado en la merienda a las 16.45 horas y cuya ausencia sólo se había comprobado a la hora de la cena, hacia las 19.00 horas, momento en el que ya había fallecido.

76. En cuanto a la presencia de médicos, los pacientes eran visitados por un médico sólo una vez al día, por la mañana o por la tarde, y sólo cuando no tenían cita o no estaban de guardia. El HSC no dispone de un servicio de urgencias. Cuando un paciente tenía una crisis, el HSC se ponía en contacto con el médico de guardia y éste decidía si el paciente debía acudir al servicio de urgencias de otro hospital. Además, según la demandante, no había ningún psicólogo en el equipo terapéutico del HSC, lo que afectaba negativamente al tratamiento de A.J. La demandante también subrayó el diagnóstico erróneo de la enfermedad mental de A.J. realizado por el HSC a lo largo de los años. Este hecho había sido reconocido por los tribunales nacionales y estaba claramente recogido en la sentencia del Tribunal

Administrativo de Coimbra. Además, no existían registros médicos actualizados o exhaustivos de la situación clínica de A.J., de su evolución o de los cuidados prestados. A.J. no había recibido un tratamiento psicológico adecuado. Esto se pudo comprobar en las historias clínicas, donde en varias ocasiones el plan de atención o la evaluación estaban en blanco.

77. La demandante no era partidaria de una forma de vigilancia estricta. Según ella, la hospitalización de los pacientes psiquiátricos debe equilibrar la libertad terapéutica, por un lado, y la necesidad de contención, por otro. A.J. había necesitado cuidados específicos con vigilancia personal y medidas de contención. Tenía un historial suicida probado y había mostrado un comportamiento irresponsable repetido.

78. El riesgo de que A.J. se suicidara había sido previsible o, al menos, probable. El HSC tenía o debería haber sabido que la vida de A.J. corría un riesgo real e inmediato. El tratamiento en régimen abierto no podía eximir al Estado de sus obligaciones de proteger a los pacientes de salud mental de los riesgos que representaban para ellos mismos. En su caso se había exigido una vigilancia especial.

79. La obligación positiva del Estado, en virtud del artículo 2, de adoptar medidas operativas preventivas debe ser la misma independientemente de que el paciente esté hospitalizado de forma voluntaria o involuntaria. Incluso cuando la hospitalización era voluntaria, el paciente estaba inequívocamente bajo la protección del Estado. El Estado tiene la obligación de establecer un marco normativo que obligue tanto a los hospitales públicos como a los privados a adoptar medidas y procedimientos adecuados.

91. En cuanto al procedimiento establecido para que el HSC solicite la hospitalización involuntaria, la solicitud podía ser realizada por cualquier médico en el ejercicio de sus funciones o por el director del establecimiento sanitario.

92. Por último, la demandante subraya que los ejemplos que ha proporcionado de la prensa de pacientes que se escapan del HSC son pertinentes, ya que demuestran que la vigilancia y los procedimientos de urgencia son deficientes.

(b) El Gobierno

80. El Gobierno afirmó que durante la última estancia de A.J. en el HSC, entre el 2 y el 27 de abril de 2000, había estado bajo el cuidado de un psiquiatra y había recibido medicación diaria. Había sido visto por un médico al menos siete veces durante ese período, y en su expediente clínico no se habían anotado referencias a pensamientos suicidas. El equipo asistencial, formado por médicos y enfermeras, se había reunido todos los días para hablar de cada paciente. Tras su ingreso el 2 de abril de 2000, y durante aproximadamente una semana, A.J. había estado confinado en el pabellón, vestido con un pijama y una bata. Como se había observado una

mejora de su estado, se había aplicado un régimen menos restrictivo y durante la segunda y tercera semana de abril de 2000 se le había permitido salir del pabellón tras informar a la enfermera de guardia. También se le había permitido pasar dos fines de semana en casa durante ese período.

81. El Gobierno no impugnó el hecho de que el HSC tenía el deber de vigilar y proteger a A.J., en particular cuando había probabilidad de suicidio, y de una manera razonable y proporcionada. Este deber también debía tener en cuenta el plan médico establecido para cada paciente y el derecho a la libertad del paciente. Según el derecho interno (véase el apartado 58 anterior), la hospitalización involuntaria podía ser ordenada por un juez tras un procedimiento judicial específico, bien en el caso de un trastorno mental grave que pudiera poner en peligro al paciente o a una tercera persona y cuando el paciente se negara a ser tratado de forma voluntaria, o bien en el caso de personas que supusieran un peligro para la sociedad y no estuvieran incluidas en el sistema de castigo penal aplicado a los individuos que hubieran cometido un delito grave. El Gobierno afirmó que A.J. no entraba en ninguna de las dos categorías. La demandante nunca había solicitado la hospitalización involuntaria, a pesar de que sabía que el HSC era un hospital abierto sin vallas y que cuando su hijo estaba hospitalizado podía salir del recinto, llegando a veces a su casa. Además, el Gobierno afirmó que según el marco legal vigente en el momento pertinente, los principios generales de la política de salud mental preveían la atención en el entorno menos restrictivo posible (véase el artículo 3 (b) de la Ley de Salud Mental, párrafo 58 anterior).

82. Según el Gobierno, la demandante abogaba por la instalación de muros y puertas que impidieran a los pacientes salir del recinto hospitalario en caso de que tuvieran tendencias suicidas. Dado que las tendencias suicidas están presentes en la mayoría de los pacientes con enfermedades psiquiátricas, este enfoque constituiría un avance hacia un sistema de confinamiento obligatorio. Este enfoque no se ajustaba al pensamiento actual de la psiquiatría ni reflejaba las normas jurídicas internacionales pertinentes en la materia. El mejor enfoque, según el Gobierno, era acompañar a cada paciente personalmente con el enfoque menos restrictivo de la hospitalización, si es posible proporcionando tratamiento en la sociedad; si no, dentro de un régimen abierto donde el paciente conservara el derecho a moverse libremente. De hecho, incluso en los casos de hospitalización involuntaria, se aceptaba y recomendaba que los pacientes tuvieran cierta libertad de movimiento.

96. El Gobierno afirmó que no se había probado que existiera un riesgo real e inmediato de suicidio de A.J. el 27 de abril de 2000, ni en los días anteriores a su muerte. Según el experto médico que había prestado declaración ante los tribunales nacionales, el riesgo de suicidio de A.J., aunque presente, no había sido inminente, y el suicidio podría haber sido el resultado de un impulso. El médico que había tratado a A.J. (Dr. A.A.)

había considerado que la relación terapéutica de confianza era un tratamiento adecuado. El 27 de abril de 2000 A.J. no había mostrado ningún comportamiento anormal; había paseado por el recinto del hospital y había tomado todas sus comidas, incluida la merienda.

83. El Gobierno destacó el requisito establecido en la jurisprudencia del Tribunal de que la obligación positiva que incumbe a las autoridades debe interpretarse de manera que no imponga una carga imposible o desproporcionada a las autoridades y, en consecuencia, no todo riesgo alegado para la vida puede entrañar una exigencia del Convenio (*Osman c. el Reino Unido*, 28 de octubre de 1998, § 116, *Informes de sentencias y decisiones* 1998 VIII, y *Renolde c. Francia*, no. 5608/05, § 82, TEDH 2008 (extractos)). Un control permanente de los movimientos de A.J. podría haber dado lugar a una violación de sus otros derechos en virtud del Convenio (véase *Hiller*, citada anteriormente, § 55). El sistema implantado en el HSC, a saber, la vigilancia de A.J. cinco veces al día a la hora de las comidas, además del régimen terapéutico, había sido adecuado y proporcionado.

84. El Gobierno aceptó que la obligación positiva de proteger a los pacientes del peligro que pudieran representar para sí mismos o para terceros se aplicaba tanto en el caso de los pacientes hospitalizados voluntariamente como en el de los hospitalizados involuntariamente. Sin embargo, afirmaron que en el caso de los pacientes que fueron hospitalizados a raíz de una orden judicial, y por lo tanto involuntariamente, dichas obligaciones positivas asumieron una intensidad y naturaleza especiales.

85. Alegaron que el Tribunal, de acuerdo con el principio de subsidiariedad, debía aceptar las conclusiones de las autoridades nacionales, alcanzadas tras un procedimiento nacional justo y contradictorio, de que el suicidio de A.J. no había sido previsible y que los cuidados que había recibido del HSC habían sido adecuados.

86. En cuanto a si A.J. tenía o no fuertes tendencias suicidas, los tribunales nacionales consideraron que sólo se había demostrado que A.J. había intentado suicidarse en una ocasión, concretamente el 1 de abril de 2000. Los tribunales internos también consideraron que las normas internas de control y activación del procedimiento de emergencia eran adecuadas y suficientes.

87. El Gobierno confirmó que todos los pacientes (independientemente de si estaban hospitalizados voluntaria o involuntariamente) podían permanecer confinados en su pabellón durante un período definido en función de sus síntomas. Un paciente también podía ser colocado en una sala de aislamiento durante los períodos de agitación extrema.

102. Por último, el Gobierno concluye que, según los modelos actuales de tratamiento de los pacientes psiquiátricos, que respetan la dignidad y la

libertad del paciente, no se pueden evitar todas las muertes ni el Estado puede ser responsable de las que se producen.

3. *Evaluación del Tribunal*

(a) **Observaciones preliminares y alcance de la apreciación del Tribunal**

88. El Tribunal observa en primer lugar que el presente caso se refiere a un supuesto acto de negligencia médica en el contexto de un suicidio durante un período de hospitalización voluntaria en una institución psiquiátrica del Estado. Por lo tanto, se pueden comprometer dos obligaciones positivas distintas, aunque relacionadas, en virtud del artículo 2, ya desarrolladas en la jurisprudencia del Tribunal. En primer lugar, existe una obligación positiva del Estado de establecer un marco normativo que obligue a los hospitales a adoptar las medidas adecuadas para la protección de la vida de los pacientes (véanse los párrafos 104-7 siguientes). En segundo lugar, existe una obligación positiva de adoptar medidas operativas preventivas para proteger a un individuo de otro individuo o, en circunstancias particulares, de sí mismo (véanse los apartados 108-15 siguientes).

(b) **Principios generales**

89. El Tribunal expone los principios generales que rigen las dos obligaciones anteriores y posteriormente evalúa la aplicación de dichos principios en el presente caso. El Tribunal reitera que la primera frase del artículo 2, que es una de las disposiciones más fundamentales del Convenio y que también consagra uno de los valores básicos de las sociedades democráticas que componen el Consejo de Europa, exige al Estado no sólo que se abstenga de quitar la vida "intencionadamente", sino también que adopte las medidas adecuadas para salvaguardar la vida de las personas que se encuentran bajo su jurisdicción (véase *Calvelli y Ciglio c. Italia* [GC], nº 32967/96, § 48, TEDH 2002-I).

(i) *La obligación positiva de establecer un marco normativo*

90. En primer lugar, en el contexto particular de la asistencia sanitaria, el Tribunal ha interpretado que la obligación positiva sustantiva del Estado exige que éste establezca una normativa que obligue a los hospitales, ya sean privados o públicos, a adoptar medidas adecuadas para la protección de la vida de los pacientes. Esta obligación positiva también exige que se establezca un sistema judicial independiente y eficaz para que se pueda determinar la causa de la muerte de los pacientes atendidos por la profesión médica, ya sea en el sector público o en el privado, y que los responsables rindan cuentas (véanse, entre otras muchas autoridades, *Calvelli y Ciglio* [GC], ya citada, y *Dodov c. Bulgaria*, no. 59548/00, § 80, 17 de enero de 2008).

91 En el caso *Lopes de Sousa Fernandes c. Portugal* ([GC], nº 56080/13, § 165, TEDH 2017), la Gran Sala reafirmó y aclaró recientemente el alcance de la obligación positiva de los Estados en virtud del artículo 2 en el contexto de una supuesta negligencia médica en un hospital. Incluso en los casos en los que se ha establecido la negligencia médica, el Tribunal normalmente encontraría una violación sustantiva del artículo 2 sólo si el marco normativo pertinente no garantizó la protección adecuada de la vida de un paciente. El Tribunal reafirmó que cuando un Estado contratante había tomado las medidas adecuadas para garantizar un alto nivel de calidad entre los profesionales de la salud y la protección de la vida de los pacientes, asuntos como un error de juicio por parte de un profesional de la salud o una coordinación negligente entre los profesionales de la salud en el tratamiento de un paciente concreto no podían considerarse suficientes por sí mismos para responsabilizar a un Estado contratante desde el punto de vista de sus obligaciones positivas en virtud del artículo 2 del Convenio de proteger la vida (§ 187, *ibid.*).

92. La cuestión de si ha habido un incumplimiento por parte del Estado de sus deberes normativos antes mencionados exige una valoración concreta y no abstracta de cualquier supuesta deficiencia. La tarea del Tribunal no consiste normalmente en revisar la ley y la práctica pertinentes *in abstracto*, sino en determinar si la forma en que se aplicaron o afectaron a la demandante o al fallecido dio lugar a una violación del Convenio (véase la sentencia *Lopes de Sousa Fernandes*, citada anteriormente, § 188). Por lo tanto, el mero hecho de que el marco normativo pueda ser deficiente en algunos aspectos no es suficiente en sí mismo para plantear una cuestión en virtud del artículo 2 del Convenio. Debe demostrarse que ha operado en perjuicio del paciente.

(ii) *La obligación positiva de adoptar medidas operativas preventivas*

93. En segundo lugar, el artículo 2 puede implicar, en ciertas circunstancias bien definidas, una obligación positiva de las autoridades de adoptar medidas operativas preventivas para proteger a un individuo de otro individuo (véase *Osman*, citada anteriormente, § 115) o, en circunstancias particulares, de sí mismo (véase *Renolde*, citada anteriormente, y *Haas c. Suiza*, no. 31322/07, § 54, ECHR 2011).

109. En el asunto *Osman*, el Tribunal consideró que debe demostrarse que las autoridades conocían o debían conocer en ese momento la existencia de un riesgo real e inmediato para la vida de una o varias personas identificadas, derivado de los actos delictivos de un tercero, y que no adoptaron medidas en el ámbito de sus competencias que, juzgadas razonablemente, habrían podido evitar ese riesgo (ibid., § 116).

94. En una serie de casos en los que el riesgo no se derivaba de los actos delictivos de un tercero, sino de las autolesiones de una persona detenida, el Tribunal consideró que existía una obligación positiva cuando las autoridades sabían o deberían haber sabido que la persona suponía un riesgo real e inmediato de suicidio. Cuando el Tribunal consideró que las autoridades conocían o deberían haber conocido ese riesgo, procedió a analizar si las autoridades hicieron todo lo que razonablemente se podía esperar de ellas para evitar que ese riesgo se materializara (véanse las sentencias *Hiller*, citada anteriormente, § 49, y *Keenan c. el Reino Unido*, n° 27229/95, § 93, TEDH 2001 III). Así, el Tribunal valora si, teniendo en cuenta todas las circunstancias de un caso concreto, el riesgo en cuestión ha sido real e inmediato.

95. El Tribunal ya ha declarado en el asunto *Osman* que, teniendo en cuenta las dificultades que entraña el mantenimiento del orden en las sociedades modernas, la imprevisibilidad del comportamiento humano y las decisiones operativas que deben tomarse en términos de prioridades y recursos, dicha obligación debe interpretarse de forma que no imponga una carga imposible o desproporcionada a las autoridades. En consecuencia, no todo riesgo alegado para la vida puede suponer para las autoridades la obligación, en virtud del Convenio, de adoptar medidas operativas para evitar que ese riesgo se materialice (véase la sentencia *Osman*, antes citada, apartado 116).

96. Al mismo tiempo, el Tribunal reitera que la esencia misma del Convenio es el respeto de la dignidad y la libertad humanas. A este respecto, las autoridades deben desempeñar sus funciones de manera compatible con los derechos y libertades de la persona afectada y de forma que se disminuyan las posibilidades de autolesión, sin vulnerar la autonomía personal (véase, *mutatis mutandis*, *Mitić c. Serbia*, n° 31963/08, § 47, 22 de enero de 2013). El Tribunal ha reconocido que las medidas excesivamente restrictivas pueden dar lugar a cuestiones en virtud de los artículos 3, 5 y 8 del Convenio (véase *Hiller*, citada anteriormente, § 55).

113. En cuanto a los enfermos mentales, el Tribunal ha considerado que son especialmente vulnerables (véase, *Renolde*, citada anteriormente, § 84). Cuando las autoridades deciden ingresar y mantener recluida a una persona que padece una enfermedad mental, deben demostrar un cuidado especial para garantizar las condiciones que corresponden a las necesidades especiales de la persona derivadas de su discapacidad. Lo mismo se aplica a las personas que son internadas involuntariamente en instituciones psiquiátricas (véase *Hiller*, citada anteriormente, § 48, con otras referencias).

97. El Tribunal también se ha enfrentado a quejas en nombre de familiares de pacientes psiquiátricos voluntarios. En *Reynolds c. el Reino Unido* (nº 2694/08, 13 de marzo de 2012), el hijo de la demandante había sido admitido como paciente interno voluntario, y posteriormente se suicidó saltando por la ventana de un sexto piso debido a síntomas psicóticos. Al constatar una violación del artículo 13 en conjunción con el artículo 2, el Tribunal concluyó que la demandante no había tenido a su disposición procedimientos civiles para establecer cualquier responsabilidad e indemnización en lo que respecta a su propio sufrimiento y a la muerte de su hijo (véase el apartado 67 de dicha sentencia) y consideró que existía una alegación discutible de violación en virtud del artículo 2 en las circunstancias de una muerte tras una hospitalización voluntaria en una institución psiquiátrica. En el caso *Reynolds*, el Tribunal no consideró explícitamente que la obligación positiva de adoptar medidas operativas preventivas se extendiera a los pacientes psiquiátricos voluntarios. Sin embargo, es evidente que tampoco excluyó tal conclusión. El Tribunal de Justicia debe pronunciarse ahora sobre esta cuestión en el presente asunto.

98. En lo que respecta al riesgo de suicidio en particular, el Tribunal ha tenido en cuenta anteriormente una serie de factores cuando una persona es detenida por las autoridades (en su mayoría bajo custodia o detención policial), con el fin de establecer si las autoridades sabían o deberían haber sabido que la vida de un individuo en particular estaba sujeta a un riesgo real e inmediato, lo que desencadena el deber de adoptar medidas preventivas adecuadas. Estos factores suelen incluir

i) un historial de problemas de salud mental (véase *Volk c. Eslovenia*, nº 62120/09, § 86, 13 de diciembre de 2012; *Mitić*, citado anteriormente; y *Younger c. el Reino Unido* (dec.), nº. 57420/00, ECHR 2003 I;

ii) la gravedad del estado mental (véase *De Donder y De Clippel c. Bélgica* nº 8595/06, § 75, 6 de diciembre de 2011, y *Keenan*, citada anteriormente);

iii) los intentos anteriores de suicidio o de autolesión (véase *Renolde*, citada anteriormente, § 86; *Ketreb c. Francia*, no. 38447/09, § 78, 19 de julio de 2012; y *Çoşelav c. Turquía*, nº 1413/07, § 57, 9 de octubre de 2012, y compárese *Hiller*, citada anteriormente, § 52);

iv) pensamientos o amenazas suicidas (véase, por ejemplo, *Reynolds*, citada anteriormente, § 10);

v) signos de angustia física o mental (véase *De Donder y De Clippel*, citada anteriormente, y compárese *Younger*, citada anteriormente).

(c) Aplicación de dichos principios al caso presente

(i) La obligación positiva de establecer un marco normativo

99. El Tribunal reitera, en primer lugar, que su examen del marco normativo interno no es abstracto, sino que valora la forma en que ha afectado al demandante en el caso concreto (véase el apartado 107 *supra*).

117. En cuanto a la queja de la demandante sobre la falta de vallas y muros de seguridad alrededor del HSC, el Tribunal, al igual que los tribunales nacionales, no ve ninguna razón para cuestionar el enfoque adoptado por el HSC a este respecto, que estaba en consonancia con la Ley de Salud Mental vigente en ese momento (véase el párrafo 58 *supra*). Esta última indicaba que la atención de salud mental debía prestarse en el entorno menos restrictivo posible. Estos principios generales reflejaban el deseo terapéutico de crear un régimen abierto en el que el paciente conservara el derecho a moverse libremente. Este enfoque está en consonancia con las normas internacionales que se han desarrollado en los últimos años sobre el tratamiento de los pacientes psiquiátricos (véase la sección de Derecho Internacional anterior y véase también *Hiller*, citada anteriormente, § 54). El Tribunal señala además que la legislación nacional, la Ley de Salud Mental de 24 de julio de 1998 (véase el apartado 58 *supra*), prevé la posibilidad de la hospitalización involuntaria cuando ésta pueda estar justificada por las necesidades específicas del paciente. Independientemente de si la hospitalización involuntaria era necesaria para evitar un riesgo real e inmediato para la vida de A.J., el marco normativo proporcionaba claramente al HSC los medios de tratamiento necesarios para atender las posibles necesidades médicas y psiquiátricas de A.J.

100. Si bien las normas escritas con respecto a las medidas de contención aplicables a los pacientes psiquiátricos no se introdujeron hasta 2011 (véase el párrafo 63 *supra*), el Tribunal no considera que esto sea una deficiencia que por sí misma haga que el marco normativo sea ineficaz a los efectos de proporcionar los medios necesarios para la protección de la vida de A.J.

119. A este respecto, el Tribunal establece una distinción entre los requisitos de calidad de la ley en virtud de los artículos 3, 5 y 8 del Convenio cuando está en juego el aspecto negativo del derecho respectivo y el deber de disponer de un marco normativo en virtud del artículo 2 para proteger a una persona de los daños infligidos por terceros o por ella misma. La calidad de la ley en virtud del artículo 5 § 1 implica que cuando una ley nacional autoriza la privación de libertad debe ser suficientemente accesible,

precisa y previsible en su aplicación, con el fin de evitar todo riesgo de arbitrariedad (véase J.N. c. el Reino Unido, no. 37289/12, § 77, 19 de mayo de 2016 y sus referencias). Siendo diferente la finalidad del requisito del marco normativo previsto en el artículo 2, a saber, proporcionar las herramientas necesarias para la protección de la vida de un paciente, la falta de una política escrita sobre el uso de las medidas de contención no es determinante de su eficacia y no justifica por sí misma la constatación de la vulneración del artículo 2. Además, no puede olvidarse que A.J. fue admitido como paciente interno voluntario y que la queja de la demandante no se refiere al período concreto durante el cual su hijo estuvo bajo un régimen restrictivo. En consecuencia, el Tribunal considera que no es necesario seguir examinando esta cuestión (véase *Radomilja y otros*, ya citada, § 126).

120. El Tribunal tampoco encuentra ningún fallo en el procedimiento de vigilancia establecido para los pacientes internos voluntarios, que pueda justificar una conclusión de que las supuestas deficiencias dieron lugar a la muerte de A.J. El procedimiento consistía en el establecimiento de un horario diurno claro que debía ser seguido por cada paciente individual y en la verificación de la presencia del paciente en todos los horarios de comida y medicación, así como en la vigilancia general de los pacientes por parte del personal de guardia (véanse los párrafos 50 51 *supra*). También se disponía de un procedimiento de vigilancia más restrictivo, que se aplicaba al principio de la estancia de un paciente y en otros momentos cuando el médico tratante lo consideraba necesario (véase el apartado 54 anterior). Cuando se aplicaba el procedimiento más restrictivo, los pacientes no podían salir del pabellón y sus movimientos eran controlados más estrictamente por las enfermeras. Por último, en situaciones de emergencia, el HSC podía recurrir a otras formas de contención, incluido el uso de una sala de aislamiento. El procedimiento de vigilancia existente y las medidas de contención disponibles proporcionaban al HSC las herramientas necesarias para el tratamiento de A.J.

121. El Tribunal también acepta la conclusión del tribunal interno de que el procedimiento de vigilancia existente tenía por objeto respetar la intimidad de A.J. y estaba en consonancia con el principio de tratar a los pacientes en el régimen menos restrictivo posible. El propio Tribunal ha sostenido que las medidas excesivamente restrictivas con respecto a los pacientes psiquiátricos podrían dar lugar a problemas en virtud de los artículos 3, 5 y 8 del Convenio (véase el apartado 112 anterior y *Hiller* citado anteriormente, § 55) y un régimen de vigilancia más intrusivo de A.J. bien podría haber sido impugnado por ser incompatible con esos derechos, en particular dada su condición de paciente interno voluntario.

101. En cuanto al procedimiento de urgencia, consistió en avisar al médico de guardia, a la policía y a la familia de la paciente (véase el apartado 52 anterior). En algún momento entre las 19:00 y las 20:00 horas,

la enfermera coordinadora informó de la desaparición al médico de guardia, el Dr. M.J.P., que estaba de guardia ese día (pero no en el HSC en ese momento) y se puso en contacto con la Guardia Nacional Republicana y con la demandante. El Tribunal acepta la conclusión del tribunal nacional de que el procedimiento de emergencia establecido era adecuado y, en cualquier caso, no encuentra ninguna relación causal entre las supuestas deficiencias en los procedimientos de emergencia y la muerte de A.J. En consecuencia, considera que no fue deficiente como para plantear una cuestión en virtud del artículo 2.

123. Por último, el Tribunal observa que la demandante recurrió a un sistema judicial que podía determinar quién era responsable de la muerte de A.J. La demandante presentó una demanda civil ante el Tribunal Administrativo de Coimbra y recurrió una decisión en su contra ante el Tribunal Supremo Administrativo (véanse los apartados 29 a 46 *supra*). Si bien se plantearon cuestiones relativas a la duración de estos procedimientos civiles, que el Tribunal examina en el marco de la vertiente procesal del artículo 2 (véanse los apartados 134-140 *infra*), nada en el caso que el Tribunal tiene ante sí sugiere una deficiencia sistémica en el funcionamiento del sistema judicial que impidiera a la demandante una revisión efectiva de su demanda civil.

(ii) *La obligación positiva de adoptar medidas operativas preventivas*

102. No hay duda de que, como persona con graves problemas de salud mental, A.J. se encontraba en una posición vulnerable. El Tribunal considera que un paciente psiquiátrico es especialmente vulnerable incluso cuando es tratado de forma voluntaria. Debido al trastorno mental del paciente, su capacidad para tomar una decisión racional de poner fin a su vida puede verse afectada en cierta medida. Además, cualquier hospitalización de un paciente psiquiátrico, ya sea involuntaria o voluntaria, implica inevitablemente un cierto nivel de restricción como resultado de la condición médica del paciente y el consiguiente tratamiento por parte de los profesionales médicos. En el proceso de tratamiento, el recurso a otros tipos de restricciones es a menudo una opción. Esta restricción puede adoptar diferentes formas, incluida la limitación de la libertad personal y del derecho a la intimidad. Teniendo en cuenta todos estos factores, y dada la naturaleza y el desarrollo de la jurisprudencia mencionada en los párrafos 108-115 anteriores, el Tribunal considera que las autoridades sí tienen un deber operativo general con respecto a un paciente psiquiátrico voluntario de tomar medidas razonables para protegerlo de un riesgo real e inmediato de suicidio. Las medidas específicas requeridas dependerán de las circunstancias particulares del caso, y esas circunstancias específicas serán a menudo diferentes según el paciente esté hospitalizado voluntaria o involuntariamente. Por lo tanto, este deber, a saber, tomar medidas razonables para evitar que una persona se autolesione, existe con respecto a

ambas categorías de pacientes. Sin embargo, el Tribunal considera que en el caso de los pacientes que son hospitalizados a raíz de una orden judicial, y por lo tanto involuntariamente, el Tribunal, en su propia evaluación, puede aplicar un estándar de control más estricto.

125. En consecuencia, el Tribunal debe examinar si las autoridades sabían o deberían haber sabido que A.J. representaba un riesgo real e inmediato de suicidio y, en caso afirmativo, si hicieron todo lo que razonablemente se podía esperar de ellas para prevenir ese riesgo poniendo en práctica las medidas restrictivas disponibles (véase *Keenan*, citada anteriormente, § 93). El Tribunal tendrá en cuenta las decisiones operativas que deben tomarse en términos de prioridades y recursos en la prestación de la asistencia sanitaria pública y de algunos otros servicios públicos, del mismo modo que tiene en cuenta las dificultades que entraña el mantenimiento del orden en las sociedades modernas (véase el apartado 111 *supra*).

126. Como se ha señalado en el apartado 115 anterior, el Tribunal ha establecido una lista de criterios pertinentes relativos a la evaluación de los riesgos de suicidio. Examinará estos factores en las circunstancias específicas del presente caso para determinar si las autoridades sabían o deberían haber sabido que la vida del hijo de la demandante estaba sujeta a un riesgo tanto real como inmediato, que desencadenara el deber de adoptar medidas preventivas adecuadas.

103. En primer lugar, en lo que respecta al historial de problemas de salud mental de A.J., es común que haya sido hospitalizado en el HSC, de forma voluntaria, en ocho ocasiones entre 1984 y 2000 (véase el párrafo 12 anterior). Estas estancias se produjeron generalmente a raíz de crisis o de intoxicaciones alcohólicas, mientras que sólo la última estancia se produjo tras un intento de suicidio. Los tribunales nacionales establecieron que A.J. había sufrido varias enfermedades mentales causadas por una adicción patológica al alcohol y a los medicamentos recetados. También se aceptó que a veces sufría de depresión. Tras su muerte, el psiquiatra designado por el tribunal (véase el párrafo 33 anterior) consideró posible que A.J. también hubiera sufrido un trastorno límite de la personalidad. En segundo lugar, en cuanto a la gravedad de los problemas de salud mental de A.J., está claro que A.J. había sufrido graves problemas de salud mental durante un largo período (véase *Renolde*, citada anteriormente, § 109).

128. En cuanto a las ideas o amenazas de suicidio, el Tribunal no tiene ninguna razón para rechazar la conclusión del tribunal nacional de que, durante los últimos días de su vida, A.J. no había demostrado ningún comportamiento o estado de ánimo que pudiera haber llevado al personal del hospital a sospechar que el 27 de abril de 2000 su comportamiento sería diferente de los días anteriores (véase el párrafo 40 *supra*). Se celebraron cinco audiencias durante las cuales el tribunal interno escuchó a numerosos testigos y sometió las pruebas recogidas a un examen exhaustivo. El

Tribunal acepta, por lo tanto, que A.J. no había mostrado signos de pensamientos suicidas durante su estancia en el HSC desde el 2 de abril de 2000 en adelante (véase *Hiller*, citada anteriormente, § 52). La demandante argumentó en el procedimiento interno que A.J. había intentado suicidarse de nuevo el 25 de abril de 2000 mediante un consumo excesivo de alcohol. Esta afirmación fue rechazada por los tribunales nacionales, que consideraron que su comportamiento, que le llevó al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Coimbra el 26 de abril de 2000, había sido "*imprudente*" pero no suicida (véase el apartado 40 *supra*). El tribunal interno llegó a esta conclusión sobre la base de un análisis exhaustivo, pertinente y persuasivo de las pruebas que había examinado cuidadosamente. El Tribunal acepta la conclusión del tribunal interno con respecto a este episodio, teniendo en cuenta el hecho de que A.J. era un alcohólico crónico y que la bebida se había producido por la tarde y principalmente en un café. Por lo tanto, acepta la conclusión de que A.J. intentó suicidarse una vez - el 1 de abril de 2000 - más de tres semanas antes de su muerte.

129. Por último, en cuanto a los signos de angustia física o mental, los registros clínicos del 27 de abril de 2000 señalan que A.J. estaba tranquilo, había estado caminando por el edificio en el que estaba hospitalizado, había comido bien durante el almuerzo y había estado presente en su merienda (véase el párrafo 22 *supra*). Una vez más, el Tribunal acepta las conclusiones de los tribunales nacionales de que no había signos preocupantes en el comportamiento de A.J. en los días inmediatamente anteriores a su suicidio (véase el párrafo 40 *supra*).

104. El Tribunal considera que el HSC era consciente del largo historial de problemas de salud mental de A.J. y sabía que, en ocasiones, suponía un riesgo para su propia vida. Sin embargo, el Tribunal también observa que mientras A.J. era vulnerable, se encontraba en un entorno que había llegado a conocer bien, interactuando con personal que conocía y que le conocía a él. Cuando el HSC consideró que el riesgo que podía representar para sí mismo había disminuido, se le dio la libertad de moverse por los edificios y terrenos del HSC y de volver a casa los fines de semana para pasar tiempo con su familia. No hay pruebas que sugieran que la familia se opusiera a que A.J. pasara los fines de semana en casa. Cuando se consideró que el riesgo era alto, se le confinó en el pabellón, en pijama, y se le sometió a un régimen más restrictivo. Este fue el caso tras su ingreso en el HSC el 2 de abril de 2000, cuando pasó la primera semana de su estancia bajo el régimen más restrictivo (véase el párrafo 18 anterior) y en ocasiones anteriores cuando estuvo hospitalizado. Sin embargo, el régimen restrictivo siempre se levantó cuando se consideró que los síntomas de A.J. estaban mejorando. Esto estaba en consonancia con la filosofía general del HSC de dar a los pacientes un grado considerable de libertad de movimiento para aumentar su responsabilidad y optimizar su regreso a su entorno familiar y a la propia

sociedad. El Tribunal no tiene razones para cuestionar la evaluación de su médico psiquiátrico tratante, el Dr. A.A., aceptada por los tribunales nacionales, de que el tratamiento de A.J., que consistía en tomar su medicación prescrita, recibir el tratamiento voluntariamente y establecer una relación de confianza (véase el párrafo 35 anterior) era apropiado y proporcionado en las circunstancias.

131. El Tribunal concluye, en consonancia con la valoración del psiquiatra designado por el Colegio de Médicos (véase el apartado 33 *supra*), que si bien no puede excluirse un riesgo de suicidio en pacientes internos como A.J., cuyos estados psicopatológicos se basan en una multiplicidad de diagnósticos, la inmediatez de ese riesgo puede variar. En el presente caso, el HSC trató de adaptarse al riesgo que suponía el estado mental cambiante de A.J. aumentando o disminuyendo el régimen de vigilancia establecido. Esta fue una decisión que tomó su equipo responsable (véase el apartado 35 anterior). El Tribunal se remite a los factores enumerados en los párrafos 127-129 *supra*. Además, tiene en cuenta el hecho de que, según las pruebas periciales, la prevención completa del suicidio en pacientes como A.J. era una tarea imposible (véase el apartado 33 anterior) y que el Tribunal Administrativo de Coimbra consideró que el suicidio de A.J. no era previsible (véase el apartado 40 anterior). Además, el Tribunal de Justicia aborda la cuestión del riesgo con vistas a evaluar si es real e inmediato y señala que la obligación positiva que incumbe al Estado debe interpretarse de forma que no imponga una carga imposible o desproporcionada a las autoridades. A la luz de estos elementos, el Tribunal concluye que no se ha demostrado que las autoridades supieran o debieran haber sabido que existía un riesgo inmediato para la vida de A.J. en los días anteriores al 27 de abril de 2000.

132. En consecuencia, el Tribunal no necesita evaluar la segunda parte de la prueba *Osman/Keenan*, es decir, si las autoridades habían tomado las medidas que razonablemente se podían esperar de ellas.

(d) Observaciones finales

105. En cuanto a la obligación positiva de establecer un marco reglamentario, el Tribunal concluye que la forma en que se aplicó el marco reglamentario no dio lugar a una violación del artículo 2 en las circunstancias del presente caso. En cuanto a la obligación de adoptar medidas operativas preventivas, el Tribunal concluye que no se ha demostrado que las autoridades conocieran o debieran haber conocido en ese momento la existencia de un riesgo real e inmediato para la vida de A.J. En conclusión, el Tribunal considera que no ha habido violación del aspecto sustantivo del artículo 2 del Convenio en las circunstancias de este caso.

B. Aspecto procesal

1. La sentencia de la Sala

106. La Sala consideró que se había producido una violación de la parte procesal del artículo 2 del Convenio. El Gobierno reconoció que el procedimiento interno había sido largo, pero no aportó ninguna razón plausible que justificara su duración. La Sala se refirió a varios períodos largos de inactividad. En particular, según la Sala, el Tribunal Administrativo de Coimbra tardó dos años en solicitar un dictamen pericial sobre el estado clínico de A.J.; la primera vista tuvo lugar el 8 de octubre de 2008, dos años después de la presentación del informe pericial en el expediente; y el tribunal tardó casi tres años después en dictar sentencia.

2. Alegaciones de las partes

(a) La demandante

107. La demandante alegó que el retraso en el procedimiento representaba una clara violación del artículo 2. La demandante presentó su demanda civil contra el HSC el 17 de marzo de 2003. Entre el 12 de diciembre de 2003 y el 11 de enero de 2005, el asunto estuvo paralizado a la espera de una decisión judicial sobre la solicitud de la demandante de modificar determinadas partes de la decisión preliminar (véanse los apartados 31 y 32 *supra*). Entre el 13 de octubre de 2005 y el 16 de junio de 2006, el asunto se retrasó para obtener pruebas periciales (véanse los apartados 32 y 33 *supra*). El perito designado tuvo que esperar más de ocho meses para que el tribunal le enviara los elementos necesarios para la elaboración de su informe. El 9 de noviembre de 2007, el tribunal fijó la vista para el 8 de octubre de 2008. El retraso procesal hizo que los testigos fueran interrogados cinco años después de que la demandante presentara la demanda, y ocho años después de que los hechos tuvieran lugar. La demandante se refirió a otros retrasos, a saber, el tiempo transcurrido entre el traslado del procedimiento al Tribunal Supremo Administrativo el 11 de octubre de 2011 y el informe del Fiscal General Adjunto el 26 de septiembre de 2012, así como el dictado de la sentencia por el Tribunal Supremo Administrativo el 29 de mayo de 2014.

(b) El Gobierno

108. El Gobierno aceptó que la duración del procedimiento era excesiva. Sin embargo, consideró que esto era indicativo de una violación del artículo 6 § 1 del Convenio y no del artículo 2.

3. *La valoración del Tribunal*

(a) **Principios generales**

109. La obligación procesal prevista en el artículo 2 en el contexto de la asistencia sanitaria exige, entre otras cosas, que el procedimiento se lleve a cabo en un plazo razonable (véase la sentencia *Lopes de Sousa Fernandes*, citada anteriormente, § 218). El conocimiento de los hechos y de los posibles errores cometidos en el curso de la asistencia médica son esenciales para que las instituciones afectadas y el personal médico puedan subsanar las posibles deficiencias y evitar errores similares. El examen rápido de estos casos es, por tanto, importante para la seguridad de los usuarios de todos los servicios sanitarios (véase *Šilih c. Eslovenia* [GC], nº 71463/01, § 196, 9 de abril de 2009). En particular, en los casos relativos a los procedimientos incoados para dilucidar las circunstancias de la muerte de un individuo en un entorno hospitalario, la duración del procedimiento es un fuerte indicio de que el procedimiento fue defectuoso hasta el punto de constituir una violación de las obligaciones positivas del Estado demandado en virtud del Convenio, a menos que el Estado haya proporcionado razones muy convincentes y plausibles para justificar la duración (véase, por ejemplo, *Lopes de Sousa Fernandes*, citada anteriormente, § 219 y *Bilbija y Blažević c. Croacia*, nº 62870/13, § 107, 12 de enero de 2016).

(b) Aplicación de estos principios al presente caso

110. El procedimiento interno duró once años, dos meses y quince días para dos niveles de jurisdicción. El Tribunal observa que el Gobierno ha admitido que el procedimiento fue excesivamente largo y que no se respetó un plazo razonable, incluso teniendo en cuenta la supuesta complejidad del procedimiento y la reprogramación solicitada.

139. El Gobierno no ha aportado ninguna razón convincente y plausible que justifique la duración del procedimiento interno. En el presente caso, los testigos fueron oídos entre ocho y nueve años después de la muerte de A.J. y entre seis y siete años después de que la demandante hubiera iniciado el procedimiento (véase el párrafo 35 anterior). El paso del tiempo pudo influir en la medida en que los testigos podían recordar hechos cruciales relevantes para los momentos anteriores a la muerte de A.J. Además, como ha reconocido el Tribunal, la celeridad era importante para que, en caso de constatarse deficiencias o errores, éstos pudieran ser subsanados para el futuro (véase la sentencia *Lopes de Sousa Fernandes*, citada anteriormente, § 218).

140. El Tribunal concluye que ha habido una violación de la parte procesal del artículo 2 del Convenio

II. APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 41 DEL CONVENIO

141. El artículo 41 del Convenio establece:

111. Article 41 of the Convention provides:

“Si el Tribunal declara que ha habido violación del Convenio o de sus Protocolos y si el derecho interno de la Alta Parte Contratante sólo permite de manera imperfecta reparar las consecuencias de dicha violación, el Tribunal concederá a la parte perjudicada, si así procede, una satisfacción equitativa.”

A. Daños

112. En el procedimiento ante la Sala, la demandante reclamaba 703,80 euros (EUR) en concepto de daños patrimoniales, que representaban los gastos ocasionados por el servicio funerario. También reclamó 40.000 euros correspondientes a la pérdida de ingresos sufrida en relación con un pago mensual de 200 euros que su hijo solía pagarle. Además, reclamó 40.000 euros en concepto de daños no pecuniarios (30.000 euros por la violación de fondo del artículo 2 y 10.000 euros por la violación de procedimiento del artículo 2).

143. La Sala concedió a la demandante la totalidad de la cantidad reclamada en relación con el servicio funerario. Sin embargo, en cuanto a la supuesta pérdida de apoyo financiero, la Sala no discernió ningún vínculo causal entre la violación constatada y el daño pecuniario alegado. En cuanto

a la reclamación de daños no pecuniarios, la Sala consideró razonable conceder a la demandante 25.000 euros en relación con la angustia y frustración sufridas como consecuencia de las circunstancias de la muerte de su hijo y su incapacidad para obtener una decisión interna en un plazo razonable.

144. Ante la Gran Sala, la demandante reiteró las peticiones formuladas ante la Sala en relación con los daños patrimoniales y no patrimoniales.

145. En cuanto al perjuicio patrimonial, el Tribunal observa que el Estado no fue declarado responsable de la muerte de su hijo. Por lo tanto, al no haberse encontrado ningún vínculo causal entre las acciones del HSC y la muerte de A.J., no se concede ninguna indemnización por su reclamación de daños pecuniarios.

146. En cuanto al daño moral, el Tribunal considera que la demandante debe haber experimentado angustia y frustración debido al carácter prolongado de los procedimientos internos que había iniciado para establecer la causa de la muerte de su hijo. El Tribunal le concede 10.000 euros por este concepto.

B. Costas y expensas

113. Ante la Sala, al igual que ante la Gran Sala, la demandante reclamó 409 euros por las costas y gastos incurridos ante los tribunales nacionales, que representan los honorarios de los abogados que había pagado. Presentó la factura correspondiente en apoyo de su reclamación. La Sala concedió íntegramente la suma reclamada por este concepto, más los impuestos que pudieran corresponder a la demandante.

148. Según la jurisprudencia del Tribunal, un demandante sólo tiene derecho al reembolso de las costas y los gastos en la medida en que se demuestre que éstos se han producido real y necesariamente y que son razonables en cuanto a su cuantía [véase *Sargsyan c. Azerbaiyán* (justa satisfacción) [GC], no. 40167/06, § 61, 12 de diciembre de 2017). En el presente caso, teniendo en cuenta los documentos que obran en su poder y los criterios anteriores, el Tribunal concede íntegramente la suma reclamada por este concepto, más los impuestos que puedan ser exigibles a la demandante. La demandante, a la que se le concedió asistencia jurídica gratuita para el procedimiento ante la Gran Sala, no presentó ninguna solicitud de gastos y costas en relación con el procedimiento ante este Tribunal.

C. Interés por defecto

114. El Tribunal considera adecuado que el tipo de interés de demora se base en el tipo marginal de crédito del Banco Central Europeo, al que habría que añadir tres puntos porcentuales.

POR ESTOS MOTIVOS, EL TRIBUNAL

1. *Sostiene*, por 15 votos a favor y 2 en contra, que no ha habido violación de la parte sustantiva del artículo 2 del Convenio;
2. *Sostiene*, por unanimidad, que se ha producido una violación de la parte procesal del artículo 2 del Convenio;
3. *Sostiene*, por unanimidad,
 - (a) que el Estado demandado debe pagar a la demandante, en el plazo de tres meses, las siguientes cantidades:
 - (i) 10.000 euros (diez mil euros), más los impuestos que puedan corresponder, en concepto de daño moral;
 - (ii) 409 euros (cuatrocientos nueve euros), más los impuestos que puedan corresponder a la demandante, en concepto de costas y gastos;
 - (b) que desde el vencimiento de los tres meses mencionados hasta la liquidación se pagarán intereses simples sobre las cantidades anteriores a un tipo igual al tipo marginal de crédito del Banco Central Europeo durante el periodo de mora más tres puntos porcentuales;
4. *Desestima*, por quince votos a favor y dos en contra, el resto de la demanda de satisfacción de la demandante.

Redactada en inglés y francés, y emitida en una audiencia pública en el Edificio de Derechos Humanos de Estrasburgo, el 31 de enero de 2019.

Françoise Elens-Passos
Secretario Adjunto

Guido Raimondi
Presidente

De conformidad con el artículo 45 § 2 del Convenio y el artículo 74 § 2 del Reglamento del Tribunal, se adjunta a la presente sentencia el voto particular del Juez Pinto de Albuquerque al que se une el Juez Harutyunyan.

G.R.
F.E.P.

**OPINIÓN PARCIALMENTE CONCURRENTE Y
PARCIALMENTE DISIDENTE DEL JUEZ PINTO DE
ALBUQUERQUE A LA QUE SE UNE EL JUEZ
HARUTYUNYAN**

1. He votado a favor de la violación de las partes sustantiva y procesal del artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos ("*el Convenio*"). Aunque en general puedo aceptar las conclusiones de la mayoría sobre esta última cuestión, no puedo compartir sus opiniones sobre la primera, por razones de hecho y de derecho. En cuanto a los hechos, demostraré que la opinión de la mayoría se basa en la suposición de unos hechos que simplemente no se produjeron y, lo que es peor, de un marco jurídico con una "filosofía general" sobre la protección del derecho a la vida de los pacientes psiquiátricos que era patentemente inexistente. En pocas palabras, el dictamen de la mayoría fue redactado para un país distinto de Portugal en el momento de los hechos. La presente sentencia es el resultado de un ejercicio creativo de adjudicación judicial para un país imaginado.

2. En cuanto al derecho, mostraré que la opinión de la mayoría sigue el enfoque minimalista cargado de ideología de *Lopes de Sousa Fernandes*¹ sobre las obligaciones positivas del Estado en el ámbito de la asistencia sanitaria hasta sus límites, esta vez en lo que respecta a la categoría especialmente vulnerable de los pacientes psiquiátricos bajo control del Estado. El efecto es el de rebajar el nivel de protección del Convenio a un nivel inadmisiblemente de inercia estatal.

La obligación de establecer un marco normativo

3. La obligación positiva del Estado en el ámbito de la asistencia sanitaria le obliga a dictar normas que obliguen a los hospitales, ya sean públicos o privados, a adoptar medidas adecuadas para la protección de la vida de sus pacientes.² Según *Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal*,³ la obligación del Estado en virtud del artículo 2 del Convenio en el contexto de la asistencia sanitaria incluye el deber de crear un marco normativo para proteger al paciente. La mayoría sigue esta línea de jurisprudencia.⁴ Incluso asumiendo la existencia de dicha obligación del Convenio en los estrechos términos en que se formuló en la sentencia⁵, considero que el Estado demandado no la cumplió, por las siguientes razones.

1. Véanse *Lopes de Sousa Fernandes c. Portugal* (GC), no. 56080/13, TEDH 2017.

2. Véase *Calvelli y Ciglio c. Italia* (GC), no. 32967/96, § 49, TEDH 2002-I.

3. Véase *Lopes de Sousa Fernandes*, citado anteriormente.

4. Véanse los apartados 106 y 107 de la sentencia.

5. *Ibid.*

4. El artículo XVII de la Ley n.º 2006, de 11 de abril de 1945, regulaba la obligación del Estado de proteger la vida de los enfermos mentales en régimen de internamiento voluntario en los hospitales públicos, previendo un régimen abierto y otro cerrado. Esta regulación fue mantenida por el artículo XXII de la Ley n.º 2118 de 3 de abril de 1963 y, tras la revolución de 1974, el Decreto n.º 127/92 de 3 de julio de 1992 seguía refiriéndose a estos regímenes. La Ley actual - no. 36/98 de 24 de julio de 1998- los derogó, pero se han mantenido en la práctica, sin ningún fundamento jurídico.

5. En cuanto al marco normativo en Portugal y, en particular, en el Hospital Sobral Cid ("el HSC") en la época de los hechos, conviene citar los siguientes pasajes del informe del Comité para la Prevención de la Tortura ("el CPT"):

“108. ... Los pacientes también podían ser reclusos temporalmente (es decir, confinados solos en una habitación). La reclusión, que nunca duraba mucho tiempo, tenía lugar en la propia habitación del paciente o, si compartía un dormitorio, en una de las habitaciones individuales.

109. ... el CPT considera que *cada instancia de contención física de un paciente* debería anotarse en un registro específico establecido para este fin. La anotación debería incluir las horas en que comenzó y terminó la medida, las circunstancias del caso, las razones para recurrir a la medida, el nombre del médico que la ordenó o aprobó, y una relación de las lesiones sufridas por los pacientes o el personal." (cursiva mía)⁶

5. En 2003 y 2008 el CPT insistió, en términos generales, en la necesidad de una política "detallada" y "escrita" sobre el aislamiento de los pacientes psiquiátricos, para "todos los hospitales psiquiátricos", incluidos los "hospitales psiquiátricos privados":

“119. El aislamiento de los pacientes psiquiátricos debe ser objeto de una política detallada... El CPT recomienda que las autoridades portuguesas desarrollen una política de este tipo”⁷ ...

“130. El CPT recomienda a las autoridades portuguesas que tomen las medidas necesarias para garantizar que *todos los hospitales psiquiátricos* tengan su propia política escrita sobre el uso de medios de contención o que apliquen el mencionado Protocolo. Esta recomendación se aplica igualmente a los hospitales psiquiátricos privados." (cursiva mía)⁸

6. Portugal: Visit 1999, CPT/Inf (2001) 12 | Sección: 38/47 | Fecha: 20/12/1999, C. Sobral Cid Psychiatric Hospital / 5. Means of restraint. Esta visita incluyó el "departamento de psiquiatría general para hombres", donde A.J. fue internado varias veces (véanse los apartados 17 y 79 de la sentencia).

7. Portugal: Visit 2003, CPT/Inf (2007) 13 | Sección: 37/47 | Fecha: 30/07/2004, C. *Structures psychiatriques pénitentiaires* / 6. *Moyens de contention et recours à l'isolement*.

8. Portugal: Visit 2008, CPT/Inf (2009) 13 | Sección: 36/44 | Fecha: 24/07/2008, C. *Psychiatric institutions* / 4. Means of restraint.

6. Sólo en 2007 el Ministerio de Sanidad introdujo un protocolo sobre el uso de medios de "contención mecánica" en todos los hospitales portugueses, incluidos los psiquiátricos (Circular nº 08/DSPSM/DSPCS), que fue derogado y sustituido en 2011 por unas nuevas directrices más amplias de la Dirección General de Sanidad nº 21/2011, de 6 de junio de 2011, sobre el uso de medios de contención de pacientes, que abarcan "la reclusión y la contención mecánica y química" (*Orientação da Direção-Geral da Saúde no. 21/2011, de 6/06/2011 Prevenção de comportamentos dos doentes que põem causa a sua segurança ou da sua envolvente - Contenção de Doentes*).

Las directrices se refieren a cinco tipos de restricción: terapéutica (control de la actividad física o del comportamiento del paciente o de una parte de su cuerpo), ambiental (control de la libertad de movimiento del paciente, por ejemplo en un espacio restringido, como una sala de confinamiento donde el paciente puede moverse con seguridad bajo supervisión clínica), física (agarrar, retirar o bloquear a un paciente para evitar una situación de riesgo), mecánica (uso de instrumentos que restringen el movimiento) y química (medicación que inhibe los movimientos del paciente). Según el punto 9 de las directrices, cada hospital debe elaborar directrices internas que apliquen las directrices nacionales de acuerdo con la asistencia sanitaria específica que presta cada hospital. Los motivos de las directrices se expresaron de la siguiente manera:

“Existen evidencias de que la contención es una de las prácticas más utilizadas a nivel internacional para la atención de pacientes con conductas que implican un riesgo para ellos mismos o para quienes los rodean. De los diversos estudios realizados al respecto, destaca la necesidad de prevenir los incidentes y eventos adversos asociados a las medidas de contención. Simultáneamente, se documentan los beneficios para la promoción de la seguridad que pueden derivarse de la formación en un contexto profesional y del recurso a estas medidas.”

7. En una visita a Portugal en 2012, el CPT reaccionó al nuevo marco de la siguiente manera:

“107. En sus informes sobre las visitas de 2003 y 2008, el CPT recomendó que se adoptara una política para el uso de medios de contención. La adopción de directrices en junio de 2011 por parte del Ministerio de Sanidad sobre el uso de medios de contención⁹ es un paso adelante. Abarcan la reclusión, la contención mecánica y la química, y sustituyen a un protocolo anterior de 2007 sobre la contención mecánica.¹⁰ Sin embargo, es lamentable que las directrices no aborden explícitamente muchos aspectos importantes, como: los tipos de casos en los que se pueden utilizar medios de contención; el requisito de que cualquier aplicación de medios de contención debe ser

9. *Orientação da Direção-Geral da Saúde número 021/2011, data 06/06/2011 “Prevenção de comportamentos dos doentes que põem causa a sua segurança ou da sua envolvente - Contenção de Doentes”.*

10. Protocolo del Ministerio de Sanidad de mayo de 2007 sobre el uso de medios de contención mecánica (Circular nº 08/DSPSM/DSPCS), véase la nota 59 de CPT/Inf (2009) 13.

siempre ordenada expresamente por un médico o puesta inmediatamente en conocimiento de un médico con el fin de solicitar su aprobación; la duración de la contención y la necesidad de una revisión frecuente, un contacto humano adecuado y una mayor supervisión por parte del personal; el establecimiento de un registro específico para el uso de medios de contención (además de registrar la medida en el expediente del paciente o en el diario de enfermería). Las directrices de 2011 aún no se habían aplicado en los hospitales psiquiátricos forenses visitados y, en cualquier caso, no se aplicaban al Hospital Psiquiátrico de la Prisión de Santa Cruz do Bispo, que dependía del Ministerio de Justicia. El CPT recomienda que las autoridades portuguesas tomen las medidas necesarias para garantizar que todos los hospitales psiquiátricos forenses -incluidos los que dependen del Ministerio de Justicia- establezcan una política escrita sobre el uso de medios de contención, en línea con las recomendaciones anteriores del Comité sobre este tema.”¹¹

8. De hecho, las directrices adoptadas en junio de 2011 por el Ministerio de Salud sobre el uso de medios de contención no se aplicaron sistemáticamente en el país¹². Peor aún, incluso en el caso de las personas en internamiento voluntario, los pacientes internos no fueron escuchados sobre la aplicación de tales regímenes¹³. El personal médico hacía lo que quería y cuando quería.

Sobre el uso de medios de contención y el uso de pijamas, el CPT no pudo ser más claro, insistiendo especialmente en la necesidad de un registro centralizado para "todas las formas" de uso de la contención "en cada establecimiento psiquiátrico”:

“111 ... El CPT reitera su recomendación de que *todo recurso a la contención*, incluida la contención química, debe ser siempre ordenado expresamente por un médico o puesto inmediatamente en conocimiento de un médico. La prescripción de una "medicación SOS" nunca puede justificar el uso de dicha medicación como contención química.

112. Otra restricción de la libertad de movimiento aplicada a los pacientes en ambos departamentos forenses era una medida de vigilancia, conocida como el régimen del "pijama". Los pacientes sometidos a este régimen debían permanecer vestidos en pijama durante todo el día y no se les permitía acceder al patio. El régimen de "pijama" se aplicaba en los hospitales Central de Lisboa y Sobral Sid durante las dos primeras semanas tras el ingreso del paciente en la institución. También podía aplicarse en el Hospital Sobral Sid a los pacientes que habían mostrado un comportamiento agresivo o habían infringido ciertas normas de la casa (por ejemplo, fumar en el interior) durante períodos de uno o más días; en estos casos, la decisión de la aplicación del régimen especial de vigilancia era tomada de forma ad hoc por el personal de guardia y no estaba rodeada de procedimientos y garantías claras.

En opinión del CPT, el uso sistemático de pijamas como medio de vigilancia de los pacientes recién llegados es muy cuestionable. Deberían aplicarse otros métodos de supervisión de los pacientes recién llegados sin restringir su libertad de movimiento. El Comité recomienda que se tomen las medidas necesarias para *poner fin a la*

11. Portugal: Visit 2012, CPT/Inf (2013) 4 | Sección: 38/45 | Fecha: 25/07/2012, C. Psychiatric institutions for forensic patients / 6. Seclusion and means of restraint / a. policy on the use of means of restraint.

12. Informe del CPT sobre la visita de 2012 al CSS, párrafo 107.

13. Informe del CPT sobre la visita de 2012 al CSS, párrafo 123.

práctica de que los pacientes recién llegados a los hospitales Central de Lisboa y Sobral Sid tengan que llevar pijamas.

113. En lo que respecta a los registros, cabe destacar que en el Hospital Psiquiátrico Central de Lisboa se había introducido un registro electrónico centralizado del uso de la contención mecánica. Sin embargo, sólo incluía información estadística sobre la frecuencia de las medidas de contención en los diferentes pabellones y ningún detalle específico sobre, por ejemplo, la duración o el tipo de medida aplicada. En el Hospital Sobral Sid, no había un registro específico para anotar los casos de recurso a medios de contención. En ambos hospitales visitados, se hacían referencias al uso de la contención mecánica en el diario de las enfermeras y, ocasionalmente, en el expediente del paciente; sin embargo, estas referencias eran a menudo superficiales y no se mencionaba la hora de inicio y finalización de la medida.

El CPT ha planteado esta cuestión en varias ocasiones¹⁴; es lamentable que las directrices de 2011 del Ministerio de Salud sobre el uso de medios de contención (véase el párrafo 107 anterior) no prevean un registro centralizado *para todas las formas de uso de la contención -incluyendo la reclusión, la contención mecánica y química- en cada establecimiento psiquiátrico*. El CPT pide a las autoridades portuguesas que tomen las medidas necesarias para garantizar que *cada caso de contención* de un paciente se anote en un registro específico en cada establecimiento psiquiátrico. La anotación en este registro debería incluir las horas en que comenzó y terminó la medida, las circunstancias del caso, las razones para recurrir a dicha medida, el tipo de medida, el nombre del médico que la ordenó o aprobó, y una relación de las lesiones sufridas por los pacientes o el personal.¹⁵

123. ... El CPT debe recordar una vez más su posición de que el ingreso de una persona en un establecimiento psiquiátrico de forma involuntaria, tanto si se trata de un paciente civil como "forense", no debe interpretarse como una autorización de tratamiento sin su consentimiento. Todo paciente competente, *ya sea voluntario o involuntario*, debe ser plenamente informado sobre el tratamiento que se pretende prescribir y tener la posibilidad de rechazar el tratamiento o cualquier otra intervención médica. Cualquier excepción a este principio fundamental debe basarse en la ley y referirse únicamente a circunstancias excepcionales clara y estrictamente definidas. El Comité pide a las autoridades portuguesas que tomen las medidas necesarias para revisar la legislación pertinente a la luz de estas observaciones."¹⁶ (cursiva mía)

9. Es muy significativo que el CPT establezca normas que deberían utilizarse en "todo" establecimiento psiquiátrico con "todo paciente competente, ya sea voluntario o involuntario", como "Todo paciente competente, ya sea voluntario o involuntario debe ser plenamente informado sobre el tratamiento que se pretende prescribir y tener la oportunidad de rechazar el tratamiento o cualquier otra intervención médica" o pedir a las

14. Se han hecho observaciones similares sobre esta cuestión tras las visitas del CPT en 1999, 2000 y 2008 a Portugal, véase CPT/Inf (2009)13, párrafo 129.

15. Portugal: Visit 2012, CPT/Inf (2013) 4 | Sección: 39/45 | Fecha: 25/07/2012, C. Psychiatric institutions for forensic patients / 6. Seclusion and means of restraint / b. forensic departments of Sobral Sid and Lisbon Central Psychiatric Hospitals.

16. Portugal: Visit 2012, CPT/Inf (2013) 4 | Sección: 39/45 | Fecha: 25/07/2012, C. Psychiatric institutions for forensic patients / 7. Safeguards / b) safeguards during placement.

autoridades portuguesas que garanticen que "cada caso de contención de un paciente se inscriba en un registro específico en cada establecimiento psiquiátrico" o afirmar que "todo recurso a la contención, incluida la contención química, debe ser siempre ordenado expresamente por un médico o puesto inmediatamente en conocimiento de un médico". Asimismo, reprocha deficiencias en el internamiento psiquiátrico de pacientes, tanto voluntarios como involuntarios, como la decisión de aplicar un régimen especial de vigilancia "de forma puntual por el personal de guardia" y "no rodeado de procedimientos y garantías claras", el uso sistemático de pijamas como medio de vigilancia de los pacientes recién llegados y la falta de un registro centralizado de todas las formas de uso de la contención -incluyendo el aislamiento, la contención mecánica y química- en cada establecimiento psiquiátrico.

10. Por lo tanto, no es correcto limitar el alcance de las normas del CPT a los pacientes en tratamiento obligatorio ordenado por un tribunal penal¹⁷. Toda la información mencionada anteriormente fue ignorada por la mayoría en su evaluación del aspecto sustantivo del presente caso, al igual que el hecho de que el primer programa nacional de salud mental (2007-2016) fue aprobado por la resolución 48/2008 del Consejo de Ministros de 24 de enero de 2008. En un documento de 55 páginas, hay nueve referencias al suicidio y una disposición muy vaga para la futura creación de programas de prevención del suicidio. Prevé tres hospitales psiquiátricos para todo el país: Magalhães de Lemos (Oporto), Sobral Cid (Coimbra) y Júlio de Matos (Lisboa) y 39 departamentos psiquiátricos en hospitales generales. El Decreto no. 1490/2017 preveía una evaluación de la aplicación del plan con el fin de establecer su seguimiento hasta 2020. Dicha evaluación valoró la situación de la siguiente manera:

“evaluación del plan nacional de salud mental 2007-2016 (*Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*): "ausencia de coordinación eficiente de los elementos del sistema de atención a la salud mental, con asimetrías persistentes en la concentración de recursos humanos en los hospitales centrales; ... autonomía reducida de los centros de decisión locales y regionales; ... débil implementación de la red de atención continuada e integrada a la salud mental; inexistencia de incentivos para poner en marcha intervenciones comunitarias.”¹⁸

11 El primer programa nacional para la prevención del suicidio (2013-2017) sigue la *Acción de Salud Pública de la OMS para la Prevención del Suicidio* (2012)¹⁹. Por primera vez, se diseñó una estrategia nacional para contrarrestar el suicidio con recomendaciones específicas para los grupos y personas de riesgo, incluidas las personas con discapacidades mentales, instrucciones de seguimiento y directrices de evaluación de la aplicación.

17. Véanse los apartados 78 y 79 de la sentencia.

18. Véase <http://www.sns.gov.pt>

19. Véase www.dgs.pt

12. En otras palabras, en el año 2000 Portugal se encontraba en la prehistoria de la prevención del suicidio de los pacientes psiquiátricos internos. No existía ninguna legislación ni regulación sobre qué tipos de regímenes podían aplicarse, en qué circunstancias, por quién y hasta cuándo. El protocolo normativo sobre las medidas de protección de los pacientes aplicable en todos los centros psiquiátricos data de 2011 y no se ha regulado a nivel de cada hospital, como se suponía. Dicho protocolo es manifiestamente insuficiente con respecto a las normas internacionales establecidas por el CPT. Así, no existía ni existe un marco legal claro sobre la obligación del Estado de proteger la vida de los enfermos mentales en internamiento voluntario en hospitales públicos como el HSC. En pocas palabras, en el año 2000 el HSC se encontraba en un agujero negro legal.

13. Habiendo ignorado los hechos sobre el terreno, la mayoría excusa al Estado demandado con dos argumentos: afirman que el enfoque adoptado por el HSC en cuanto a la falta de vallas y muros estaba en consonancia con la Ley de Salud Mental vigente en ese momento, que supuestamente reflejaba las normas internacionales. Esto es sencillamente incorrecto. Como se ha demostrado anteriormente, las normas internacionales establecidas por el organismo competente, el CPT, no se cumplieron debidamente hasta 2011, e incluso entonces sólo parcialmente. Así, sólo es posible afirmar que "el marco normativo proporcionó claramente al HSC los medios de tratamiento necesarios para atender las posibles necesidades médicas y psiquiátricas de A.J." ²⁰ si se malinterpreta gravemente el reiterado mensaje del CPT a Portugal. Además, el argumento de que la Ley de Salud Mental preveía la posibilidad de una hospitalización involuntaria y, por tanto, de las posibles necesidades médicas y psiquiátricas de A.J., no tiene en cuenta la cuestión planteada por la demandante. La demandante nunca argumentó que su hijo debería haber sido encerrado. Por el contrario, alegó que su hijo no necesitaba una forma de vigilancia estricta, sino un régimen específico de cuidados personales acompañado de medidas de contención que proporcionara una garantía suficiente de sus necesidades médicas, así como de su seguridad.²¹

14. En cuanto a la cuestión crucial de la inexistencia de directrices sobre el uso de medidas de contención aplicables a los pacientes psiquiátricos voluntarios en el año 2000, a la que el Gobierno restó importancia discretamente hasta que la cuestión específica salió a la luz en la audiencia de la Gran Sala, la respuesta de la mayoría es sorprendente: no la consideran una "deficiencia" que pueda dar lugar a una violación del artículo 2, porque esta carencia, en su opinión, sólo es pertinente a efectos de la evaluación de la calidad de la ley en virtud del artículo 5 del Convenio. Según este punto de vista, la falta de una política escrita sobre el uso de las medidas de

20. Véase el apartado 117 de la sentencia.

21. Véase el apartado 88 de la sentencia.

contención podría dar lugar a una violación del artículo 5, pero no justificaría la conclusión de una violación del artículo 2, incluso cuando la falta de una regulación precisa y previsible del uso de las medidas de contención pone en peligro la vida de los pacientes psiquiátricos internos bajo la supervisión del Estado. Este argumento lleva a la conclusión ilógica de que el derecho más importante (artículo 2) merece menos protección que el menos importante (artículo 5).

15. Pero la parte más sorprendente de la sentencia está aún por llegar. En el apartado 120, el llamado "procedimiento de vigilancia existente" es en realidad una creación *ab ovo* de la mayoría. No había ninguna norma que regulara dicho "procedimiento de vigilancia"; de hecho, no existía tal "procedimiento de vigilancia", y mucho menos un "procedimiento más restrictivo" o un procedimiento para "situaciones de emergencia", simplemente porque cada decisión tomada por el personal médico y de enfermería era sobre una base *ad hoc*, como confirmó el CPT sobre el terreno en fecha tan reciente como 2012.²² El párrafo 120 de la sentencia es, tanto como su fuente en la parte de los hechos (párrafo 54), una descripción inventiva de una realidad virtual. Del mismo modo, es exagerado afirmar, como hace la mayoría en el apartado 49 de la sentencia, que la guía del usuario "establece las normas que rigen su hospitalización". En realidad, el documento sólo contiene "informaciones útiles para que se sienta bien en este Hospital" (*informações úteis para que se sinta bem neste Hospital*), es decir, un conjunto de informaciones prácticas para los usuarios, sin carácter normativo.²³ La mayoría tiene, por supuesto, derecho a su propia opinión sobre los hechos, pero no tiene derecho a sus "propios hechos".

17. Es cierto que, en el expediente, el personal médico y el Gobierno se refirieron a un "régimen abierto" y a un "régimen cerrado", pero en ninguna parte de la ley o de la normativa administrativa se estableció la obligación del Estado de aplicar uno de estos regímenes. La mejor prueba de esta situación caótica es la forma contradictoria en que el propio Gobierno se refiere al "régimen cerrado" (*régimen fechado*). Inicialmente, argumentaron que el régimen cerrado podría haberse aplicado a A.J., pero que no se había aplicado porque no era "adecuado"²⁴. Posteriormente, el Gobierno argumentó que el régimen cerrado sólo podía aplicarse a los pacientes en internamiento involuntario²⁵, pero también admitió que A.J., que era un paciente voluntario, había estado "confinado en el pabellón respectivo, vestido con pijama y bata" (*confinado ao respetivo pavilhao, permanecendo*

22. Véase más arriba, el párrafo 112 del informe del CPT de 2012.

23. Cito del propio documento, que se incluye en la página 35 de las observaciones del Gobierno ante la Gran Sala.

24. Véase el apartado 104 de las observaciones del Gobierno ante la Sala.

25. Véase el apartado 130 de las observaciones del Gobierno ante la Gran Sala.

vestido com pajama e roupao) en abril de 2000 y que sólo en la segunda y tercera semanas de abril se le había permitido salir del pabellón.²⁶

16. La intención *a priori* de la mayoría es clara, y quedó plasmada en el apartado 122 de la sentencia: actuando como un tribunal de primera instancia, la mayoría considera que no existe relación de causalidad entre "las supuestas deficiencias en los procedimientos de emergencia y la muerte de A.J.", incluso antes de abordar la cuestión de la valoración in concreto de la existencia de un riesgo "real e inmediato"²⁷ para la vida del hijo de la demandante y la necesidad de adoptar medidas operativas preventivas adecuadas. La sentencia podría haber terminado ahí. Pero la mayoría impuso a la demandante el dolor de tener que pasar por la segunda parte del aspecto sustantivo de "La Ley" de la sentencia (párrafos 124-32) donde tiene que leer que el primer intento frustrado de suicidio de su hijo y su grave crisis de intoxicación alcohólica en la víspera del segundo -y exitoso- intento de suicidio no fueron lo suficientemente graves como para merecer toda la atención del Estado portugués y, por lo tanto, la mayoría podía lavarse las manos en este caso.

La obligación de adoptar medidas operativas preventivas

17. La mayoría propone seguir el criterio de *Osman*²⁸ para la evaluación de la obligación positiva de adoptar medidas operativas preventivas. Según el criterio de Osman, debe tenerse en cuenta la extrema vulnerabilidad de la víctima.²⁹ El test se aplicó por primera vez en un caso de suicidio en *Keenan contra el Reino Unido*.³⁰ En un caso posterior, el Tribunal consideró que se había producido una violación del artículo 13 en conjunción con el artículo 2 en un caso de falta de procedimiento civil para establecer la responsabilidad y la indemnización cuando existía una alegación discutible de violación de dicho artículo debido al suicidio de un paciente interno voluntario en una institución psiquiátrica.³¹ El presente caso es el primero en el que el Tribunal ha establecido la obligación positiva del Estado, en virtud del artículo 2, de adoptar medidas operativas con respecto a los pacientes internos voluntarios de psiquiatría que corren el riesgo de suicidarse.

26. Véanse los apartados 21 y 85 de las observaciones del Gobierno ante la Gran Sala.

27. Véase el apartado 131 de la sentencia.

28. Véase *Osman contra el Reino Unido*, 28 de octubre de 1998, *Reports of Judgments and Decisions* 1998 VIII). He abogado por una reforma de la prueba de *Osman* (*Valiulienė c. Lituania*, no. 33234/07, de 26 de marzo de 2013, y *Lopes de Sousa Fernandes*, ya citada, § 63). En el presente caso, en aras de la simplificación, no entraré en este debate.

29. Véase *Van Colle c. el Reino Unido*, no. 7678/09, § 91, 13 de noviembre de 2012.

30. Véase *Keenan c. el Reino Unido*, no. 27229/95, ECHR 2001-III.

31. Véase *Reynolds c. el Reino Unido*, no. 2694/08, 13 de marzo de 2012.

18. La mayoría no sólo afirma esa obligación positiva, sino que la matiza en el caso de la hospitalización involuntaria, en el sentido de que el Tribunal "puede aplicar un criterio de control más estricto" del deber de adoptar medidas razonables para evitar que una persona se suicide.³² A la inversa, esto significa, por supuesto, que el Tribunal adoptará un enfoque de no intervención en relación con el control de los pacientes psiquiátricos voluntarios en situación de riesgo. No veo la razón de esta diferenciación de trato y la mayoría ni siquiera hace el esfuerzo de proporcionar una. Esta justificación debería haber sido proporcionada por la Gran Sala, aunque sólo sea porque contradice la decisión unánime de la Sala. La Sala había defendido la opinión contraria, a saber, que los pacientes internos voluntarios y no voluntarios debían recibir el mismo trato, porque:

“independientemente de que la hospitalización sea de carácter voluntario o involuntario, y en la medida en que un paciente interno voluntario esté bajo el cuidado y la supervisión del hospital, las obligaciones del Estado deben ser las mismas. Decir lo contrario equivaldría a privar a los pacientes internos voluntarios de la protección del artículo 2 del Convenio”.³³

32. Véase el apartado 124 de la sentencia.

33. Véase *Fernandes de Oliveira c. Portugal*, no. 78103/14, §73, 28 de marzo de 2017. El grado de respeto por dicha decisión se muestra también en el hecho de que ni siquiera se menciona cuando la mayoría discute la cuestión en el apartado 124 de la presente sentencia.

19. El argumento de que existe una tendencia emergente a tratar a las personas con trastornos mentales bajo un régimen de "puertas abiertas" no es decisivo³⁴. En primer lugar, sólo muestra una cara de la moneda, porque también existe una tendencia contraria a aumentar las obligaciones de los Estados con respecto a la prevención del suicidio, que es totalmente ignorada por la mayoría, como demostraré a continuación³⁵. El núcleo del problema actual radica precisamente en la interrelación entre estas dos tendencias diferentes del derecho y la práctica sanitarios internacionales, que la mayoría ni siquiera pretende considerar.

34. Véase la literatura académica sobre el nuevo paradigma de la salud mental, Davidson, "An international comparison of legal frameworks for supported and substitute decision-making in mental health services" (2016) 44 *International Journal of Law and Psychiatry*, 30-40; Richardson, "Mental Disabilities and the Law: From Substitute to Supported Decision Making?" (2012) *Current Legal Problems*, 1-22; Richardson "Mental Capacity at the Margin: The Interface between Two Acts" (2010) 18 *Medical Law Review* 56-77; Donnelly, *Healthcare Decision-Making and the Law*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010; McSherry y Weller (eds), *Rethinking Rights-Based Mental Health Laws*, Oxford: Hart Publishing, 2010; Nuffield Council on Bioethics, *Dementia: Ethical Issues*, Londres: Nuffield Council on Bioethics, 2009; Maclean, *Autonomy, Informed Consent and Medical Law: A Relational Challenge*, Cambridge: Cambridge University Press, 2008; Fistein, et al, "A Comparison of Mental Health Legislation from Diverse Commonwealth Jurisdictions" (2000) 32 *International Journal of Law and Psychiatry*, 147-55; y Mackenzie y Stoljar (eds), *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency and the Social Self*, Nueva York: Oxford University Press, 2000.

35. Las normas a las que me refiero fueron establecidas en *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*, Geneva: World Health Organization, 2016; *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization, 2014; *Mental Health Action Plan 2013–2020*. Geneva: World Health Organization, 2013; *Preventing suicide, a resource for general physicians*, World Health Organization, 2000 (with precise indications on management of patients); *Preventing suicide, a resource for primary health care workers*, World Health Organization, 2000 (with precise indications on how to manage suicidal patients); *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Chapter 4: Suicide*, World Health Organization, 1998; and *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*, Nueva York (NY): Estados Unidos, 1996.

Además, como dijo la jueza Iulia Antoanella Motoc, al disentir en el caso *Hiller*, "el deber de proteger el derecho a la vida no debe sacrificarse en un intento de cumplir con la mencionada tendencia reciente en materia de asistencia sanitaria"³⁶. El derecho a la vida prevalece sobre el derecho a la libertad, especialmente cuando el estado psicopatológico del individuo limita su capacidad de autodeterminación. No es más que pura hipocresía argumentar que el Estado debe dejar a los pacientes suicidas vulnerables internados en hospitales psiquiátricos estatales la libertad de poner fin a su vida sólo para respetar su derecho a la libertad. A fin de cuentas, lo que realmente mueve a la mayoría no es la preocupación por la mayor o menor libertad de los pacientes psiquiátricos internados en hospitales públicos, sino el estricto interés económico de salvaguardar a las autoridades hospitalarias de las impugnaciones judiciales a las "medidas excesivamente restrictivas"³⁷, al tiempo que "se tienen en cuenta las opciones operativas que deben tomarse en términos de prioridades y recursos en la prestación de la asistencia sanitaria pública y de algunos otros servicios públicos".³⁸ En definitiva, se trata de una política oculta de desvinculación de la asistencia social, que persigue la máxima mercantilización de los servicios sanitarios y, sobre todo, la protección de los profesionales de la salud en una burbuja jurídica intocable, eludiendo la responsabilidad del Estado por las muertes o lesiones graves relacionadas con el sistema sanitario y los hospitales en virtud del Convenio y, en consecuencia, limitando la competencia del Tribunal en este ámbito. En otras palabras, la presente sentencia suscribe exactamente la misma agenda ideológica que *Lopes de Sousa Fernandes*.³⁹

20. Como reconoce la propia mayoría, A.J. era una persona especialmente vulnerable.⁴⁰ Varios factores que indican su extrema vulnerabilidad agravaron evidentemente la inminencia y la previsibilidad del suicidio, como, en primer lugar, el hecho de que A.J. había intentado suicidarse recientemente. El 1 de septiembre de 1999 ya existía una nota en su "expediente médico"⁴¹ que indicaba "probabilidad de atentado contra su integridad física y psíquica por privación de alcohol". Como escribió el Fiscal General Adjunto ante el Tribunal Supremo en su dictamen, "el

36. Véase el voto particular de la jueza Iulia Antoanella Motoc en el caso *Hiller c. Austria*, nº 1967/14, de 22 de noviembre de 2016.

37. Véase el apartado 121 de la sentencia.

38. Véase el apartado 125 de la sentencia.

39. Véase mi voto particular en el asunto *Lopes de Sousa Fernandes*, ya citado, §§ 64, 73 y 74.

40. Véase el apartado 124 de la sentencia; véase también *Renolde c. Francia*, no. 5608/05, § 84, CEDH 2008 (extractos), que considera a los enfermos mentales como especialmente vulnerables.

41. Es claramente exagerado llamar "expediente médico" al montón de copias incompletas, confusas, desorganizadas y a veces casi ilegibles que el Gobierno puso a disposición del Tribunal, pero utilizaré esta expresión para facilitar la referencia. El estado caótico de este "expediente" refleja bien la calidad de la atención sanitaria prestada a A.J.

informe médico de A.J., por sí solo, ya tenía referencias a intentos de suicidio, uno de los cuales se había producido veinticinco días antes. Por tanto, era posible predecir una repetición de estos".⁴²

El 1 de abril de 2000 intentó suicidarse.⁴³ Esta es la nota registrada en su expediente médico ese día después del intento de suicidio: "siente que la vida no tiene valor, se siente marginado e impotente para realizar un proyecto de vida, de ahí que prefiera morir, lo que intentó concretar".⁴⁴ Está claro que "prefiere morir", porque se siente "marginado y sin fuerzas" (*marginalizado e sem poder*). De hecho, A.J. había expresado en varias ocasiones un sentimiento de profunda desesperanza, especialmente tras perder la posibilidad de conseguir un trabajo como conductor de vehículos pesados, lo que le llevó al intento de suicidio.⁴⁵

En el caso *Renolde contra Francia*, el intervalo entre los dos intentos de suicidio - el fallido y el exitoso - fue de dieciocho días⁴⁶. En el caso de A.J., ese intervalo fue de veintiséis días, con un episodio de autolesiones graves entre ambos, dos días antes del suicidio. Teniendo en cuenta el razonamiento de *Renolde* de que el riesgo era real y que debía imponerse una obligación positiva de adoptar medidas operativas preventivas con independencia de que su "estado y la inmediatez del riesgo de una nueva tentativa de suicidio variaran"⁴⁷, me pregunto por qué no fue así en el caso del riesgo de A.J.

42. Véase el apartado 43 de la sentencia.

43. Según la OMS, "se estima que, por cada suicidio, es probable que haya habido más de 20 intentos de suicidio. Haber participado en uno o más actos de intento de suicidio o de autolesión es el factor de predicción más importante de la muerte por suicidio. ...El grado de conocimiento de los casos se compara a menudo con un iceberg, en el que solo es visible la punta (el suicidio, los intentos de suicidio y las autolesiones que se presentan en los hospitales, y los intentos de suicidio y las autolesiones que se presentan en los servicios de atención primaria), mientras que la mayoría de los intentos de suicidio permanecen "ocultos" bajo la superficie y no son conocidos por los servicios de salud" (*Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*, Geneva: World Health Organization, 2016, page 6).

44. Ver nota en el expediente médico del 1 de abril de 2000.

45. Según la OMS, los "factores de riesgo individuales clave" son los siguientes: "Intento previo de suicidio, trastornos mentales, uso nocivo del alcohol, pérdida de empleo o financiera, desesperanza, dolor crónico, antecedentes familiares de suicidio, factores genéticos y biológicos... La desesperanza, como aspecto cognitivo del funcionamiento psicológico, se ha utilizado a menudo como indicador de riesgo suicida cuando se combina con trastornos mentales o intentos previos de suicidio (113. Los tres aspectos principales de la desesperanza se relacionan con los sentimientos de una persona sobre el futuro, la pérdida de motivación y las expectativas. La desesperanza suele entenderse por la presencia de pensamientos como "las cosas nunca mejorarán" y "no veo que las cosas mejoren", y en la mayoría de los casos va acompañada de depresión (114)"." (*Preventing suicide: a global imperative*, World Health Organization, Geneva, 2014, páginas 31 y 40).

46. Véase *Renolde*, citado anteriormente, § 86.

47. Véase *Renolde*, citado anteriormente, § 89: "... que el riesgo era real y que Joselito Renolde requería una cuidadosa vigilancia en caso de cualquier deterioro repentino". Véase también Keenan, citada anteriormente, § 96: "Sin embargo, la inmediatez del riesgo

21. En segundo lugar, A.J. era esquizofrénico y padecía una "depresión mayor".⁴⁸ Esto fue establecido por los tribunales nacionales. La primera vez que se formuló tal diagnóstico de esquizofrenia fue ya el 6 de septiembre de 1999, mucho antes del primer intento de suicidio.⁴⁹

En *De Donder y De Clippel contra Bélgica*,⁵⁰ el Tribunal consideró que la esquizofrenia paranoide implicaba un riesgo elevado y previsible de suicidio. En ese caso, el Tribunal consideró que se había producido una violación del artículo 2 incluso sin un intento previo de suicidio, porque consideró que "*Certes l'immediateté d'un tel risque était difficile à percevoir, mais ce critère ... ne saurait entrer peremptoirement en jeu en matière de suicide*".⁵¹ Una vez más, no entiendo la razón por la que la inmediatez del riesgo no fue el criterio decisivo en el caso belga, pero se observó estrictamente en el presente caso portugués⁵², en el que el paciente acumulaba los dos factores de alto riesgo de los casos *Renolde y De Donder*.

Lo anterior bastaría para plantear la legítima cuestión de si el Tribunal discrimina entre pacientes de primera y segunda clase, ya que no se justifica esta diferencia de trato entre A.J. y los pacientes belgas y franceses. Evidentemente, la pregunta no es retórica, y es aún más acuciante a la vista de los siguientes argumentos que demuestran que se cometió un agravio con A.J. que nunca fue subsanado.

22. En tercer lugar, los tribunales nacionales concluyeron que el suicidio no era previsible porque A.J. nunca había sido diagnosticado adecuadamente. En otras palabras, la falta de un diagnóstico oportuno y adecuado por parte del Estado sirve de excusa para que éste no prevea el

variaba. El comportamiento de Mark Keenan mostraba periodos de aparente normalidad o, al menos, de capacidad para hacer frente a las tensiones a las que se enfrentaba. No se puede concluir que estuviera en riesgo inmediato durante todo el período de detención. Sin embargo, las variaciones en su estado requerían que se le vigilara cuidadosamente en caso de deterioro repentino."

48. No sólo "depresión", como se minimiza en el apartado 127 de la sentencia, sino "depresión grave" Véase el informe pericial en el procedimiento judicial administrativo interno citado en el apartado 33 de la sentencia.

49. Véase el informe pericial en el procedimiento administrativo interno citado en el apartado 33 de la sentencia. Según la OMS, "las personas con trastornos mentales experimentan tasas de discapacidad y mortalidad desproporcionadamente más altas. Por ejemplo, las personas con depresión mayor y esquizofrenia tienen entre un 40% y un 60% más de posibilidades de morir prematuramente que la población general, debido a problemas de salud física que a menudo no se atienden [como cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH] y al suicidio." (*Mental Health Action Plan 2013–2020*. Geneva: World Health Organization, 2013, párrafo 11.)

50. Véase *De Donder and De Clippel c. Bélgica*, no. 8595/06, 6 de diciembre 2011.

51. *Ibid.*, § 76.

52. La mayoría ni siquiera aclara el marco temporal que se examina en relación con la evaluación del riesgo: ¿se trata de los "últimos días de su vida" (véase el apartado 128), de los "días precedentes" (*ibíd.*) o de los "días inmediatamente anteriores a su suicidio" (véase el apartado 129)? ¿Cuál es el marco temporal exacto pertinente a estos efectos?

riesgo de suicidio. Se trata de una situación típica de Catch 22, en la que el Estado utiliza su propia omisión defectuosa para excusarse por el daño resultante. La sorprendente justificación dada por su psiquiatra (el Dr. A.A.) fue que no fue médico de A.J. el tiempo suficiente para hacer un diagnóstico más preciso del estado mental de A.J.⁵³, a pesar de que se convirtió en su psiquiatra en diciembre de 1999, cuatro meses antes del suicidio.

Lo más descorazonador es que el Estado sí realizó dicho diagnóstico, pero sólo después de que A.J. estuviera muerto.⁵⁴ A.J. fue diagnosticado de un trastorno límite de la personalidad sólo después de haberse suicidado!⁵⁵ Se trataba, en palabras del perito médico designado por el tribunal, de "un individuo propenso a los conflictos y fácilmente irritable... agresivo con su familia (madre y hermana), que pierde los nervios sin motivo y sin estar bajo la influencia del alcohol... Esta agresividad se vuelve a veces contra sí mismo: en su expediente clínico se habla de intentos de suicidio recurrentes...".⁵⁶

23. En cuarto lugar, A.J. tenía un largo historial de abuso de drogas y alcohol. Se suicidó el 27 de abril de 2000. El 25 de abril de 2000, dos días antes de su suicidio, tuvo un típico "episodio de autolesión deliberada" por abuso de alcohol.⁵⁷ Posteriormente, ningún médico evaluó las consecuencias

53. Véase el testimonio del Dr. A.A. anexo al expediente.

54. Véase el apartado 33 de la sentencia.

55. Véanse los apartados 11 y 40 de la sentencia.

56. Véase el informe del perito médico designado por el tribunal, de 27 de septiembre de 2006, adjunto al expediente.

57. Según la OMS, "sobre la base de la definición, los criterios de inclusión son los siguientes (es decir, se consideran casos de autolesión intencional o intento de suicidio) Todos los métodos de autolesión intencional (según la codificación de la CIE-10, cuadro 3.1) (por ejemplo, sobredosis de alcohol, sobredosis de drogas ilícitas, ingestión de plaguicidas, laceración, intento de ahogamiento, intento de ahorcamiento, herida de bala) en los que está claro que la autolesión fue infligida intencionalmente". (*Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*, Geneva: World Health Organization, 2016, página 33); y véase también *Mental Health Gap Action Programme, Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders*, Geneva: World Health Organization, 2008, página 29: "El suicidio es la tercera causa de muerte en todo el mundo en personas de entre 15 y 34 años, y es la 13ª causa de muerte para todas las edades combinadas. Alrededor de 875 000 personas mueren por suicidio cada año. Las altas tasas de suicidio están asociadas a trastornos mentales como la depresión y la esquizofrenia y a la dependencia del alcohol y las drogas". Véase también *National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (NCISH), Safer Care for Patients with Personality Disorder*, Manchester: Universidad de Manchester, 2018: "La mayoría de los pacientes que se quitaron la vida tenían un historial de autolesiones (146. 95%). El último episodio de autolesión ocurrió dentro de la semana de la muerte en 20 casos (16%), y 81 (70%) dentro de los 3 meses. Los incidentes repetidos de autolesiones fueron comunes en el año anterior al suicidio (77. 66%). En la mayoría de los casos, los servicios conocían los factores desencadenantes (106, 98%). Estos fueron: Intoxicación por alcohol, Durante el último episodio de atención se llevó a cabo una evaluación del riesgo de suicidio, autolesiones y/o violencia en 121 (88%), se realizó una

de ese incidente en cuanto a la necesidad de aumentar la vigilancia de A.J. Se le dejó que permaneciera en su desesperación, abandonado a su "agresividad", que "a veces se volvía contra sí mismo", según las palabras del experto designado por el tribunal.

26. En quinto lugar, A.J. era un joven y, según la OMS, "el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de todo el mundo. ... Además, los jóvenes y los ancianos se encuentran entre los grupos de edad más susceptibles a la ideación suicida y a las autolesiones."⁵⁸

24. Por último, pero no menos importante, A.J. era un paciente ya clasificado con una valoración de riesgo de "GD 3" (*Grau de Dependência* 3), que significa "grado de dependencia tres", por el propio HSC⁵⁹. El grado de dependencia tres "corresponde al paciente que necesita asistencia intensiva o total en fase aguda y/o en situación de urgencia".⁶⁰ El grado de dependencia 1 "corresponde al paciente autosuficiente". El grado de dependencia 2 "corresponde al paciente que necesita asistencia parcial". El expediente médico desde el 25 de abril de 2000 hasta el momento del suicidio no menciona el grado de dependencia del paciente. Esto significa que el HSC no realizó ninguna evaluación del riesgo al menos dos días antes de su suicidio⁶¹.

formulación del riesgo en 91 (71%) y se desarrolló un plan de gestión del riesgo en 85 (69% de los casos)."

58. *Mental Health Action Plan 2013–2020* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013, párrafos 11 and 75. Véase también *Preventing suicide: a global imperative*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014, página 11: "Young people are among those most affected; suicide is now the second leading cause of death for those between the ages of 15 and 29 years globally." Según las *Directrices para la Prevención del Suicidio* de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP), "Los jóvenes se encuentran entre los más afectados; el suicidio es ahora la segunda causa de muerte para las personas de entre 15 y 29 años a nivel mundial." "También hay ciertos grupos de personas que están particularmente en riesgo de tener un comportamiento suicida. Entre ellos se encuentran los que tienen un historial de intentos de suicidio, las personas dependientes del alcohol y otras sustancias, los jóvenes varones Hay muchos estudios que indican que quienes intentan suicidarse tienen muchas más probabilidades de hacerlo en el futuro que otros grupos. ... Hace tiempo que se reconoce que la dependencia del alcohol y otras sustancias se asocia con un mayor riesgo de suicidio".

59. Véase el apartado 13 de la sentencia.

60. Véanse, por ejemplo, las notas del expediente médico del 11 de enero de 1993 y del 2 de febrero de 1993. Aunque es consciente de este hecho (véase el apartado 13 de la sentencia), la mayoría no se preocupa de tener en cuenta esta información al valorar el "largo historial de problemas de salud mental" de A.J. (véase el apartado 130 de la sentencia).

61. La mayoría admite que no se tomaron notas de evaluación del riesgo para "su última estancia en 2000" (véase el apartado 13 de la sentencia).

Medidas puestas en marcha para prevenir el suicidio de los pacientes psiquiátricos voluntarios

25. En vista de lo anterior, A.J. corría un riesgo previsible e inminente de suicidio y el HSC y las demás autoridades del hospital conocían ese riesgo. Pero incluso si no fuera así, existen no obstante ciertas precauciones básicas que se espera que se tomen. La mayoría no entra en esta cuestión, pero la jurisprudencia impone esa carga al Estado para minimizar cualquier riesgo potencial de autolesiones e intentos de suicidio, incluso cuando no se ha demostrado que supieran o debieran haber sabido de tal riesgo.⁶²

Aunque la mayoría no considera necesario seguir esta línea de razonamiento,⁶³ considero que tengo la obligación ética de hacerlo, en aras tanto de la coherencia de la jurisprudencia como de la exhaustividad del análisis jurídico del caso. La pregunta a la que hay que responder ahora es si las medidas operativas puestas en marcha fueron suficientes, y la respuesta es sin duda no, absolutamente no, por las siguientes siete razones.

26. En primer lugar, no existía, y sigue existiendo, un marco normativo adecuado en relación con la obligación del Estado de proteger la vida de los enfermos mentales en tratamiento voluntario en los hospitales públicos de Portugal. No hay límites legales impuestos a los médicos en cuanto a si un paciente psiquiátrico debe ser colocado o no en un régimen abierto o cerrado o en una habitación de aislamiento. El valor añadido de este caso debería haber sido precisamente inducir al Gobierno a colmar esta laguna y proporcionar a los médicos una base legal para su actividad.

27. En segundo lugar, no existían, y siguen existiendo, medios administrativos adecuados de vigilancia reforzada de los pacientes internos con riesgo de suicidio. Las modalidades de esta vigilancia deben decidirse según el margen de apreciación del Estado, pero al hacerlo éste debe tener en cuenta, entre otras cosas, las normas internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según las normas de la OMS, es necesario reforzar la vigilancia de los pacientes con riesgo de suicidio, lo que puede realizarse, por ejemplo, mediante la videovigilancia o el etiquetado voluntario de la persona o cualquier otro medio informático.⁶⁴ La vigilancia

62. Véase *Eremiasova and Pechova c. la República Checa*, no. 23944/04, § 110, 16 de febrero de 2012, reiterado en *Keller c. Rusia*, no. 26824/04, § 88, 17 de octubre 2013.

63. El apartado 132 de la sentencia evita la segunda parte del test de *Osman*, pero en realidad, en los apartados anteriores, la mayoría ya aceptó las medidas adoptadas por las autoridades nacionales (véase, por ejemplo, el apartado 130 de la sentencia).

64. Véase *Practice Manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2016, página 6: “La mejora de la vigilancia y el seguimiento de los intentos de suicidio y las autolesiones es un elemento central del modelo de salud pública de prevención del suicidio. ... Sin embargo, la intención de morir puede ser más difícil de determinar (y, por tanto, de registrar), ya que en algunos casos ni siquiera el individuo implicado puede estar seguro de sus intenciones. Por ello, un sistema de vigilancia centrado en el hospital representará

informática ayuda a detectar y disuadir la mala atención y a controlar los niveles de atención. Crea un entorno acogedor en el que las personas pueden confiar en que recibirán una atención decente. La vigilancia informática sólo puede aplicarse a las partes comunes de las instalaciones y, si es necesario, a las habitaciones y a los locales privados de los usuarios del servicio. Este último enfoque requiere el consentimiento del usuario del servicio. Los hospitales utilizan equipos de vigilancia tanto visibles como encubiertos. Una vigilancia sanitaria adecuada de los pacientes permite reaccionar rápidamente ante una crisis que decidirá las probabilidades de supervivencia del paciente.⁶⁵ Por tanto, las normas de la OMS no exigen la construcción de muros y, desde luego, no un régimen carcelario para personas en las circunstancias de A.J.⁶⁶

inevitablemente casos de autolesiones intencionadas con distintos niveles de intención suicida y distintos motivos subyacentes, y no sólo intentos de suicidio caracterizados por altos niveles de intención suicida." Según la *Mental Health GAP Intervention Guide Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*, Organización Mundial de la Salud, 2016, página 136: Para todos los casos de Acto Medicamento Grave de Autolesión o Riesgo Inminente de Autolesión/Suicidio: "Coloque a la persona en un entorno seguro y de apoyo en un centro de salud. NO dejar a la persona sola".

65. En sus Estándares CPT revisados de marzo de 2017, el CPT acepta el uso de la videovigilancia como medio de contención en los establecimientos psiquiátricos para adultos, pero señala además que "Claramente, la videovigilancia no puede reemplazar la presencia continua del personal." (CPT/Inf (2017)6). La *Care Quality Commission* es el regulador sanitario independiente de Inglaterra: regula los servicios de atención sanitaria en Inglaterra y ha elaborado orientaciones para los proveedores de atención sanitaria y para el público sobre el uso de la vigilancia en entornos como las residencias y los hospitales. Véase *Using surveillance. Information for providers of health and social care on using surveillance to monitor services*, diciembre de 2014 ((actualizado con la nueva normativa en junio de 2015): "En algunas circunstancias, los sistemas de vigilancia podrían utilizarse con fines que entran dentro de la definición de "privación de libertad", por ejemplo, el uso de CCTV o dispositivos de seguimiento por RFID para controlar la ubicación de una persona con el fin de evitar que salga de las instalaciones. Si la finalidad o el uso de la vigilancia identificados tienen el potencial de actuar como una restricción o privación de libertad, debe prestarse especial atención a la consulta con las personas y a la consideración de las orientaciones pertinentes. Esto se suma a las consideraciones habituales que deben hacerse sobre el uso de la vigilancia".

66. Sobre la prevención del suicidio y las medidas de contención, incluida la reclusión y la videovigilancia de los pacientes, véanse Dasic et al, "Improving patient safety in hospitals through usage of cloud supported video surveillance" (2017) 5 (2) *Macedonian Journal of Medical Sciences* 101: "La seguridad de los pacientes es un problema creciente que puede mejorarse con el uso de sistemas de vigilancia centralizados de alta gama que permitan al personal centrarse más en el tratamiento de los problemas de salud en lugar de vigilar posibles incidentes."; Stolovy et al, "Video surveillance in mental health facilities: is it ethical?" (2015) 17 *Israel Medical Association Journal* 274-276: "El personal y los pacientes perciben positivamente la vigilancia, y no ha habido quejas sobre el uso de las cámaras desde su instalación. Además, la vigilancia no ha provocado síntomas de paranoia, sino todo lo contrario, los pacientes perciben la vigilancia como una salvaguarda..."; Carroll et al., "Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: systematic

28. En el caso particular del Hospital Sobral Cid, los internos entran y salen sin ningún control. Lo mismo ocurre con los forasteros, que pueden cruzar el perímetro del hospital e incluso entrar en los pabellones cuando les plazca. En el año 2000 había un solo vigilante para todo el edificio, apostado en la entrada para los coches. No había un psicólogo permanente ni un servicio de urgencias permanente. Cuando se producía una situación de emergencia, se contactaba con el médico de guardia, que decidía por teléfono si el paciente debía ser trasladado al hospital central de Coimbra. A lo largo de los años se han producido varios incidentes graves, e incluso

review and meta-analysis” 2014 *Journal of Affective Disorders* 476-83; Richardson, “Mental capacity in the shadow of suicide: What can the law do?” (2013) 9 *International Journal of Law in Context* 87-105; Frank, “Videoüberwachung in der Psychiatrie - Pro, kontra, Video surveillance in psychiatric hospitals-pro & contra” (2013) 40 *Psychiatrisches Praxis* 117-119: “muchos argumentos hablan en contra de una prohibición (de la vigilancia informática en los hospitales psiquiátricos) y pocos argumentos hablan en contra de la posibilidad de utilizar esta posibilidad”; Salzmann et al, “Panoptic power and mental health nursing-space and surveillance in relation to staff, patients, and neutral spaces” (2012) 33(8) *Issues Mental Health Nursing* 500-4: “la mayoría de los espacios en la enfermería de salud mental sirven como un campo de visibilidad dentro del cual el paciente está constantemente vigilado” (2011) 127 *Law Quarterly Review* 167-71; David et al., “Mentally Disordered or Lacking Capacity? Lessons for Management of Serious Deliberate Self Harm” (2010) *British Medical Journal* 341: c4489; Desai, “The new stars of CCTV: what is the purpose of monitoring patients in communal areas of psychiatric hospital wards, bedrooms and seclusion rooms?” (2009) 6 *Diversity and Equality in Health Care* 45-53: “El uso de cámaras de videovigilancia no sólo permitió detectar mejor los factores de riesgo en el manejo de los pacientes en una sala, sino que también proporcionó imágenes de vídeo con fines de formación. Por ejemplo, Chambers y Gillard (2005) descubrieron que el mantenimiento de las imágenes grabadas de los incidentes permitía realizar una evaluación a posteriori que podía utilizarse con fines de formación, especialmente para reconocer los antecedentes de los episodios violentos y para prevenir el suicidio. El personal creía que las imágenes grabadas proporcionaban un relato más preciso y, por tanto, objetivo de los incidentes”; Appelbaum, “Commentary: the use of restraint and seclusion in correctional mental health” (2007) 35 (4) *Journal of the American Academy of Psychiatry Law* 431-5; Kennedy, *Electronic surveillance in hospitals: A review*, Edith Cowan University, Perth, 2006: “Los beneficios de la vigilancia electrónica para la salud de los pacientes son múltiples, pero es vital que las implicaciones para la privacidad de los individuos no se pasen por alto por la motivación de lograr la seguridad para toda la comunidad”; Smith et al, “Pennsylvania State Hospital system’s seclusion and restraint reduction program” (2005) 56 (9) *Psychiatric Service* 1115-22; Paris, 2004 (18) “Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder?” (2004) 18 (3) *Journal of Personality Disorders*, 240-47; y véanse también las directrices del National Institute for Care and Excellence y la bibliografía sobre el uso de sujeciones en personas con problemas de salud mental en entornos de atención sanitaria y social, disponibles en <https://www.nice.org.uk/>

mortales, provocados por pacientes internos que consiguieron salir de las instalaciones del HSC.⁶⁷

29. A.J. fue internado en el pabellón 8, que contaba con una sala de aislamiento. El pabellón 8 alojaba a personas en régimen de internamiento tanto voluntario como involuntario.⁶⁸ A.J. fue colocado en régimen abierto el 25 de abril de 2000, tras el incidente del abuso de la bebida, como lo demuestra la nota de que "caminaba por el pabellón".⁶⁹

30. En tercer lugar, ningún médico valoró la gravedad del incidente de abuso de alcohol del 25 de abril, a pesar de que A.J. presentaba un estado de "desequilibrio, cierta reactividad al internamiento, falta de coordinación funcional e inquietud".⁷⁰ La justificación que dio el doctor E.R. para esta omisión fue que "suponía que A.J. estaba bien ya que las enfermeras no solicitaron una valoración del paciente tras el incidente del 25/26 de abril".⁷¹

Sorprendentemente, el médico de guardia no se preocupó de ver a un paciente suicida que acababa de tener un grave episodio de consumo de alcohol porque las enfermeras no se lo pidieron, como si las enfermeras tuvieran que asumir la responsabilidad que le correspondía.

31. Ningún médico valoró la necesidad de un régimen restrictivo desde el 25 de abril hasta el momento del suicidio, aunque A.J. ya había sido sometido varias veces al "régimen cerrado" e incluso a la sala de aislamiento (por ejemplo, el 12 de diciembre de 1999 fue "colocado en la sala de aislamiento", porque estaba "inquieto, con dificultad para calmarse"; el 15 de diciembre de 1999 se le ordenó "no salir del pabellón"; el 16 de diciembre de 1999 se le ordenó "no salir del servicio"; el 22 de diciembre de 1999 seguía quejándose de que quería salir del pabellón).⁷² Sólo el 13 de abril fue visto por su médico y "le cambiaron la terapia", pero no se menciona cuál era la nueva terapia.⁷³

32. En cuarto lugar, en la fecha de su suicidio y el día anterior, hubo un intervalo de dieciséis horas sin ninguna supervisión, ya que el expediente médico no contiene ninguna nota desde las 16.00 horas del 26 de abril hasta las 8.00 horas del 27 de abril. Además, las últimas notas del expediente médico de A.J., que se refieren a él como "tranquilo y cooperativo al principio del turno" (27 de abril, turno de 14 a 19 horas) fueron añadidas por

67. Véase el apartado 55 de la sentencia. Resulta bastante revelador que la mayoría ni siquiera haya tenido en cuenta esta información a la hora de evaluar la obligación de adoptar medidas operativas preventivas.

68. Véase el informe de inspección elaborado por el tribunal de primera instancia.

69. Véase el registro del 27 de abril en su expediente médico, turno de 8 a 16 horas.

70. Véase el registro del 26 de abril en su expediente médico, turno de medianoche a 8 de la mañana.

71. Véase el testimonio del Dr. E.R. anexo al expediente, y el apartado 23 de la sentencia.

72. Véanse los registros de su expediente médico en esos días.

73. Véase la constancia en el expediente médico de estos días.

la misma persona a las 20 horas, ¡cuando ya se sabía que se había suicidado!⁷⁴

33. Peor aún, hubo un vacío de más de veinticuatro horas en cualquier medicación antes del suicidio de A.J., ya que la última medicación que tomó fue durante el turno de 12 a 8 horas del 26 de abril (más exactamente a las 12.39 horas, cuando fue atendido en el Hospital General de Coimbra y a las 2 horas, cuando fue ingresado en el HSC). Esto significa que no se administró ninguna medicación entre las 2.00 horas del 26 de abril y el momento de su suicidio, el 27 de abril a las 17.37 horas. El propio informe pericial señalaba lo siguiente: "no existe ninguna referencia detallada, en el expediente médico, al estado psicopatológico que presentaba el paciente el 26 de abril de 2000" y "no podemos responder de forma más detallada al no haber tenido acceso a la documentación que describe las circunstancias del suicidio".⁷⁵ También es importante señalar que el intento de suicidio del 1 de abril de 2000 se cometió con un consumo excesivo de pastillas y alcohol. El incidente de abuso de alcohol del 25 de abril siguió el mismo patrón de abuso de alcohol, pero esta vez sin pastillas. A pesar de todo esto, A.J. fue dejado solo y abandonado a su propia enfermedad mental grave. En este contexto, es pertinente señalar que, en el caso *Renolde c. Francia*, el hecho de que no se garantizara que el Sr. Renolde tomara su medicación diaria fue uno de los factores que apoyaron la conclusión de que se había producido una violación del artículo 2. ¿Por qué no se aplicó el mismo criterio al paciente portugués?

34. En quinto lugar, el Gobierno se refirió a un "plan médico establecido para cada paciente".⁷⁶ No hay prueba alguna en el expediente del Tribunal de dicho "plan médico". La mayoría no llega a ponerse del lado del Gobierno también en este punto. Tampoco comparten la opinión del Gobierno demandado de que la demandante debería haber pedido el internamiento involuntario de su hijo si estaba tan convencida de que estaba en peligro. Echar la culpa a la demandante es un argumento inadmisibles que añade infamia a la herida.

35. En sexto lugar, comparando esta situación en el HSC con otros centros psiquiátricos, es importante señalar que otros centros similares en Portugal han instalado vallas o sistemas de vigilancia informática.⁷⁷ También es posible encontrar centros psiquiátricos con planes médicos individuales adecuados.⁷⁸

74. De hecho, la misma persona también señaló que existía la sospecha de que se había suicidado y que la familia había acudido a recoger las pertenencias de A.J..

75. Véase el informe pericial de 27 de septiembre de 2006 ordenado por el tribunal de primera instancia (véase el apartado 33 de la sentencia), y la entrevista con la hermana de A.J. concedida al periódico *O Publico*, el 29 de marzo de 2017.

76. Véase el apartado 94 de la sentencia.

77. Véanse las referencias de los citados informes del CPT sobre Portugal.

78. Ibid.

36. En séptimo lugar, y por último, el argumento del Gobierno de que la sentencia de la Sala les ha planteado el dilema jurídico de tener obligaciones internacionales contradictorias derivadas del artículo 2 del CEDH (poner vallas alrededor de los hospitales o restringir la libertad de los pacientes) y del artículo 14 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ("la CDPD") (ni poner vallas ni restringir la libertad de movimiento de los pacientes), y especialmente su interpretación por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ("el Comité de la CDPD"), es por tanto erróneo.

37. El escenario jurídico internacional es, cuando menos, confuso, lo que indica que hay duros debates en curso sobre la cuestión.⁷⁹ El Comité de

79. Sobre la Convención de la ONU sobre Discapacidad y su interpretación por el Comité de la CDPD, véase Loza and Omar, "The rights of persons with mental disabilities: is the UN Convention the answer? An Arab perspective" (2017) 14 (3) *The British Journal of Psychiatry International*, 53-55: "El comentario general sobre el artículo 12 interpreta importantes disposiciones de derechos humanos desde una perspectiva estrecha, aleja el conocimiento médico y aliena a las familias en muchas culturas"; Freeman et al, "Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities" 2015 *Lancet Psychiatry*, 844-50: "En el caso de que se pueda salvar una vida con el suicidio, sostenemos que la afirmación del Comité de que el tratamiento involuntario nunca debe permitirse es errónea. ... Cuando hay un conflicto entre diferentes derechos, el derecho a la vida debe prevalecer sobre otros derechos". "¿Qué pasa si la persona oye voces que le dicen que se haga daño a sí misma o a otra persona? ... no podemos aceptar que eliminar por completo el ingreso y el tratamiento involuntario promueva los derechos de las personas con enfermedades mentales"; Szumkler et al, "Mental health law and the UN Convention on the rights of persons with disabilities" (2014) 37 *International Journal of Law and Psychiatry* 245-52: "very few would support the idea that the state never, even as a last resort, has a duty to protect those who are clearly unable to make crucial treatment decisions for themselves"; Bartlett, "The United Nations on the Rights of Persons with Disabilities and Mental Health law" (2012) 75 (5) *The Modern Law Review* 752-78; Fennell and Khaliq, "Conflicting or Complementary Obligations? The UN Disability Rights Convention and the European Convention on Human Rights and English law" (2011) *European Human Rights Law Review* 662-74; Weller, "The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Social Model of Health: New Perspectives" (2011) *Journal of Mental Health Law* 74-83; Lush, "Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disability" (2011) *Elder Law Journal* 61-68; Minkowitz, "Abolishing Mental Health Laws to Comply with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities", in McSherry and Weller (eds), *Rethinking Rights-Based Mental Health Laws*, Oxford: Hart Publishing, 2010, 151-78; Bach and Kerzner (2010) *A New Paradigm for Protecting Autonomy and the Right to Legal Capacity*, Canada: Law Commission of Ontario; Hale, *Mental Health Law*, London: Sweet and Maxwell, 2010; Lewis, "The Expressive, Educational and Proactive Roles of Human Rights: An Analysis of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities", in McSherry and Weller (eds), *Rethinking Rights-Based Mental Health Laws*,. Oxford: Hart Publishing, 2010, pp. 97-128; Bartlett, "The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Future of Mental Health Law" (2009) 18 *Psychiatry*, 496-98; Bartlett et al, *Mental Disability and the European Convention on Human Rights*, Leiden: Martinus Nijhof, 2007; Lawson, "The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: New Era or False Dawn?", (2007) 34 (2) *Syracuse Journal of International*

Derechos Humanos no comparte la opinión del Comité de la CDPD, ya que reconoce que la hospitalización involuntaria puede estar justificada⁸⁰. Del mismo modo, el Subcomité para la Prevención de la Tortura⁸¹ expresó la opinión de que la privación de libertad puede estar justificada por motivos de riesgo de autolesión o daño a terceros. A pesar de que el Centro de Derechos Humanos de Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría⁸² le instó a ello, el CEDAW no abordó la cuestión de las intervenciones psiquiátricas forzadas y la hospitalización involuntaria.⁸³

38. Los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, de 1991, establecen las circunstancias en las que las personas pueden ser ingresadas involuntariamente en un centro de salud mental. Sin embargo, el Alto Comisionado para los Derechos Humanos consideró que estos Principios entraban en conflicto directo con el artículo 14 (1) (b) de la CDPD y apoyó la prohibición absoluta de la privación de libertad por motivos de discapacidad.⁸⁴ Afirmó que:

“el apartado 1 (b) del artículo 14 de la Convención establece de forma inequívoca que 'la existencia de una discapacidad no justificará en ningún caso una privación de libertad'. Se rechazaron las propuestas formuladas durante la redacción de la Convención para limitar la prohibición de la detención a los casos "exclusivamente" determinados por la discapacidad. En consecuencia, el internamiento ilegal abarca las situaciones en las que la privación de libertad se basa en la combinación entre una discapacidad mental o intelectual y otros elementos como la peligrosidad o los cuidados y el tratamiento. Dado que tales medidas están parcialmente justificadas por la discapacidad de la persona, deben considerarse discriminatorias y violatorias de la

Law 563-619; Hale, “The Human Rights Act and Mental Health Law: Has it Helped?” (2007) *Journal of Mental Health Law* 7-18; Dhanda, “Legal Capacity in the Disability Rights Convention: Stranglehold of the Past or Lodestar for the Future?” (2006) 34 *Syracuse Journal of International Law and Commerce* 429-62; and Richardson, “The European Convention and Mental Health Law in England and Wales: Moving Beyond Process” (2005) 28 *International Journal of Law and Psychiatry*, 127-39.

80. Observación general n° 35 sobre el artículo 9 del PIDCP, CCPR/C/GC/35, 16 de diciembre de 2014.

81. Enfoque sobre los derechos de las personas institucionalizadas y tratadas médicamente sin consentimiento informado, CAT/OP/27/2, 26 de enero de 2016.

82. Comentarios sobre el proyecto de actualización de la Recomendación General n° 19 del CEDAW: Las intervenciones psiquiátricas forzadas como violencia contra las mujeres con discapacidad, 26 de septiembre de 2016.

83. Recomendación General n° 35 del CEDAW sobre la violencia de género contra las mujeres, actualización de la Recomendación General n° 19, CEDAW/C/GC/35, 26 de julio de 2017.

84. Alto Comisionado para los Derechos Humanos, "Forgotten Europeans, forgotten rights, the human rights of persons placed in institutions", 2011, 12-13; Declaración del ACNUDH sobre el artículo 14 de la CDPD, septiembre de 2014.

prohibición de privación de libertad por motivos de discapacidad, y del derecho a la libertad en igualdad de condiciones con los demás prescrito por el artículo 14⁸⁵

39. El Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental criticó el *Libro de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación de 2005*, porque permitía ciertas excepciones de "coerción normalizada", pero expresó su opinión con cautela sobre una prohibición absoluta de todas las formas de medidas no consensuadas en sus informes al Consejo de Derechos Humanos de la ONU, reconociendo que "su reducción radical y eventual eliminación es un proceso difícil que llevará tiempo".⁸⁶

40. En el Consejo de Europa, la Recomendación Rec (2004)10 del Comité de Ministros relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales permite su internamiento involuntario basándose en la jurisprudencia del Tribunal sobre el artículo 5.1.e) del Convenio.⁸⁷ Sin embargo, la Recomendación PACE: El caso contra un instrumento jurídico del Consejo de Europa sobre medidas involuntarias en psiquiatría⁸⁸ se alineó con la CDPD. La respuesta del Comité de Ministros,⁸⁹ en cambio, optó por mantener su posición de 2004.

41. Una cosa es cierta: la práctica de los hospitales psiquiátricos portugueses de colocar a los pacientes internos psiquiátricos voluntarios en un "régimen restrictivo" en un pabellón confinado o incluso en una sala de aislamiento no tenía en 2000, y sigue sin tener hoy, una base jurídica específica que establezca qué tipos de regímenes pueden aplicarse, en qué circunstancias, por quién y hasta cuándo y que los someta a una prueba de proporcionalidad y necesidad. Además, según el Comité de la CDPD, la actual Ley n° 36/98, de 24 de julio, es incompatible con la CDPD, ya que permite el internamiento involuntario de personas con problemas mentales que no han cometido ningún delito y lo hace al margen de cualquier procedimiento penal.⁹⁰

42. El problema de la compatibilidad, o de la falta de ella, entre el derecho nacional y la citada Convención de las Naciones Unidas, tal como la interpreta la CDPD, es decir, la prohibición absoluta del internamiento involuntario basado en la incapacidad,⁹¹ rebasa ampliamente los límites de

85. Informe anual de la Alta Comisionada para los Derechos Humanos a la Asamblea General, A/HRC/10/49, 26 de enero de 2009, párrafos 48-9.

86. A/HRC/29/33, 2 de abril de 2015, y A/HRC/35/21, 28 de marzo de 2017.

87. Véase el apartado 75 de la sentencia.

88. Recomendación PACE 2091 (2016), de 22 de abril de 2016, que la mayoría no considera.

89. Respuesta del Comité de Ministros a la Recomendación (2091 (2016)), adoptada el 9 de noviembre de 2016.

90. Véase CRPD Observaciones finales sobre el informe inicial de Portugal, 30 de mayo de 2016, párrafo 33 (b): el Comité pide que el Estado parte "elimine... la privación de libertad por motivos de discapacidad prevista en su legislación sobre salud mental".

91. A/HRC/34/32, párrafos 29-33.

este caso. La mayoría no discute esta cuestión jurídica, habiendo asumido pura y simplemente que el enfoque del derecho nacional "está en consonancia con las normas internacionales ...".⁹²

43. Para concluir con este punto, el dilema al que se refiere el Gobierno es también un argumento falso, porque había, y sigue habiendo, medios para controlar a los pacientes psiquiátricos hospitalizados en situación de riesgo distintos de la colocación de vallas alrededor del HSC. El Gobierno evalúa las medidas que podrían utilizarse de forma binaria: o ausencia total de vigilancia o vallado del HSC. Además de ignorar la existencia de alternativas menos intrusivas, este enfoque no logra un equilibrio adecuado entre los intereses en conflicto: el respeto a la libertad del paciente psiquiátrico con riesgo de suicidio y la obligación del Estado de proteger su vida.

La calidad de los procedimientos internos

44. La calidad de los procedimientos internos no estuvo a la altura de este Tribunal, por varias razones. En primer lugar, ninguno de los tribunales nacionales se refirió al Convenio, que fue totalmente ignorado. Ni el tribunal de primera instancia ni el Tribunal Supremo Administrativo consideraron nunca el Convenio o la jurisprudencia del Tribunal. Ninguno de los tribunales nacionales realizó una prueba de proporcionalidad o de necesidad en relación con el alcance de la obligación del Estado de proteger a los pacientes psiquiátricos.

45. En su recurso ante el Tribunal Supremo Administrativo, la demandante sí se refirió al uso de técnicas de vigilancia informática.⁹³ No se respondió a la argumentación de la recurrente sobre el posible uso de técnicas de vigilancia informática. Sin embargo, tanto el juez disidente del Tribunal Supremo Administrativo como el Fiscal General Adjunto argumentaron que el HSC no había establecido un régimen para reforzar la vigilancia de A.J.⁹⁴ ni ninguna otra medida suficiente para prevenir o disminuir el riesgo de suicidio.⁹⁵

92. Véase el apartado 117 de la sentencia.

93. Véase la página 8 de la sentencia del Tribunal Supremo Administrativo.

94. Véase la página 4 del dictamen del Fiscal General Adjunto.

95. El propio Gobierno se refirió al uso de técnicas de vigilancia informática en sus observaciones ante la Sala y la Gran Sala (véase el apartado 125 de las observaciones del Gobierno ante la Sala y el punto 17 de sus conclusiones, y el apartado 94 de las observaciones del Gobierno ante la Gran Sala). La recurrente también planteó en su recurso ante el Tribunal Supremo Administrativo la cuestión de la falta de especial contención o vigilancia tras el incidente del consumo de alcohol y pidió que este hecho se añadiera a los hechos probados. El Tribunal Supremo Administrativo consideró que "no [había] razones para añadirlo a la base fáctica", por una razón muy formalista, a saber, que no se había planteado debidamente (véase la sentencia del Tribunal Supremo Administrativo, punto 2.2 (iii), página 18).

46. En segundo lugar, el tribunal interno consideró probado que A.J. había abandonado el edificio a las 17 horas, a pesar de que existían testimonios contradictorios sobre si A.J. se había ausentado ya a la hora del almuerzo del 27 de abril. El testigo S.P. dijo que no había estado presente a la hora de la comida mientras que el testigo A.D. dijo que había estado presente. Finalmente, la primera testigo cambió su testimonio de forma muy reticente ("aunque estoy convencida de que A.J. no estaba presente, no estoy segura de ello").⁹⁶ El tribunal de primera instancia aceptó ese cambio de testimonio sin comprobar más su credibilidad.

47. En tercer lugar, el tribunal interno no aceptó en su decisión preliminar sobre los hechos que hubiera habido otros intentos de suicidio, a pesar de que había dos testigos (la madre y la hermana del fallecido) que se refirieron a otros intentos de suicidio. El tribunal nacional no dio ninguna explicación sobre el hecho de que hubiera una nota escrita en el expediente médico que hacía referencia a "múltiples" intentos de suicidio;⁹⁷ no interrogó a la persona que escribió esa nota en el expediente médico para averiguar por qué y en qué se basó para hacerlo.

48. En cuarto lugar, la demandante planteó la cuestión de la integridad del expediente médico ante el tribunal nacional, pero éste no consideró pertinente esta cuestión porque no se había planteado como una denuncia formal de falsificación del expediente.⁹⁸ El tribunal nacional tenía la facultad de comprobar la integridad del expediente médico y no hizo uso de esa facultad, por una razón formalista. De hecho, el tribunal interno ni siquiera analizó el expediente médico, ya que ignoró por completo las notas de evaluación de riesgos que contenía.

49. En quinto lugar, el tribunal de primera instancia invocó las normas psiquiátricas modernas. Pero lo hizo sólo en beneficio del Estado y en detrimento de la demandante. Se trató de una descripción muy desigual y desequilibrada del estado de la técnica en términos de normas psiquiátricas modernas. El tribunal nacional simplemente ignoró las normas establecidas por la Organización Mundial de la Salud para los gobiernos y los profesionales en términos de prevención del suicidio, especialmente en los hospitales y centros médicos. Este Tribunal no debería haber cometido el mismo error, pero lo hizo. El Tribunal no puede, por un lado, tomar en consideración las normas de la OMS con respecto a la desinstitutionalización de las personas con discapacidades mentales y, por otro lado, ignorar las mismas normas de la OMS sobre la responsabilidad del Estado en la prevención del suicidio, especialmente en los centros psiquiátricos.

50. El tribunal de primera instancia optó por un enfoque radical, minimalista y de no intervención respecto a la obligación del Estado de

96. Véase la página 7 de la primera decisión sobre los hechos, de 7 de enero de 2010.

97. Véase la página 5 de la primera decisión sobre los hechos, de 7 de enero de 2010.

98. Véase la página 10 de la primera decisión sobre los hechos, de 7 de enero de 2010.

proteger la vida de los pacientes en los centros psiquiátricos públicos y no siguió el enfoque equilibrado de la Organización Mundial de la Salud. De hecho, el tribunal de primera instancia siguió la opinión radical expresada en el informe pericial del 27 de septiembre de 2006 y presentado ante el tribunal de primera instancia.⁹⁹ ¡Este informe pericial alababa incluso la posibilidad del suicidio! Terminaba con un elogio del suicidio, presentándolo como un acto de "libertad y liberación". Tras afirmar que "la prevención del suicidio en estos pacientes es una tarea imposible", el perito añadía las siguientes palabras:

“Para muchos suicidas, ese momento (del suicidio) es un momento único de libertad y liberación. ¿Cómo se puede prevenir en términos absolutos? De hecho, ¿quién quiere renunciar a ese potencial? Hay muchas personas que hoy están lúcidas y felices y que no querrían renunciar a esa posibilidad (del suicidio).”¹⁰⁰

Al tiempo que concluía que la prevención del suicidio en pacientes como A.J. era una "tarea imposible"¹⁰¹, la Gran Sala copió el mismo informe pericial que hacía un elogio del suicidio. El mismo informe que había señalado que "no podemos responder de manera más detallada ya que no se nos dio acceso a la documentación que describe las circunstancias del suicidio". Lamento que una vez más la conciencia de Europa se haya puesto del lado de esta cultura de la muerte, sugiriendo incluso que el derecho "a tomar una decisión racional de poner fin a su vida" entra en el ámbito del artículo 2.¹⁰²

54. El Tribunal Supremo Administrativo no subsanó las deficiencias del tribunal de primera instancia. De hecho, ni siquiera discutió las normas psiquiátricas modernas. La parte de la sentencia que trata del "análisis de los motivos del recurso" es bastante breve -sólo tres páginas- y se limita a copiar la sentencia de primera instancia, con largas citas de esa sentencia sin ningún valor añadido.¹⁰³ No hay en ella ni una sola palabra sobre la prueba de proporcionalidad o de necesidad, tal como exige el derecho constitucional interno, a la luz de los artículos 18 y 24 de la Constitución, y el derecho convencional, a la luz del artículo 2, párrafo 2, del Convenio.

99. Véase el apartado 33 de la sentencia.

100. El informe pericial se cita en el apartado 33 de la sentencia, pero la mayoría de la Gran Sala no considera necesario incluir estas frases en dicho apartado.

101. Véase el apartado 131 de la sentencia.

102. Véase el apartado 124 de la sentencia. La apoteosis de esta cultura es *Gross c. Suiza*, nº 67810/10, § 60, 14 de mayo de 2013, que siguió a *Haas c. Suiza*, nº 31322/07, § 51, ECHR 2011. Como la sentencia *Gross* no se convirtió en definitiva y la Gran Sala declaró, el 30 de septiembre de 2014, que la demanda era un abuso del derecho de aplicación, las conclusiones de la Sala quedaron invalidadas.

103. Véase la parte inferior de la página 22 a la página 24 de la sentencia traducida en el expediente.

51. En otras palabras, la calidad del procedimiento interno deja mucho que desear. La violación procesal del artículo 2 va mucho más allá de la crítica muy limitada de la mayoría.¹⁰⁴

Conclusión

52. En resumen, este caso es de nuevo una declaración decepcionante de este Tribunal sobre las obligaciones del Estado de proporcionar asistencia sanitaria a una categoría de personas vulnerables, como son los pacientes psiquiátricos internos. Basándose en una apreciación errónea de los antecedentes de hecho y de derecho del caso y en una lectura equivocada de la propia jurisprudencia del Tribunal, la mayoría trata el caso del pobre A.J. de forma diferente a los de *Renolde* y *De Donder*, dejando una fuerte impresión de doble rasero. Peor aún, el enfoque unilateral de la mayoría sobre el derecho y la práctica sanitaria internacional es patente, ya que consideran la tendencia que favorece la libertad de los pacientes psiquiátricos internados, pero se olvidan de ponderar las voces contrarias a esa tendencia que justifican un mayor compromiso del Estado con la prevención del suicidio, especialmente en lo que respecta a las personas bajo supervisión del Estado, y aún más en lo que respecta a los pacientes psiquiátricos institucionalizados.

En el contexto político actual de Europa, esta sentencia no puede sorprender a nadie. Mi esperanza es que se revierta algún día cuando cambie el estado de ánimo político. Mi temor es que, mientras tanto, muchos pacientes psiquiátricos internos con riesgo de suicidio tendrán una muerte evitable, como la de A.J.

104. Véase el apartado 139 de la sentencia.