

Dictamen Núm. 129/2024

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 4 de julio de 2024, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 22 de abril de 2024 -registrada de entrada el día 29 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos a causa del fallecimiento de su padre y esposo, que atribuyen a la pasividad del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 25 de mayo de 2023, una hija del fallecido presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial, que suscribe conjuntamente con su madre y hermano, por el daño moral sufrido a causa del óbito de su familiar.

Tras referir los antecedentes médicos del enfermo, relatan que “comenzó a presentar sintomatología el 30-06-2021, momento en que su hija llamó al centro de salud”. Reproducen seguidamente las anotaciones obrantes en la

historia clínica de Atención Primaria de las que resulta que ese día el paciente presenta un cuadro de desorientación con alucinaciones pautándose "tomar Sinogan". La siguiente consulta se produce el día 1 de julio de 2021, fecha en la que se acuerda "aumentar Sinogan y seguir con antibiótico. Ver evolución". El día 2 de julio el paciente tiene fiebre de 39 °C y los familiares llevan una muestra de orina para cultivo al centro de salud. El día 4 de julio se anota que la "hija refiere agitación, está en tratamiento antibiótico por ITU. Plan. Aumentar Sinogan a 50 mg en la noche y ver evolución, control por su MFYC". El día 5 de julio se solicita interconsulta al Servicio de Urgencias del Hospital para valoración. En la solicitud se anota que el paciente tuvo "episodio hace un año de delirio en contexto de ITU. Hace una semana inicio con desorientación y alucinaciones. Le dieron ciprofloxacino que empezó a tomar el día 1-7, al día siguiente seguía con fiebre de 39 °C, se pidió cultivo que todavía no está realizado, el paciente sigue con empeoramiento".

Continúan relatando que el día 5 de julio de 2021 lo ve el Servicio de Medicina Interna del Hospital, que anota en la historia clínica lo siguiente: "derivado por deterioro general y postración desde hace 7 días por ITU con Augmentine sin mejoría, desde hace tres días fiebre a tto. con Ciprofloxacino. No atragantamientos objetivables. Acompañado de alucinaciones visuales (...) y desorientación subiendo su médico el Sinogan. Estreñimiento de 5 días". Con fecha 9 de julio de 2021 un informe del Servicio de Neurofisiología expresa lo siguiente: "EEG que muestra una actividad cerebral lentificada de forma difusa en un grado leve y sobrecargadas de ritmos rápidos de tipo farmacológico./ A lo largo del trazado no se han observado anomalías focales ni actividades epileptiformes".

Refieren que el día 11 de julio de 2021 se produce el fallecimiento y en el informe de Medicina Interna se anota que "se trata de un paciente con (enfermedad de). Parkinson que ingresa por neumonía bilateral, descartado COVID-19, con alteración del nivel de consciencia en probable relación a (síndrome) confusional + medicación psicótropa + neumonía. Evoluciona con disminución del nivel de consciencia, siendo valorado por Neurología con TC sin

hallazgos. Tras ajuste de tto. evoluciona desfavorablemente, con aumento de secreciones y sospecha de crisis epilépticas, no siendo subsidiario de medidas agresivas, siendo exitus”.

Afirman los reclamantes que “existen (...) varias actuaciones inadecuadas en los servicios prestados” al paciente, “ello sin perjuicio de las conclusiones que podamos alcanzar tras el examen de la historia clínica completa y del informe pericial que se solicitará a tal efecto”. Señalan en primer lugar “la pasividad y retraso de los servicios médicos del centro de salud en remitirlo al Servicio de Urgencias./ La segunda cuestión es que una vez se encuentra en el hospital no se intentaron tratamientos para recuperar al paciente, observándose pasividad en la atención recibida lo que contribuyó a acelerar el fatal desenlace”. Asimismo apuntan que “el paciente no tuvo intérprete ni se permitió a los familiares un acompañamiento continuado, dado que la situación que presentaba era de total dependencia por su sordomudez”.

Según señalan “el día 23 de junio de 2022 se presentó reclamación administrativa. Mediante Resolución de fecha 29-08-2022 se tuvo a los reclamantes por desistidos (...). La resolución de 29 de agosto de 2022 ha sido recurrida y actualmente existe un procedimiento pendiente ante el Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias”.

Solicitan que “se acuerde declarar la responsabilidad en la cantidad” de ciento cincuenta mil euros (150.000 €), incluidos los morales, a “abonar conjunta y solidariamente a los reclamantes”.

Proponen como prueba la historia clínica del paciente en el Hospital y en el centro de salud, y adjuntan a su escrito copias de los siguientes documentos: a) Historia clínica de Atención Primaria. b) Diversos informes de atención especializada del Hospital

c) Documento nacional de identidad de los reclamantes. d) Libro de Familia. d) Certificado de defunción del paciente. e) Resolución de la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, de 30 de agosto de 2022, por la que se tiene a los interesados por desistidos de su

solicitud al no haber atendido el requerimiento de acreditar, en el plazo de diez días, el parentesco con el paciente.

2. Mediante oficio de 20 de junio de 2023, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la firmante en primer lugar del escrito de solicitud la fecha de recepción de su reclamación, la designación de instructor del procedimiento, las normas con arreglo a las cuales se tramitará, y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el día 9 de agosto de 2023 la Gerente del Área Sanitaria V le remite una copia de la historia clínica del paciente de Atención Primaria y de Atención Especializada, y los informes suscritos, respectivamente, por la Directora de Área de Gestión Clínica de Medicina Interna, con fecha 7 de julio de 2023, y por el facultativo de Atención Primaria responsable de la atención al paciente, fechado el 3 de agosto de 2023.

En el informe de Medicina Interna su autora expresa que el paciente, "que como antecedentes personales más relevantes presenta una sordera tras meningitis y una enfermedad de Parkinson de más de 10 años de evolución (...) acude al Servicio de Urgencias el 05-07-2021 presentando un cuadro de postración, fiebre y desorientación en relación a un proceso neumónico que precisa ingreso, se realizan las acciones diagnósticas y terapéuticas convencionales indicadas en las guías de práctica clínica: radiografía de tórax, analítica de sangre con marcadores de inflamación/infección y de orina, estudios microbiológicos para filiar el germen responsable del proceso infeccioso (hemocultivos, antígeno de legionela y neumococo en orina, cultivo de esputo, exudado de virus SARS-CoV-2 en dos ocasiones), instaurándose tras estos estudios antibioterapia empírica intravenosa con la asociación de dos antibióticos para conseguir mayor cobertura, oxigenoterapia, fluidoterapia, mucolítico, broncodilatadores y esteroides además del tratamiento crónico del paciente. Durante el ingreso se realiza tratamiento analítico y radiológico del paciente para

valorar la respuesta clínica y la necesidad de un posible cambio de pauta del tratamiento./ Se realiza además tac craneal y valoración por distintos especialistas (neurología y otorrinolaringología) ante el mal manejo de secreciones respiratorias que presenta el paciente./ A pesar de todas estas medidas, la evolución clínica del paciente no es favorable, falleciendo finalmente”.

El informe concluye que “tras una revisión exhaustiva de la historia clínica, no se objetiva pasividad alguna ni en las actuaciones realizadas durante su atención hospitalaria y sí un desenlace desfavorable derivado de la gravedad del cuadro clínico y la situación basal y comorbilidades del paciente” y señala “ante la afirmación de la familia de que no se les permitió un acompañamiento continuo para facilitar la comunicación del paciente, (que) esta afirmación es falsa, según se recoge en nota del curso clínico de hospitalización del (08-07-2021) creada a las 09:04:19 y modificada a las 13:11:44 creada por la (doctora) responsable del paciente, donde se recoge que se le ofrece pase permanente a la hija para acompañamiento continuo del paciente que es rechazada”.

En el informe de Atención Primaria, el facultativo reproduce las anotaciones de la hoja de episodios correspondientes al proceso asistencial objeto de reclamación e indica que “durante el periodo de tiempo al que aluden este profesional estuvo ausente del trabajo por disponer de permiso vacacional reglamentario por lo que no prestó atención alguna al paciente referido. Así constará en esa Gerencia, pudiéndose comprobar al consultar la agenda de este (médico de Atención Primaria) que debería de haber permanecido cerrada, en las anotaciones que figuran en el ECAP donde se comprueba que no consta ninguna cumplimentada por su parte y sí numerosas anotaciones realizadas por varios profesionales. Es por lo que no se puede emitir informe clínico de un episodio del que no se participó”.

4. A continuación, obra incorporado al expediente un informe librado a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de

Asturias por dos especialistas, una en Medicina Interna, y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo, de fecha 28 de diciembre de 2023. En él señalan que el paciente es de "edad avanzada (79 años) con una situación basal de fragilidad, comprometida por patología crónica neurodegenerativa evolucionada, situación que condiciona el pronóstico al presentar una neumonía", encuadrándose en "los grupos de mayor riesgo de mortalidad". Tras significar que "ya había presentado previamente episodios de desorientación y alucinaciones en el contexto de un proceso agudo", responden a las imputaciones de los reclamantes.

En cuanto al reproche de "pasividad y retraso" de los servicios de Atención Primaria en remitirlo al Servicio de Urgencias niegan que sea cierto, pues "no todos los pacientes precisan de asistencia en un Servicio de Urgencias; además, los pacientes con cuadro confusional pueden empeorar al sacarlos de su entorno habitual. En esa primera valoración, el único síntoma que se refiere son las alucinaciones./ Una de las principales causas de síndrome confusional en pacientes frágiles son los procesos infecciosos, y habida cuenta de que el paciente ya había presentado un cuadro similar previo secundario a infección de orina, se decide iniciar, con buen criterio, tratamiento antibiótico empírico con ciprofloxacino./ En el (centro de salud), el 30-06-2021 se realiza valoración y se solicita una analítica que se realiza el mismo día, de forma urgente; estos análisis son normales, descartan la presencia de signos de infección grave o complicaciones metabólicas./ Es decir, no existe pasividad alguna: se hace valoración de los síntomas, se solicita analítica para completar el estudio (el síndrome confusional podría deberse a alteraciones en el sodio, o a un fallo renal, o podría haber signos de infección grave con leucocitosis o elevación de reactantes de fase aguda, como PCR o VSG), y se prescribe tratamiento. No existe en este momento indicación de valoración en Urgencia hospitalaria./ Los días siguientes se realiza seguimiento desde el (centro de salud), y a las 48 horas se ajusta el tratamiento antibiótico a amoxicilina-clavulánico. En ningún momento se refiere clínica respiratoria, solo el cuadro de alucinaciones./

Posteriormente, ante la no mejoría, con fracaso del tratamiento ambulatorio, se decide remitir a Urgencias para valoración”.

Respecto a la imputación de que “en el hospital no se intentaron tratamientos para recuperar al paciente, observándose pasividad en la atención recibida lo que contribuyó a acelerar el fatal desenlace” expresan que es “absolutamente falso”, pues “desde el momento del ingreso hospitalario se inicia tratamiento antibiótico y sintomático”, e incluso “presenta mejoría clínica, que se mantiene hasta el 09-07-2021”; sin embargo, ese mismo día “por la mañana la situación ha cambiado: se encuentra con disminución del nivel de conciencia, nuevo síntoma no presente previamente, por lo que se avisa al médico; se realiza valoración clínica completa, y se solicita valoración urgente por especialista en Neurología y (Otorrinolaringología); ambas valoraciones, y el tac urgente craneal pedido por Neurología están hechos antes de las 11:00 h de la mañana, es decir, con diligencia y sin demora, en menos de 3 horas. Y se ajusta el tratamiento a la nueva situación actual”, por lo que concluyen que “no hay pasividad ninguna por parte de médicos ni enfermería, ni en el momento de identificar los problemas, ni para la realización de pruebas complementarias (entre las que se incluyen valoraciones por otros especialistas) ni para el ajuste de tratamientos”.

En cuanto a la afirmación de que el paciente “no tuvo intérprete ni se permitió a los familiares un acompañamiento continuado” precisan que “no es exacto” pues, como se desprende de las anotaciones obrantes en la historia clínica que transcriben, “por un lado se realizan esfuerzos para recabar la información clínica necesaria”, mediante conversación con la hija, y “para comunicarse con el paciente, con signos y comunicación escrita”. Asimismo señalan que “mientras permanece en aislamiento, se facilita el contacto del paciente con la familia, antes de levantarse el aislamiento preventivo por sospecha de posible COVID-19”, a través de videollamada, “y, por otro lado, se ofrece a la familia pase permanente, como queda reflejado en la historia, que rechazan”.

Concluyen que “el pronóstico y la evolución clínica no es condicionado por la actuación del personal asistencial, sino por la patología (neumonía bilateral) y las características clínicas del paciente”, por lo que descartan la existencia de nexo causal entre la atención sanitaria y el fallecimiento.

5. Mediante oficio notificado a los interesados el 1 de marzo de 2024, el Instructor del procedimiento les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 21 de marzo de 2024, presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se ratifican en su pretensión, insistiendo en que “ha existido una falta de actuación adecuada a la situación que presentaba el paciente, y que no se adoptaron medidas tendentes a revertir la situación que presentaba”, a lo que añaden: “1º Que se produjo una indebida administración del medicamento ‘Sinogan’ y del ‘Orfidal’, ese cambio de medicación fue perjudicial./ 2º Que durante su estancia en el centro hospitalario no se le administró la medicación pautada para el trastorno de ‘Parkinson’./ 3º Que durante su estancia hospitalaria sufrió una caída que le provocó un sangrado en la boca./ 4º Que si la situación de (el paciente) era tan complicada y con tan mal pronóstico, se nos debió haber informado debidamente para asumir la situación o incluso haber procedido a una sedación para evitar el sufrimiento”.

7. Con fecha 4 de abril de 2024, el Instructor del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio al considerar que “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. No existió mala praxis. El paciente falleció por la gravedad de la enfermedad que presentaba (neumonía bilateral) en el contexto de las comorbilidades que el paciente presentaba (múltiples patologías). Se facilitó contacto con la familia” como “consta en nota del curso clínico de hospitalización”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 22 de abril de 2024, V. E.

solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

Atendiendo a la solicitud formulada por este Consejo, con fecha 3 de julio de 2024 la Consejería instructora remite una copia de la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, de 30 de noviembre de 2023, por la que se desestima el recurso contencioso administrativo interpuesto por la representación de una de las reclamantes contra la Resolución de la Consejería de Salud, de 6 de octubre de 2022, desestimatoria del recurso de reposición planteado contra la Resolución de 29 de agosto de 2022, por la que se declara a los reclamantes desistidos de su reclamación inicial.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de

responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

CUARTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y,

en su apartado 2, que “el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) que la acción se ejercite en plazo; b) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; c) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y d) que no sea producto de fuerza mayor.

QUINTA.- En el examen de los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración hemos de identificar, en primer lugar, los supuestos daños alegados.

Los daños cuyo resarcimiento solicitan los interesados son los morales derivados del óbito de su familiar. La documentación obrante en el expediente acredita la defunción del padre y esposo de los reclamantes, por lo que hemos

de presumir, dado el cercano parentesco, que tal fallecimiento les ha generado un daño moral con independencia de cuál haya de ser su valoración económica, cuestión esta que solo abordaremos de concurrir el resto de requisitos generadores de la responsabilidad que se demanda.

Antes de abordar si tales daños están causalmente conectados con el funcionamiento del servicio, procede examinar si la reclamación aquí examinada ha sido ejercitada dentro del plazo fijado legalmente. Al respecto, el artículo 67.1 de la LPAC dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas".

La reclamación que analizamos se presenta con fecha 25 de mayo de 2023 en tanto que el fallecimiento del paciente se produjo el día 11 de julio de 2021, por lo que es claro que la acción ha sido ejercitada cuando ya había transcurrido el plazo de un año legalmente determinado. Interesa precisar al respecto que no procede tomar en consideración, a propósito del cómputo de dicho plazo, la presentación de una reclamación anterior con el mismo objeto, pues de dicha solicitud desistieron los perjudicados posteriormente, lo que se fue declarado por Resolución de la Consejería de Salud de 29 de agosto de 2022, recurrida en vía administrativa y judicial por una de las perjudicadas, confirmando la Sentencia dictada por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, de 30 de noviembre de 2023, la decisión administrativa. De la anterior secuencia se deduce que cuando se declaró el desistimiento (en agosto de 2022, por no cumplimentar un requerimiento de subsanación), el plazo para la reclamación ya estaba agotado, lo que explica que se impugnara aquella decisión en lugar de presentar una nueva solicitud, sin que pueda ahora burlarse el sentido desestimatorio de la sentencia instando un nuevo procedimiento o anudando al desistido un efecto interruptivo del que carece.

En todo caso, y aunque la acción hubiera sido tempestivamente ejercitada, la reclamación habría de rechazarse igualmente por razones de fondo.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra un paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso

diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 146/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre la asistencia dispensada u omitida y el resultado dañoso.

Asimismo, venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 109/2022) que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación ignorado al momento de la atención y conocido a la fecha del posterior diagnóstico. Ha de atenderse por tanto a la doctrina sobre la prohibición de regreso a la que ha aludido la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo en numerosas sentencias; por todas, cabe citar la de 11 de julio de 2017 -ECLI:ES:TS:2017:2946-, en la que se expresa que la misma "impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, solo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas

y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban”.

Igualmente hemos señalado en numerosas ocasiones (por todos, los Dictámenes Núm. 213/2019 y 66/2021) que la *lex artis* médica no impone el empleo de más técnicas diagnósticas que las indicadas en función de los síntomas y signos clínicos apreciados en cada paciente, ni mucho menos ampara la realización prospectiva o indiscriminada de pruebas a falta de cualquier sospecha clínica.

En el caso que analizamos, los reclamantes no han aportado prueba alguna al objeto de sostener la pretensión que sostienen. A falta de tal prueba, el juicio de este Consejo debe formarse a la vista del conjunto documental constituido por los informes médicos librados a instancias del servicio público y el resto de documentos obrantes en el expediente, incluida la historia clínica.

Afirman los reclamantes que se tardó en remitir al paciente al hospital y que, una vez ingresado allí, se le desatendió, pues “no se intentaron tratamientos para recuperar al paciente” lo que “contribuyó al fatal desenlace”. A estos reproches añaden otros, respecto de los que no concretan su cuota de contribución al fallecimiento por el que reclaman, y son los siguientes: que no se facilitó al paciente -que era sordomudo- la comunicación mediante intérprete o acompañamiento continuado, que se produjo un “cambio de medicación” que “fue perjudicial”, que durante el ingreso hospitalario no se le administró la medicación para la enfermedad de Parkinson que padecía, y que durante su estancia en el hospital “sufrió una caída que le provocó un sangrado en la boca”. Reprochan asimismo al servicio sanitario un daño que no está relacionado con el óbito, como es la falta de la debida información a los familiares “para asumir la situación o incluso haber procedido a una sedación para evitar el sufrimiento”.

Frente a las imputaciones de los reclamantes, carentes de cualquier clase de prueba que las sustente, todos los informes obrantes en el expediente coinciden en señalar que la asistencia que se prestó al paciente fue correcta.

Por otro lado, hemos de significar que, como evidencia la historia clínica, se hizo todo lo posible para recabar los antecedentes del paciente y para superar las dificultades de comunicación derivadas de su sordera -por escrito o a través de la familia-, según resulta de las anotaciones obrantes en las páginas 325, 326, 327 y 328 de la historia correspondiente al ingreso hospitalario.

No existe constancia, por otra parte, de que el sangrado bucal fuera ocasionado por una caída durante el ingreso; al contrario, las anotaciones en la misma historia clínica (páginas 331 y 332) correspondientes al día 9 de julio de vienen a desmentir tal imputación, pues a la 01:49 se apunta "pasa la noche con contención abdominal" y a las 08:06 que se aprecia "boca con restos de sangre", razón por la que el sangrado se atribuye no a una caída (materialmente imposible dada la contención aplicada) sino a una posible crisis comicial, pautándose inmediatamente y con la mayor diligencia pruebas destinadas a descartarla.

Finalmente cabe considerar probado que se mantuvo en todo momento informada a la familia de la evolución del paciente, tanto mientras la situación fue estable como cuando se produjo el grave empeoramiento de su familiar el día 9 de julio (anotaciones en las páginas 326, 329 y 332 de la historia clínica antes citada).

En cuanto a los reproches de pasividad y retraso de los servicios de Atención Primaria, el informe médico librado a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado -cuyas afirmaciones no han sido rebatidas por los reclamantes en el trámite de audiencia- niega que sean ciertos. Destacan los informantes que el mismo día en que el paciente presenta la clínica de confusión con alucinaciones se realiza una analítica que descarta signos de infección o alteraciones metabólicas, si bien se inicia tratamiento antibiótico empírico atendiendo a la experiencia, pues el paciente ya había presentado un cuadro similar previo secundario a infección de orina. Niegan que existiera en ese momento indicación de valoración en Urgencia hospitalaria y significan que los pacientes con cuadro confusional pueden empeorar al trasladarlos a un entorno distinto del habitual. El manejo del paciente en los días

posteriores es igualmente correcto a juicio de los mismos facultativos, quienes destacan que en ningún momento refiere clínica respiratoria que pudiera orientar el diagnóstico hacia la neumonía que el paciente presentaba, solo el cuadro de alucinaciones, señalando que, ante la no mejoría y el fracaso del tratamiento ambulatorio, se decide remitir a Urgencias para valoración.

Todos los informes médicos obrantes en el expediente rechazan que existiera pasividad en el manejo hospitalario del paciente. La neumonía bacteriana que el paciente presenta se diagnostica, como evidencia la anotación en la página 326 de la historia clínica hospitalaria, a las pocas horas del ingreso, una vez que se obtienen los resultados de los hemocultivos realizados. Cabe destacar que el día del ingreso la situación del paciente es distinta pues presenta "disnea" (página 325 de la misma historia), lo que permite orientar el diagnóstico hacia la patología que realmente presentaba. Se inicia entonces tratamiento antibiótico y sintomático y el paciente mejora como evidencian las anotaciones de la historia clínica; sin embargo, a partir del día 9 de julio se produce un empeoramiento de su situación que se aborda de forma activa, solicitando pruebas, realizando interconsultas para tratar de revertir la situación del paciente y ajustando el tratamiento, aunque pese a los esfuerzos, tal objetivo no se consigue y el paciente fallece.

En definitiva, considerando que los reproches de los interesados carecen de sustento científico que lo avale, y teniendo en cuenta lo recogido en los informes médicos recabados por la Administración en el curso del procedimiento, podemos afirmar que se pusieron a disposición del paciente todos los medios disponibles y adecuados a la clínica que presentaba, por lo que no cabe apreciar la mala praxis denunciada. En suma, la acción aquí ejercitada se ejerce extemporáneamente y, en todo caso, el daño que se insta no puede imputarse a una asistencia sanitaria inadecuada, por lo que la reclamación debe ser desestimada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,