

Expediente Núm. 297/2006
Dictamen Núm. 5/2007

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
Fernández García, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 1 de febrero de 2007, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 10 de noviembre de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don, como consecuencia de la defectuosa asistencia médica recibida en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 19 de enero de 2006, don presenta, en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, una reclamación de responsabilidad patrimonial en relación con la deficiente asistencia sanitaria recibida en el Hospital, y en la que solicita una indemnización de cuarenta y ocho mil trescientos diecinueve euros con treinta y seis céntimos (48.319,36 €).

Inicia su escrito relatando que el día 15 de octubre 2004 “acudió al médico de cabecera al haber padecido en varias ocasiones cálculos vesiculares, apreciándose en los análisis de sangre la existencia de infección, teniendo la piel de color amarillento, aconsejándome el médico que fuera al Hospital”. De este modo llegué al Servicio de Cirugía General del citado hospital y “a la vista de la (...) exploración y analítica realizada (...), en fecha 19 de octubre de 2004 ingresé (...) con diagnóstico de coledocolitiasis y colelitiasis”. Además, “tras la realización de diversas pruebas médicas, en fecha 25 de octubre de 2004, la Dra. (...) indica como impresión diagnóstica lo siguiente: `conductos biliares intrahepáticos izqs. mínimamente prominentes, con unas vías biliares extrahepáticas de calibre normal que no provocarían dilatación proximal a nivel del tercio distal del colédoco./ No se observan imágenes sospechosas de colecistitis´”. Así, “tras dicha impresión diagnóstica, confirmada por la realización de una colangio-resonancia y un TAC abdominal urgente, se decidió el tratamiento quirúrgico, realizándose el mismo en fecha 29 de octubre de 2004, interviniendo al paciente de colecistectomía, coledocotomía y colocación de tubo de Kehr y drenaje de colecciones peripancreáticas, al haberse confirmado mediante el TAC abdominal urgente una pancreatitis aguda grave secundaria”.

Sin embargo, “pasada una semana desde la intervención quirúrgica, la evolución posoperatoria del paciente fue negativa, presentando picos febriles, sin que por el hospital se diese ninguna explicación satisfactoria al porqué de dicho empeoramiento o, más bien, el por qué el paciente presentaba una pancreatitis aguda, el páncreas y un pulmón encharcados y una fiebre continua. Sin obtener respuestas a tales interrogantes, con el paciente en la UCI, ante una situación de urgencia vital, la familia de don decidió proceder, incluso con el visto bueno de los servicios médicos del Hospital, a su traslado en ambulancia a la Clínica”.

Continúa indicando que trasladado a la Clínica, “el paciente fue objeto de un tratamiento conservador, realizándose un TAC abdominal,

iniciando nutrición parenteral. Durante su estancia en la Clínica, el paciente presentó picos febriles que obligaron a la toma de múltiples cultivos y a drenaje de colección en flanco derecho mediante TAC./ Tras tolerancia oral y comprobación de catéter mediante colangiografía se decidió la retirada de Kehr, siendo dado de alta el día 2 de diciembre de 2004” y acudiendo “a las revisiones y consultas que le fueron pautadas por la Clínica”.

Termina los antecedentes señalando que “desde su ingreso en la Clínica, los gastos por asistencia médica abonados por el actor a dicha institución privada ascendieron a 22.898,33 € (veintidós mil ochocientos noventa y ocho euros con treinta y tres céntimos)”, si bien, éstos “son objeto de reclamación en otro expediente frente al SESPA, a través del procedimiento oportuno”.

Invoca después los fundamentos de derecho que entiende amparan su reclamación, señalando que existe responsabilidad patrimonial por “la existencia de una prestación irregular, por deficiente y tardía, del servicio sanitario, pues, pese a la sintomatología que presentaba don, no se agotó la realización de las pruebas técnicas exigibles por la ‘lex artis’. En efecto, la intervención quirúrgica que se le realiza resulta tardía y ello provoca complicaciones que, a buen seguro, de no haber sido objeto de traslado urgente en ambulancia a la Clínica, hubiera fallecido”. A su juicio “concurren todos los requisitos para la procedencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de carácter objetivo, pues se aprecia un daño o perjuicio evaluable económicamente e individualizado, que don, no tenía el deber de soportar y que deriva de forma directa e inmediata del funcionamiento del servicio público sanitario asturiano”. Continúa considerando que “el funcionamiento ha sido anómalo, negligente y contrario a las más elementales reglas que rigen la lex artis por cuanto que no se actuó a tiempo” y, finalmente, entiende “que debería haberse actuado primero sobre el paciente y no esperar a que su cuadro clínico fuera tan grave, con riesgo patente para su vida, que probablemente hubiera ocurrido de no recabarse una segunda opinión médica, yendo a la Clínica”.

Con relación a la indemnización solicitada, indica el reclamante que “atendiendo a su edad al tiempo de la negligencia médica, 41 años, ante la falta de parámetro objetivo, a salvo del indicativo del Anexo de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y teniendo en cuenta la posibilidad jurisprudencial de aplicar, analógicamente, el baremo previsto para las indemnizaciones derivadas de accidentes de circulación (...), la Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, de 9 de marzo de 2004, teniendo en cuenta el sufrimiento continuo que ha tenido que soportar el paciente y su familia, la suma indemnizatoria debe ir dirigida a paliar los daños psicológicos y la incidencia en su vida personal y profesional”. En consecuencia, “aplicando tales criterios al presente caso, estimamos correcta la fijación de la indemnización en la cantidad de 48.319,36 euros (cuarenta y ocho mil trescientos diecinueve euros con treinta y seis céntimos) (...), resultado de la aplicación del referido baremo a los 28 puntos que, por secuelas funcionales, y 5 puntos, por secuelas estéticas, corresponde a don, amén de la aplicación a dicha cantidad del 10% del factor de corrección por perjuicios económicos derivados de los ingresos de la víctima y de la suma que corresponde a cada uno de los 302 días improductivos” y reitera que procede la indemnización porque “en el presente supuesto concurren los requisitos para la procedencia de la responsabilidad patrimonial, al amparo del articulado y de las sentencias que declaran tal procedencia en casos en que se ha producido una mala praxis y un actuar contrario a la *lex artis*, cuando de ello se ha derivado un resultado lesivo para el paciente”.

Por todo ello, y después de instar el inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial contra el Servicio de Salud del Principado de Asturias (en adelante SESPA), interesa que “se reconozca la deficiente actuación sanitaria del Hospital (*sic*) y del SESPA, indemnizando a don en la cantidad de 48.319,36 € (...), más los intereses legales que correspondan desde la fecha de la presente reclamación”.

Por medio de "Otrosí", solicita el recibimiento del procedimiento a prueba, "incorporando a la presente reclamación diversos informes médicos vinculados a los padecimientos de don" e indica que "por estos hechos se sigue procedimiento administrativo, iniciado por reclamación previa de don, dirigido al reintegro de gastos médicos".

Junto con el escrito de reclamación presenta copia de los siguientes documentos:

- Parte de interconsulta en Urgencias del Hospital, de fecha 10 de agosto de 2005, donde se describen, como episodios activos: "19/10/04 Colelitiasis. 16/11/04 Pancreatitis aguda grave. 1/07/05 Flemón dental".

- Informes del Servicio de Radiología del Hospital, En el primero, fechado el 25 de octubre de 2004, se señala como impresión diagnóstica "conductos biliares intrahepáticos izqs. mínimamente prominentes, con unas vías biliares extrahepáticas de calibre normal; tengo dudas de la existencia de microcálculos que no provocarían dilatación proximal a nivel del tercio distal del colédoco./ No se observan imágenes sospechosas de colecistitis". El segundo, fechado el 29 de octubre de 2004, concluye "colecistitis y coledocolitiasis./ Pancreatitis aguda grave". El tercero, de fecha 5 de noviembre de 2004, recoge como impresión diagnóstica "empeoramiento de la pancreatitis aguda".

- Informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital, de fecha 27 de diciembre de 2004.

- Informe del Departamento de Cirugía General de la Clínica, de fecha 12 de enero de 2005, exponiendo en la anamnesis que "el paciente ingresó en un hospital de Asturias (...) con el diagnóstico de coledocolitiasis y colelitiasis. Se realizó un intento de ERCP terapéutica, sin éxito, y (...) fue intervenido el 29 de octubre de 2004, realizándose colecistectomía, coledocotomía y colocación de tubo de Kehr. Desarrolló una pancreatitis aguda grave en el posoperatorio y tras solicitar el alta voluntaria de dicho hospital, ingresó en nuestro centro el 6 de noviembre de 2004, donde fue tratado mediante la administración de antibióticos intravenosos, drenaje percutáneo de

colección pancreática y nutrición parenteral. Fue dado de alta en buenas condiciones el 2 de diciembre de 2004". El diagnóstico es "pancreatitis aguda grave./ Evolución clínica satisfactoria, si bien persiste la imagen radiológica de pancreatitis".

- Informe del Departamento de Cirugía General de la Clínica, de fecha 18 de marzo de 2005, donde, con ocasión de la revisión, se le indica que "la exploración radiológica realizada no evidencia cambios con respecto a la exploración previa".

- Informe del Departamento de Cirugía General de la Clínica, de fecha 17 de mayo de 2005, donde, con ocasión de la revisión, determina que "las exploraciones practicadas muestran mejoría evolutiva", si bien, en las observaciones, se señala que "dada la persistencia de cambios radiológicos de pancreatitis grave, se aconseja que permanezca de baja laboral hasta comprobar una mejoría clínica y radiológica".

- Factura de, fechada el 22 de noviembre de 2004, por importe de mil novecientos veintisiete euros (1.927 €), en concepto de traslado en ambulancia del reclamante desde el Hospital a la Clínica el día 6 de noviembre de 2004.

- Factura de la Clínica, fechada el 2 de diciembre de 2004, por importe de setecientos cincuenta y tres euros (753 €), en concepto de honorarios de asistencia clínica, cirugía, estudio simple TAC -TAC abdomen-, de estancia en la clínica y diversa medicación.

- Factura de la Clínica, fechada el 16 de diciembre de 2004, por importe de setecientos ocho euros con veintidós céntimos (708,22 €), en concepto de honorarios de revisión cirugía general, estudio doble TAC -TAC tórax y TAC abdomen- y diversa medicación.

- Factura de la Clínica, fechada el 24 de febrero de 2005, por importe de quinientos diecinueve euros con cuarenta y ocho céntimos (519,48 €), en concepto de honorarios de revisión cirugía general, estudio simple TAC -TAC abdomen- y diversa medicación.

- Factura de la Clínica, fechada el 29 de abril de 2005, por importe de quinientos veinte euros con diecisiete céntimos (520,17 €), en concepto de honorarios de revisión cirugía general, estudio simple TAC -TAC abdomen- y diversa medicación.

- Factura de la Clínica, fechada el 29 de julio de 2005, por importe de quinientos veinte euros con diecisiete céntimos (520,17 €), en concepto de honorarios de revisión cirugía general, estudio simple TAC -TAC abdomen- y diversa medicación.

- Informe de la Dra., médico especialista en Valoración Médica del Daño Corporal e Incapacidades Laborales, de fecha 12 de diciembre de 2005, exponiendo, en el relato de los hechos, entre otros, que “el día 28 de octubre (de 2004) se intenta CPRE, para canulación de vía biliar, por inestabilidad hemodinámica (...). Se realiza TAC que informa de colelitiasis, coledocolitiasis y pancreatitis aguda grave (...). El día 29-octubre se realiza colecistectomía + coledocotomía, colocándose tubo, se visualiza pancreatitis aguda con aumento de páncreas”. No obstante, “el día 5-noviembre-04, se realiza nuevo TAC de control que sugiere empeoramiento del cuadro, es decir de la pancreatitis”. Continúa el relato con la descripción de las intervenciones que tuvieron lugar en la Clínica donde no se contradice el diagnóstico de pancreatitis aguda, pudiendo destacarse que en la revisión de 17 de agosto de 2005 se considera que, ante la “leve disminución de las colecciones peripancreáticas”, está “en condiciones de reanudar su actividad laboral”.

Sigue el informe exponiendo la exploración clínica, las consideraciones médico-legales y realizando la valoración de secuelas según el baremo de la Ley 30/95, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, estableciendo para la “extirpación de vesícula biliar (5-10 puntos): 10 puntos./ Fístulas biliares (15-30 puntos): 20 puntos./ La valoración total, una vez combinados los valores, según la fórmula de Baltazar, asciende a 28 puntos./ Perjuicio estético ligero (1-6 puntos): 5 puntos”.

Termina el informe con las conclusiones y el juicio clínico señalando que

“las secuelas se concretan en un cuadro de postpancreatitis aguda grave, con importantes colecciones peripancreáticas y retroperitoneales, que se pueden considerar como cronificadas, ya que (...) desde el momento de la realización del 1^{er} TAC en noviembre-04, existían y disminuyeron en posteriores controles, permaneciendo estabilizadas desde abril-05. Las secuelas se concretan en una colecistectomía, que se valora en su grado máximo, es decir 10 puntos, teniendo en cuenta la existencia de la colelitiasis y coledocolitiasis, respecto a la pancreatitis aguda grave sufrida y las colecciones purulentas que afectan tanto a la zona peripancreática como retroperitoneal, ya estabilizadas y cronificadas, entiendo deben ser valoradas, más como fístulas biliares que como alteraciones postraumáticas de páncreas, motivo por el que se valoran en dicho epígrafe (15-30 puntos), y que dentro de esta horquilla, se valoran en 20 puntos, es decir en grado leve-moderado. Respecto al perjuicio estético, se valora en 5 puntos, al tratarse de dos cicatrices visibles y de un varón relativamente joven”. Además, “como días de baja se constatan 302 días, todos ellos improductivos, entendiéndose como tales los transcurridos desde el momento del ingreso, 19-octubre-04 (H. Cabueñes), hasta la fecha del alta para reanudación de sus actividades habituales, 17-agosto-05 (H. de)”.

2. Mediante escrito de 25 de enero de 2006, notificado el día 30 del mismo mes, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica al interesado la recepción de su reclamación y las normas de procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio.

3. Mediante escrito de fecha 1 de febrero de 2006, la Gerencia del Hospital remite al Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias: copia de los escritos de solicitud de información a los Jefes de los Servicios de Medicina Intensiva, Cirugía General y Radiodiagnóstico; 3 ejemplares del parte de reclamación; copia del escrito enviado a la compañía de seguros y copia de la historia clínica obrante en este hospital.

Entre otros documentos, figura el parte de terminación de asistencia en institución cerrada, de fecha 6 de noviembre de 2004, "tras solicitar, de acuerdo con su familia, el alta voluntaria para ingresar en otro centro".

4. Mediante escrito de fecha 16 de marzo de 2006, la Gerencia del Hospital remite al instructor copia de los informes emitidos por los Jefes de los Servicios de Cuidados Intensivos, Radiodiagnóstico y Cirugía General.

El informe del Servicio de Cuidados Intensivos, de fecha 6 de febrero de 2006, indica que, según los datos que figuran en la historia clínica y archivos del Servicio, el "paciente ingresó (...) el 29.10.04 procedente de quirófano, tras ser intervenido de colecistectomía, coledocotomía y colocación de drenaje Kehr en vía biliar, con el diagnóstico de pancreatitis aguda grave, causando alta a petición propia el 6.11.04, siendo trasladado en ambulancia medicalizada al Hospital". Asimismo, "durante su estancia se procedió a (la) vigilancia intensiva de sus parámetros vitales, no habiendo requerido soportes respiratorios, hemodinámicos ni renales. El tratamiento se limitó a instaurar reposo gástrico, nutrición parenteral, corrección de la hipoalbuminemia, así como tratamiento antibiótico con Imipenem", presentando "picos febriles diarios y leucocitosis, que requirieron tratamiento antipirético convencional. Los (...) cultivos realizados en diferentes muestras fueron repetidamente negativos".

El informe del Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico, de fecha 6 de febrero de 2006, señala que el 8 de mayo de 2003 y el 18 de octubre de 2004 se realizan radiografías de tórax solicitadas por el Servicio de Anestesia e informadas como normal, mientras que "el 19-10-2004 se realizó una ecografía hepatobiliar solicitada por el Servicio de Urgencias (...), donde (se) informa de la existencia de una vesícula biliar distendida con cálculos en su interior y sin signos de colecistitis aguda. Mínima dilatación de la vía biliar intrahepática y del colédoco (0,5 mm) a nivel del hilio hepático. El colédoco distal no puede ser estudiado por interposición de gas. Páncreas sin alteraciones". Además, el 22 de octubre de 2004 "se realizó colangio resonancia magnética solicitada por el

Servicio de Cirugía General (...), con el informe de conductos biliares intrahepáticos izqdos. mínimamente prominentes y vías biliares extrahepáticas de calibre normal. Existen dudas de microcálculos en el tercio distal del colédoco que no producirían dilatación proximal. No se observan imágenes sospechosas de colecistitis". Continúa con referencia al 29 de octubre de 2004, en el que "se realizó TAC abdominal urgente solicitado por el Servicio de Cirugía General (...) con la siguiente conclusión: colelitiasis y coledocolitiasis así como pancreatitis aguda grave". Finalmente, el 5 de noviembre de 2004 "se repitió el estudio de TAC abdominal (...), con la impresión diagnóstica de empeoramiento de la pancreatitis aguda".

El informe del Servicio de Cirugía, de fecha 15 de marzo de 2006, indica, en el motivo de ingreso, "ictericia a estudio en paciente diagnosticado de colelitiasis, se le ingresa para completar estudios (...) y tratamiento oportuno". Continúa mencionando que "los días posteriores al ingreso el paciente evoluciona de forma favorable, presentando disminución de la ictericia, con descenso de la bilirrubina (...). Se realiza colangioRNM el 25-10-04, en la que se objetivan: conductos biliares intrahepáticos izquierdos mínimamente prominentes, con unas vías biliares extrahepáticas de calibre normal. Existen dudas de (...) microcálculos que no provocarían dilatación proximal a nivel del tercio distal del colédoco. No se observan imágenes sospechosas de colecistitis./ Pese a los hallazgos de la colangioRNM el paciente presenta nuevamente un aumento de la ictericia (...) y comienza con dolor abdominal en hipocondrio derecho, sin fiebre, por lo que se solicita CPRE a través de Dirección Médica al Hospital San Agustín de Avilés./ El 28-10-04 se traslada a dicho centro para realizar la prueba mencionada, pero no se consigue por imposibilidad de canulación de la vía biliar (también presenta cierta inestabilidad hemodinámica que obliga a suspender los intentos)./ Llega a nuestro centro, hemodinámicamente estable, con discreto dolor en hipocondrio derecho, sin defensas".

Respecto a lo acontecido el 29 de octubre de 2004 destaca que "el

paciente es valorado por el equipo de guardia, porque pasa mala noche, con dolor abdominal difuso, presentando a la exploración abdomen blando, sin peritonismo, con dolor a la palpación profunda fundamentalmente en hipocondrio derecho y epigastrio. Se solicita TAC abdominal urgente (29-10-2004) en el que se objetiva derrame pleural bilateral. Desflecamiento de los contornos del páncreas, con colección líquida peripancreática, sobre todo en cuerpo y cola, hallazgos compatibles con pancreatitis aguda grave. Existe líquido libre intraperitoneal, contorneando el hígado, bazo y flancos. Mínima dilatación de la vía biliar intrahepática y del colédoco, donde se aprecia material litiásico en su porción distal. Colelitiasis./ Ante los hallazgos clínicos y radiológicos y dada la no resolución del cuadro obstructivo por CPRE se decide intervención quirúrgica urgente, que el paciente y su familia aceptan”.

A continuación se describe la intervención: “Colelitiasis. Dilatación discreta del colédoco. Pancreatitis aguda con páncreas aumentado de tamaño, edematoso y con abundante líquido libre intrabdominal (...). Se realiza colecistectomía. Coledocotomía y extracción de barro biliar tras introducción de fogarty. Colocación de tubo en T de Kehr. Lavado de cavidad y colocación de drenajes./ Tras salir de quirófano el paciente es trasladado al Servicio de Cuidados Intensivos”. En el diagnóstico se señala “Ictericia obstructiva. Colelitiasis. Coledocolitiasis. Pancreatitis aguda” y en el tratamiento “intento de CPRE fallido. Colecistectomía, coledocotomía, extracción de cálculos y colocación de tubo en T de Kehr”.

5. Con fecha 27 de marzo de 2006 el instructor designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él describe los hechos, coincidiendo en gran medida con lo recogido en los informes ya mencionados, y explica la enfermedad de pancreatitis aguda. En el apartado de “valoración” indica que todos los informes, incluido el “del perito médico” que aporta el reclamante, “coinciden con el diagnóstico efectuado en el Hospital de Cabueñes, no existiendo indicio de error, mala asistencia o retraso diagnóstico

o terapéutico alguno. El paciente ha sufrido una colelitiasis y coledocolitiasis y una pancreatitis aguda secundaria a colelitiasis. Las secuelas que presenta, de acuerdo con su (...) perito, son (...) las propias de un cuadro de postpancreatitis aguda grave, con importantes colecciones peripancreáticas y retroperitoneales, que se pueden considerar como cronificadas así como las cicatrices estéticas consecuentes a las incisiones quirúrgicas practicadas”.

Tras lo anterior, insiste en que el reconocimiento de responsabilidad por la Administración sanitaria tiene presente la *lex artis* de modo que si la actuación es conforme a los criterios de ésta “el paciente tiene la obligación de soportar el daño, mientras que en caso contrario, cuando el médico y la institución actúan incorrectamente, contrariando la *lex artis*, la obligación de reparar caerá sobre la Administración”.

Concluye su informe el instructor proponiendo que la reclamación sea “desestimada, ya que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*”.

6. Con fecha 29 de marzo de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite copia del expediente a la correeduría de seguros y copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del SESPA.

7. Con fecha 19 de mayo de 2006 se emite dictamen médico por una asesoría privada. En cuanto a los hechos, ningún dato nuevo se aporta y, a continuación, se exponen una serie de consideraciones médicas sobre la pancreatitis aguda del paciente destacando que “el tratamiento realizado es correcto, procediéndose a la extirpación de la vesícula, exploración de la vía biliar con extracción del barro que había en su interior y colocando un tubo en T, más limpieza de las colecciones peripancreáticas” y que “no es cierto que la pancreatitis aguda se desarrollara en el posoperatorio. Sino que antes de la cirugía se realiza un TAC, 29-10-04, y en el mismo hay indicios de pancreatitis

aguda con colecciones peripancreáticas./ Este diagnóstico preoperatorio se comprueba en los hallazgos de la cirugía, procediéndose a la limpieza de las colecciones./ En el posoperatorio inmediato es trasladado a la UCI en donde desarrolla sepsis de origen pancreático, instaurándose un tratamiento correcto". Continúa señalando que "todas las muestras cultivadas dieron negativas. La fiebre es explicable por los fenómenos de necrosis peripancreática que se desarrollan en las pancreatitis agudas./ La evolución es correcta aunque tórpida tal como ocurre en este tipo de enfermedades, siendo los controles radiológicos los adecuados".

Asimismo, se subraya que "al 8º día la familia y el paciente solicitan el traslado a la (Clínica), en donde se sigue el mismo tratamiento que en el (Hospital). Se incluye un drenaje percutáneo de una colección intraabdominal, técnica que igualmente se podría haber realizado en el (Hospital)".

A continuación, se afirma que el diagnóstico de colelitiasis era correcto, resaltando que "el tratamiento de la pancreatitis aguda no complicada" consiste en "reposición hidroelectrolítica y evitar estimulación de la secreción del páncreas". En algunos casos "puede desarrollarse disfunción multiorgánica, precisando tratamiento intensivo en UCI (...). La mortalidad global oscila entre el 10 y el 35%".

De este modo se considera que "este paciente se maneja, por tanto, de forma adecuada; tratamiento conservador, soporte en UCI sin que llegara a presentar signos de fracaso multiorgánico (sin que exista demora en el ingreso en esta Unidad)./ El tratamiento de soporte y manejo del cuadro séptico ha sido adecuado, con evolución favorable".

Concluye el dictamen señalando que "del estudio de la documentación remitida podemos concluir que todos los profesionales que atendieron al paciente en el (Hospital), lo hicieron de acuerdo a la `lex artis´ sin que se evidencien signos de mala praxis en ninguna de sus actuaciones".

8. Con fecha 14 de septiembre de 2006 se notifica al reclamante la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, por plazo de quince días.

9. El día 28 de septiembre de 2006 un representante del interesado se persona en las dependencias de la Administración y obtiene una copia de todo el expediente que, en ese momento, se compone de trescientos cuarenta y un (341) folios, según diligencia incorporada al mismo.

10. Con fecha 3 de octubre de 2006, el reclamante presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias escrito de alegaciones en el que se reproducen los argumentos ya expresados en su reclamación y manifiesta que “de la documental obrante en el procedimiento (...), queda acreditada la existencia de una prestación irregular, por deficiente y tardía, del servicio sanitario, pues, pese a la sintomatología que presentaba don, no se agotó la realización de las pruebas técnicas exigibles por la `lex artis`. En efecto, la intervención quirúrgica que se le realiza resulta tardía y ello provoca complicaciones que, a buen seguro, de no haber sido objeto de traslado urgente en ambulancia a la Clínica, hubiera fallecido”. Además, se insiste en que “el funcionamiento ha sido anómalo, negligente y contrario a las más elementales reglas que rigen la `lex artis`” y se vuelve a cuantificar la indemnización en cuarenta y ocho mil trescientos diecinueve euros con treinta y seis céntimos (48.319,36 €).

11. Mediante escrito de 9 de octubre de 2006 se remite copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora y a la correduría de seguros.

12. Con fecha 26 de octubre de 2006, el instructor formula propuesta de resolución en el sentido de “desestimar la reclamación” interpuesta por el interesado, razonando que “la asistencia prestada al paciente fue correcta y

cabe destacar que el tratamiento fue el adecuado, se pusieron todos los medios disponibles a disposición del paciente aunque a pesar de ello desarrolló un cuadro de sepsis de origen pancreático que fue tratado de manera correcta. El traslado a otro centro se hizo por voluntad del paciente y su familia, tras pedir el alta voluntaria y el tratamiento seguido en el hospital al que se trasladó fue el mismo que se le estaba realizando en el sistema público. Tanto los informes de este centro como el del perito médico, que aporta el reclamante, coinciden con el diagnóstico efectuado en el Hospital, no señalando indicio de error, mala asistencia o retraso diagnóstico o terapéutico alguno. El paciente ha sufrido una colelitiasis y coledocolitiasis y una pancreatitis aguda secundaria a colelitiasis. Las secuelas que presenta, de acuerdo con su (...) perito, son (...) las propias de un cuadro de postpancreatitis aguda grave, con importantes colecciones peripancreáticas y retroperitoneales, que se pueden considerar como cronificadas así como las cicatrices estéticas consecuentes a las incisiones quirúrgicas practicadas”.

Asimismo, subraya que “en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración, derivada de asistencia médica, se considera que las conductas conforme a `lex artis`, o rompen el nexo causal porque no hay relación entre actuación médica y el daño, o bien éste no es antijurídico y por tanto no ha lugar a la existencia de una responsabilidad”, por lo que “esta doctrina exige acudir a la citada lex artis como parámetro, de modo que tan sólo en caso de infracción de ésta cabría imputar a la Administración la responsabilidad por los perjuicios causados” y, en consecuencia, propone desestimar la presente reclamación.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 10 de noviembre de 2006, registrado de entrada el día 17 de noviembre de 2006, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del

expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está el interesado activamente legitimado 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 en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse 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”.

En el caso ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 19 de enero de 2006, constando en el expediente que el alta médica se produjo el día 2 de diciembre de 2004, si bien para la determinación de las secuelas debe atenderse a un momento posterior, puesto que en el informe médico de la Clínica, de fecha 29 de abril de 2005, se reconoce, en el apartado de observaciones, que “dada la persistencia de cambios radiológicos de pancreatitis grave, se aconseja que permanezca de baja laboral hasta comprobar una mejoría clínica y radiológica”, por lo que, teniendo presente esta última fecha, es claro que fue aquella presentada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

Sin embargo, no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar al interesado, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de

la LRJPAC, la fecha en que su solicitud ha sido recibida por el órgano competente, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que, si bien se notifica al reclamante por el Servicio instructor, el día 30 de enero de 2006, la incoación del procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado, al haberse precisado estos extremos mediante una mera referencia a la normativa rectora del mismo.

Por último, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Recibida la reclamación en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 19 de enero de 2006, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 17 de noviembre de 2006, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- 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 139 de la LRJPAC, ya citada, 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, 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 141 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, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- En el supuesto que se somete a nuestra consideración, se exige la responsabilidad patrimonial de la Administración al imputar al servicio público sanitario, en primer lugar, la existencia de una prestación irregular, por deficiente y tardía, de la asistencia sanitaria, ya que, pese a la sintomatología que presentaba el reclamante, no se agotó, a su juicio, la realización de las

pruebas técnicas exigibles por la "lex artis", de modo que la intervención quirúrgica que se le practicó resultó tardía, lo que provocó "complicaciones (de las) que, a buen seguro, de no haber sido objeto de traslado urgente en ambulancia a la Clínica, hubiera fallecido"; destaca también el hecho de que, "una semana después de la intervención quirúrgica, la evolución posoperatoria del paciente fue negativa (...), sin que por el hospital se diese ninguna explicación satisfactoria al porqué de dicho empeoramiento". En segundo lugar, el reclamante señala que ha sufrido un daño evaluable económicamente e individualizado, que no tenía el deber de soportar y que deriva del funcionamiento del servicio público sanitario asturiano, el cual califica, a continuación, de anómalo, negligente y contrario a las más elementales reglas que rigen la "lex artis". Finalmente, insiste en que "debería haberse actuado primero sobre el paciente y no esperar a que su cuadro clínico fuera tan grave, con riesgo patente para su vida, que probablemente hubiera ocurrido de no recabarse una segunda opinión médica", en referencia a la Clínica, Por todo ello solicita que se le indemnice "teniendo en cuenta el sufrimiento continuo que ha tenido que soportar el paciente y su familia", de modo que "la suma (...) debe ir dirigida a paliar los daños psicológicos y la incidencia en su vida personal y profesional".

Debemos destacar, en primer lugar, que la presente reclamación de responsabilidad patrimonial se formula al margen del ejercicio paralelo de una acción de reembolso por los gastos ocasionados en la Clínica, Tal planteamiento, como ya dijimos en el Dictamen Núm. 241/2006, es admisible, pero para que pueda prosperar deberán concurrir los requisitos generales para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública. Por tanto, habrá que analizar si nos hallamos ante un daño relacionado causalmente con el funcionamiento del servicio público sanitario y si se trata, en su caso, de un daño que no tenga la obligación de soportar el reclamante, es decir, de un daño antijurídico.

En orden al análisis de tales requisitos, hemos de comenzar recordando que, a juicio de este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario, dirigido siempre a procurar la curación del paciente, constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultados, de modo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria la falta de curación del paciente, menos aún en un plazo determinado, 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*".

Por lo tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante 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 cualidades y características de quien lo realiza y de la profesión, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia en otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria en que se desarrolla-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Planteada así la cuestión, y entrando en el análisis de los hechos imputados al servicio público en la reclamación, debemos determinar si efectivamente se ha producido un retraso manifiesto o injustificado en la asistencia médica y si ésta fue negligente y contraria a la "*lex artis*". Ciertamente, diversos documentos del expediente revelan que el reclamante estaba pendiente de intervención por colelitiasis y que debía repetir el preoperatorio en octubre de 2004. No obstante, los hechos que motivan esta reclamación no se centran en la asistencia sanitaria anterior, sino en el

diagnóstico y tratamiento efectuado en el Hospital, el cual se califica como tardío.

Circunscribiendo nuestro análisis, como hace la reclamación misma, a las actuaciones que acontecieron en el citado hospital, se constata que el reclamante ingresó en el mismo el día 19 de octubre de 2004, con sospecha de coledocolitiasis y con el páncreas sin alteraciones (según el informe del Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico), iniciándose las pruebas en los días posteriores y calificando de “bien” el estado del paciente. Sin embargo, la situación parece haber cambiado el día 27 de ese mes, momento en el que “refiere dolor abdominal en HD, irradiado a epigástrico”, por lo que se solicita con carácter urgente una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). El informe radiológico, de 29 de octubre de 2004, llega a la conclusión de “colelitiasis y coledocolitiasis. Pancreatitis aguda grave”. En consecuencia, no cabe apreciar retraso manifiesto o injustificado en la asistencia médica, ya que la intervención quirúrgica -una colecistectomía más coledocotomía y colocación del tubo en T de Kehr- se produjo el mismo día que se confirmó, tras la práctica de las pruebas pertinentes, la colelitiasis y coledocolitiasis, cuya sospecha motivó el ingreso hospitalario del reclamante. Por otra parte, la “pancreatitis aguda grave” se diagnosticó por el servicio público sanitario el 29 de octubre, con carácter previo a la intervención quirúrgica, porque la afirmación del informe de la Clínica de que se desarrolló “una pancreatitis aguda grave en el posoperatorio”, en la que el reclamante basa parte de su argumentación, es errónea.

Tras la intervención practicada el día 29 de octubre de 2004, el paciente fue trasladado al Servicio de Cuidados Intensivos, sin que requiriera soportes respiratorios, hemodinámicos ni renales, limitándose el tratamiento a instaurar reposo gástrico, nutrición parenteral, corrección de la hipoalbuminemia, así como tratamiento antibiótico con Imipenem. El día 5 de noviembre de 2004, el informe radiológico confirma un empeoramiento de la pancreatitis aguda, y al día siguiente, 6 de noviembre, el interesado solicitó el alta voluntaria para

ingresar en la Clínica donde, a la vista del informe emitido por esta clínica, se le trató mediante “la administración de antibióticos intravenosos, drenaje percutáneo de colección pancreática y nutrición parenteral”. Es decir, un tratamiento que no difiere sustancialmente del que estaba dispensándose en el Hospital

Así pues, ha de subrayarse que en la Clínica no se modifica el diagnóstico ni el tratamiento, ni se somete al reclamante a tecnologías distintas o nuevas respecto de las que estaban siendo aplicadas en el Hospital Por tanto, ha de concluirse que tanto el diagnóstico como el tratamiento efectuado en el Hospital han sido correctos, acordes con la “*lex artis ad hoc*”, tal y como certifican los distintos informes.

Finalmente, la afirmación del reclamante de que su fallecimiento se habría producido si no hubiera acudido a la Clínica constituye una hipótesis de imposible verificación y que no tiene apoyo en ningún documento, por lo que no puede ser tomada en consideración dado que el instituto de la responsabilidad administrativa repara, conforme al artículo 139.2 de la LRJPAC, daños efectivos, no potenciales.

En consecuencia, este Consejo Consultivo entiende que la actuación de la Administración sanitaria se ajustó en todo momento al criterio de la “*lex artis*”, no habiéndose producido error diagnóstico ni dilación indebida en la aplicación de las medidas terapéuticas, por lo que no procede el reconocimiento de responsabilidad alguna por parte de la Administración. En el caso presente, además, el gasto ocasionado por la estancia y tratamiento recibido en una clínica privada es consecuencia de una decisión personal del reclamante de acudir a dicho centro, abandonando los servicios de la sanidad pública cuando ya se había establecido un diagnóstico preciso y se le dispensaba el tratamiento adecuado, sin dar opción a los servicios públicos de concluirlo, lo que hizo, manteniendo y continuando el ya instaurado, el centro privado.

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 don

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.