

Expediente Núm. 1/2007  
Dictamen Núm. 96/2007

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Bastida Freijedo, Francisco*  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General Adjunto:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 19 de julio 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 2 de enero de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don ....., como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 31 de mayo de 2006 tiene entrada en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias (en adelante SESPA), un escrito de don ..... formulando una reclamación de responsabilidad patrimonial como consecuencia del proceso asistencial prestado por los servicios del Hospital “X”.

Inicia el relato de lo sucedido realizando un pormenorizado resumen de la historia clínica relacionada con el objeto de su reclamación, señalando que

“fue diagnosticado en el año 1992 de colitis ulcerosa (pancolitis) por el Servicio de Digestivo del Hospital “X”, de cuya dolencia fue debidamente atendido por el médico integrado en dicho Servicio (...), hasta la fecha en que es baja en el citado Servicio (...), no habiéndose producido en ningún momento falta de atención médica y respondiendo satisfactoriamente a los tratamientos que se le pautaron como consecuencia de la enfermedad que padecía (...), enfermedad que en el devenir de los tiempos mostró fases de actividad que fueron debidamente controladas mediante ingresos de corta estancia hospitalaria y que respondían de forma adecuada al tratamiento, tratamiento que se prolongó en el tiempo y siempre bajo la vigilancia (...) del médico citado (...). Posteriormente, y tras la baja del tan referido Dr. (...), fui derivado (...) al médico que actúa como Jefe del Servicio de Digestivo del Hospital “X”.

Después de transcribir textualmente algunos informes médicos, se refiere a uno de fecha 10 de marzo de 1998 y a otros, de 7 de febrero de 2002 y 10 de abril de 2003, donde consta el mismo diagnóstico, “colitis ulcerosa de afectación izquierda en fase inactiva”; a una atención prestada por el Área de Urgencias del Hospital “X”, el 10 de diciembre de 2003, por un “brote leve de colitis ulcerosa”, y a un ingreso hospitalario entre los días 11 y 20 de enero de 2004, con el diagnóstico de “brote moderado de colitis ulcerosa y un probable síndrome depresivo”.

Continúa relatando que “con fecha 1 de mayo de 2005 es atendido (...) de colitis ulcerosa, brote leve, siendo dado de alta el mismo día”, y “con fecha 10 de mayo de 2005 por el Servicio de Digestivo del Hospital “X” se pide se practique (...) una gastroscopia con biopsias duodenales”, para finalizar señalando, por lo que respecta a la asistencia prestada por el Hospital “X”, que “con fecha 21 de mayo de 2005 vuelvo a ser atendido por el Área de Urgencias del citado (Hospital “X”), debido a un brote de la enfermedad que padezco, siendo diagnosticado de brote de colitis ulcerosa, sin especificar la situación de la gravedad de la enfermedad que vengo padeciendo y, siendo dado de alta el mismo día del motivo de la consulta de atención por el Área de Urgencias de ese hospital”.

A continuación relata la atención sanitaria prestada por el Hospital "Y", señalando que "ante la magnitud de la enfermedad que se agudiza acudo el Hospital `Y´ en donde ingreso el día 28 de mayo de 2005", transcribiendo el informe de alta de dicho hospital, suscrito el día 30 de junio de 2005 por el Jefe de Sección. En dicho informe, según indica el reclamante, se señala que "el paciente permanece estable durante los 5 primeros días con el tratamiento médico establecido, aunque con controles de hemograma en los que se aprecia anemia. Se le realiza, entre otros estudios, ECO abdominal, apreciándose engrosamiento de colon derecho y transversal, con posible pancolitis ulcerosa./ El 6º día el paciente presenta inestabilidad hemodinámica con caída importante de la tensión arterial y anemia hasta 6,5 gr de Hb, por lo que se avisa al Servicio de Cirugía con carácter urgente y, tras valorar el caso informar concienzudamente tanto al paciente como a su esposa, se decide tratamiento quirúrgico". También dice que "en el posoperatorio, el paciente presenta neumotórax derecho que precisó colocación de tubo de tórax por parte del Servicio de Neumología, infección de herida de laparotomía que se resolvió mediante drenaje y neuropraxia de ciático-poplíteo externo del lado izquierdo, valorado por el Servicio de Neurología, iniciándose tratamiento rehabilitador".

Finalmente, y sobre la rehabilitación de la neuropraxia, recoge lo señalado en el informe de alta del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital "X", de fecha 24 de marzo de 2006, donde se indica que en la "última revisión realizada (24/03/06) presenta una marcha muy aceptable, todavía mantiene una atrofia de 1 cm a nivel de pantorrilla izquierda. El RA del tobillo se puede considerar normal aunque discretamente limitado en relación con el otro pie./ Mantiene alteración de la sensibilidad en la cara externa de la pierna y la zona enervada por el nervio ciático poplíteo externo que debido al tiempo que pasó no mucho más vaya a recuperar. Sí tiene sin embargo una sensibilidad descriptiva por lo cual no puede saber del frío, calor, etc./ Se le da de alta de este centro con secuelas discretas".

Sobre la relación de causalidad entre las lesiones producidas y el funcionamiento del servicio público, señala el reclamante que "en la etapa

anterior a la intervención quirúrgica no ha detectado el estado de la gravedad de mi dolencia, y que tras pasar por los servicios de urgencia del citado hospital y ante la falta de atención debo de recurrir a los servicios de urgencia de otro hospital de la red pública asistencial de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, el cual a la vista del examen médico practicado y ante el estado de la gravedad de mi enfermedad decide como mejor opción terapéutica proponerme (...) una panproctocolectomía (...). El mal funcionamiento de la Administración se observa y se deduce a través de los hechos relatados, ya que como está acreditado, el que suscribe acude durante el mes de mayo de 2005 a los servicios de urgencia del Hospital "X", siendo diagnosticado de colitis ulcerosa leve, pautándosele tratamiento médico y siendo dado de alta el mismo día, y a las pocas horas de ser examinado por los facultativos que prestaban servicio en el citado departamento de urgencia, sin tener en cuenta la situación anterior del paciente. Estos hechos descritos vienen a demostrar el mal funcionamiento que da lugar a la presente reclamación instando el inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial".

Sobre la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial, indica que asciende a "cuatrocientos trece mil ciento treinta euros con veintidós céntimos" (413.130,21 €), "según se acredita mediante el cuadro de valoración de las lesiones sufridas, atendiendo a la tabla por daños físicos y morales (que) se viene utilizando por los juzgados para valorar las lesiones por accidentes, más las copias de las facturas e informes adjuntos".

Finalmente, después de referir los fundamentos jurídicos que considera de aplicación, concluye solicitando que se dicte resolución por la que se reconozca su derecho a ser indemnizado en la cantidad señalada, indicando, con relación a la prueba, que ha de aportarse la historia clínica, refiriéndose tanto a la que figure en el Hospital "X" como en el Hospital "Y".

Junto con el escrito de reclamación, presenta copia de treinta y dos (32) informes y documentos sanitarios relacionados con el proceso por el que reclama, emitidos por diferentes servicios de la sanidad pública en las siguientes fechas: 15/01/1993, 04/03/1993, 10/09/1995, 15/09/1995,

29/09/1995, 30/07/1996, 08/04/1997, 03/06/1997, 27/02/1998, 03/05/1998, 28/04/1999, 06/04/2000, 07/03/2002, 13/04/2003, 16/05/2003, 10/12/2003, 20/01/2004, 30/01/2004, 11/11/2004, 29/11/2004, 17/01/2005, 13/04/2005, 13/04/2005, 01/05/2005, 10/05/2005, 21/05/2005, 28/05/2005, 30/06/2005, 11/07/2005, 03/08/2005, 09/11/2005 y 27/03/2006.

**2.** El día 15 de junio de 2006 el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica al reclamante la fecha de entrada de su reclamación en el Principado de Asturias y la incoación del procedimiento, indicándole la normativa que resulta de aplicación en su tramitación, y los plazos y efectos del silencio administrativo.

**3.** Con fecha 9 de junio 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Dirección Gerencia de Atención Especializada del Área Sanitaria ..... de ..... que remita "copia de la historia clínica del reclamante en lo relativo exclusivamente (al episodio objeto de reclamación), incluyendo los informes correspondientes a las últimas revisiones" y, por escrito de 12 de junio de 2006, requiere a la Secretaria General del Hospital "X" una "fotocopia de la historia clínica del reclamante obrante en los archivos de ese hospital", interesando, igualmente, "informe relativo al caso emitido por el Jefe del Servicio de Digestivo".

**4.** Con fecha 13 de junio de 2006, el Secretario General del Hospital "X" remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias copia de la reclamación presentada, del parte de reclamación correspondiente y de la historia clínica del paciente.

Con fecha 20 de junio de 2006, remite una "copia del informe del Servicio de A. Digestivo que atendió a dicho paciente". El informe, suscrito con fecha 19 de ese mismo mes por el Jefe del respectivo Servicio, recoge que el reclamante "venía siendo atendido desde el año 1992 por el S° de Digestivo de forma ambulatoria cada 6 meses y estuvo a cargo del Dr. (...) y posteriormente

fue atendido por mí en todas las revisiones sucesivas (...). En cuanto a los hechos y circunstancias que figuran en la reclamación tengo que señalar que efectivamente este paciente padecía una colitis ulcerosa izda. de intensidad leve -moderada estando bien controlada con medicación continua y acudiendo a las revisiones periódicas que se le asignaron, hasta que sin tener nosotros noticias de su estado por no tocarle la próxima revisión el enfermo decidió por su cuenta acudir al Hospital "Y" por un brote de agudización siendo intervenido de su proceso de base el 4 de junio de 2005 realizándole una colectomía subtotal con ileostomía permanente (...). Se trata de un paciente por tanto con una colitis ulcerosa leve - moderada de 14 años de evolución que tuvo un curso clínico realmente benigno puesto que a lo largo de esos años creo recordar que sólo tuvo dos ingresos en nuestro hospital de corta duración y sin complicaciones y que al final tuvo una agudización importante por una colitis fulminante que se define como una inflamación grave del colon asociada con toxicidad sistémica (...). La colitis fulminante puede aparecer tanto al diagnóstico de la colitis ulcerosa como en cualquier momento de la evolución de la enfermedad y en ocasiones pasan muchos años como en el caso que comentamos en que tiene lugar su aparición".

Sobre las secuelas de la operación realizada, añade finalmente que "apenas produce secuelas puesto que actualmente con la calidad de las bolsas de ileostomía que son muy cerradas y fáciles de cambiar los individuos ileostomizados presentan una calidad de vida completamente normal", señalando dos citas bibliográficas al respecto de esta enfermedad.

**5.** Con fecha 14 de junio de 2006, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio instructor la "historia clínica del reclamante, en lo relativo al episodio solicitado". Entre otros documentos, figura el informe de alta del Servicio de Cirugía General, suscrito el día 3 de agosto de 2005, transcrito por el interesado en su reclamación.

6. Con fecha 22 de junio de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto elabora el Informe Técnico de Evaluación. Comienza por resumir los hechos alegados en la reclamación y por analizar la acreditación de los mismos y la descripción del daño.

Respecto a los hechos, considera probado que el reclamante fue “diagnosticado desde 1990 de colitis ulcerosa, bajo control por el Servicio de Digestivo del Hospital `X´, habiendo sufrido diversos episodios de agudización de la enfermedad que requirieron ingreso hospitalario./ En abril del año 2005 el paciente, diagnosticado de colitis ulcerosa y síndrome ansioso-depresivo, seguía tratamiento ambulatorio en el Servicio de Digestivo del Hospital `X´ con mesalazina y benzodiazepinas./ El 01-05-2005 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital `X´ por dolor abdominal tipo retortijón y diarreas, siendo diagnosticado de brote leve de colitis ulcerosa, recomendando continuar el mismo tratamiento y acudir a la consulta externa de Digestivo./ El día 10-05-2005 se le practicaron colonoscopia, gastroscopia y biopsias duodenales. Se retiró mesalazina y se inició tratamiento con corticoides por vía oral./ Con fecha 21-05-2005 acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital `X´ por diarrea y vómitos. Refería febrícula en la última semana y adelgazamiento en los últimos meses. Visto en Urgencias por el Servicio de Digestivo, la exploración física era prácticamente normal con restos de sangre roja en heces. Fue dado de alta incrementando la dosis de corticoides a los que se asoció omeprazol y mesalazina en aplicación rectal./ El 28-05-2005 el reclamante acudió al Servicio de Urgencias del Hospital `Y´. La exploración física y los parámetros analíticos se encontraban dentro de la normalidad. La colonoscopia realizada en el Hospital `X´ dio como resultado el de colitis ulcerosa en fase activa. El reclamante quedó ingresado en el Servicio de Digestivo permaneciendo estable con el tratamiento médico establecido. En los controles hemáticos se apreciaba anemia y en la ecografía abdominal engrosamiento del colon derecho, compatible con pancolitis ulcerosa. El 04-06-2005 el paciente experimentó un cuadro de inestabilidad hemodinámica con hipotensión y anemia importante. Se solicitó interconsulta con Cirugía General, que tras

valorar al paciente, informarle y obtener su consentimiento, le intervino de urgencia practicándole una panproctocolectomía con ileostomía en fosa ilíaca izquierda. Macroscópicamente se observaba una pancolitis ulcerosa con afectación masiva de toda la mucosa rectal y hemorragia intraluminal masiva”.

Sobre las lesiones y secuelas, indica el Inspector que “durante el posoperatorio el paciente presentó un neumotórax derecho (...), infección de la herida de laparotomía (...), y neuropraxia del nervio ciático-poplíteo externo izquierdo, que requirió valoración por el Servicio de Neurología, iniciando tratamiento rehabilitador y la utilización de una férula antiequino./ Las revisiones posteriores constataron la favorable evolución del paciente con buen estado del estoma. Prosiguió tratamiento de rehabilitación en el Hospital `X´ entre agosto de 2005 y marzo de 2006”, resumiendo que, actualmente, presenta “ileostomía en fosa ilíaca derecha con buen estado del estoma y de la piel periestomal./ Marcha muy aceptable con atrofia de 1 cm en la pantorrilla izquierda y balance articular del tobillo discretamente limitado respecto al derecho./ Alteración de la sensibilidad en la cara antero-externa de la pierna y dorso del pie izquierdos con sensibilidad propioceptiva conservada”.

En el apartado de “valoración”, después de efectuar una serie de consideraciones médicas sobre la enfermedad, señala que “puede afirmarse que contrariamente a lo manifestado por el reclamante, no hubo por parte del (Hospital `X´) una falta de atención médica, pues tanto los días 1 como el 21 de mayo, fechas en las que el paciente recibió asistencia en el Servicio de Urgencias del citado centro, la exploración física y los datos analíticos sugerían un brote de colitis ulcerosa en tratamiento, en un paciente que pocos días antes (mediados de abril) había sido valorado en las consultas externas de Digestivo. Entre ambas fechas, al reclamante se le realizaron diversos estudios endoscópicos, procediéndose a modificar la pauta de tratamiento; se suspendió la mesalazina y se administraron corticoides por vía oral. Incluso durante su estancia en Urgencias, el día 21 de mayo, fue valorado por Digestivo que decidió incrementar la dosis de corticoides y asociar omeprazol y mesalazina rectal. A partir de ese momento el Servicio de Digestivo del Hospital `X´ no



volvió a saber nada del reclamante, ya que éste había decidido acudir al Hospital `Y`. Su primer contacto con este centro, al que acudió ante la persistencia de los síntomas, tuvo lugar una semana después de haber ido al Hospital `X`. La exploración física y los parámetros analíticos al ingreso eran prácticamente normales; el diagnóstico fue el de brote de colitis ulcerosa y el tratamiento consistió en dieta absoluta, sueroterapia, corticoides intravenosos y benzodiazepinas, con el que el reclamante se mantuvo estable unos días, tras los cuales se presentó esa forma catastrófica de evolución que se produce en el 15% de los pacientes afectos y que cursa con una hemorragia masiva, cuyo único tratamiento eficaz es la resección del fragmento de colon afectado. En el caso del reclamante, dado que todo el colon se encontraba afectado, se llevó a cabo una panproctocolectomía con una ileostomía definitiva”.

Finalmente, señala que “las complicaciones surgidas con posterioridad -infección de la herida quirúrgica y neumotórax derecho- son riesgos imprevisibles, susceptibles de aparición en cualquier paciente. Fueron tratados de forma oportuna y adecuada sin dejar ningún tipo de secuelas. Por lo que respecta a la neuropraxia del nervio ciático-poplíteo externo, es una complicación infrecuente, debida a la compresión del nervio mantenida en el tiempo, durante la realización del acto quirúrgico. La presentación de dicha complicación en absoluto significa una mala práctica médica”.

A la vista de todo ello, concluye el informe indicando que “la reclamación de responsabilidad patrimonial (...) carece de fundamento y (...), en consecuencia, debe ser desestimada”.

**7.** Mediante escrito de fecha 23 de junio de 2006, el Jefe del Servicio instructor remite una copia del informe técnico de evaluación al Secretario General del SESPA y del expediente instruido a la correduría de seguros.

**8.** Con fecha 26 de junio de 2006, el Gerente del Hospital “Y” remite al Servicio instructor “copia de la información facilitada por el Servicio de Cirugía General y Jefe de Sección de Digestivo” de dicho hospital.

El primero de dichos informes, suscrito el día 26 de junio de 2006 por un Médico Adjunto, señala que el reclamante “fue intervenido de urgencia el 4-6-05 por presentar shock hemorrágico secundario a colitis ulcerosa masiva (...). Desde entonces (...) ha seguido revisiones en nuestra consulta externa, presentando buen estado clínico, buena tolerancia alimentaria y tránsito intestinal normal, con aumento de peso y controles analíticos normales hasta la fecha”.

El segundo de los informes, suscrito el día 22 de junio de 2006 por el Jefe de Sección de Digestivo, y al respecto de las últimas revisiones al reclamante, señala “todas las (...) que este paciente ha tenido han sido realizadas por el S. de Cirugía que practicó la intervención”.

**9.** Con fecha 5 de julio de 2006, el Servicio instructor remite una copia de dichos informes a la compañía aseguradora y a la correduría de seguros, indicándoles que “ha sido recibida con posterioridad a la emisión del informe técnico de evaluación, pero que no modifica el sentido del mismo”.

**10.** Con fecha 28 de septiembre de 2006, una asesoría privada, a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias, emite un dictamen, suscrito colegiadamente por tres especialistas en Cirugía General y Digestivo y uno en Cirugía General y en Cirugía Pediátrica.

Después de señalar el motivo de la reclamación, la documentación analizada, y de realizar un resumen de los hechos (coincidente con el que figura en el informe técnico de evaluación), se detiene el informe en una serie de consideraciones generales sobre la patología sufrida por el reclamante y la asistencia prestada. En relación con el tratamiento de la colitis ulcerosa, indican los autores del dictamen que “el tratamiento quirúrgico se reserva para los casos en los que fracasan las medidas terapéuticas más conservadoras. Las mejoras en el tratamiento nutricional de soporte, unido a una mejor comprensión de la fisiopatología de estas enfermedades, y la aparición de potentes inmunodepresores ha hecho que se replanteen las indicaciones

quirúrgicas./ En la CU 25% de enfermos requerirán cirugía, dependiendo de la extensión de la enfermedad. Las indicaciones de cirugía electiva incluyen el fallo del tratamiento médico, la aparición de estenosis con obstrucción y la presencia de displasia grave o cáncer./ Constituyen indicaciones de colectomía urgente la aparición de megacolon tóxico que no responde al tratamiento médico, un brote grave resistente a fármacos y la hemorragia masiva./ En el caso de este paciente se inicia de manera correcta tratamiento conservador y al presentar un cuadro con brote agudo y hemorragia masiva se procede a la realización de una panproctocolectomía de urgencia”.

Finalizan su dictamen indicando que “de acuerdo con la documentación examinada se puede afirmar que todos los profesionales que trataron al paciente en el Hospital `X` y en el Hospital `Y`, lo hicieron de manera correcta, actuando en todo momento de acuerdo con la `lex artis`”.

**11.** Evacuado el trámite de audiencia con fecha 8 de octubre de 2006, el día 23 de ese mismo mes, se persona en las dependencias administrativas el interesado, a quien se le hace entrega de una copia del expediente, compuesto en ese momento por cuatrocientos veintisiete (427) folios, según consta en la diligencia correspondiente.

Se incorpora una “declaración en comparencia personal” del interesado, apoderando a una tercera persona para formular solicitudes, “entablar recursos, desistir de acciones o renunciar a derechos”, de fecha 23 de octubre de 2006, junto con una copia del documento nacional de identidad del interesado y de su representante.

**12.** Con fecha 24 de noviembre de 2006, el representante del interesado presenta, en las dependencias de Correos, un escrito de alegaciones. Comienza señalando que le ha sido entregada una copia del expediente, que se encuentra integrado por la documentación aportada por el Hospital “X” y por el Hospital “Y”, y que, “del análisis y confrontación de ambas partes del expediente se desprende, sin ningún género de dudas, la supresión voluntaria de la

documentación de determinados actos médicos realizados en la persona del (interesado) entre los días 13 de abril y 28 de mayo de 2005". Continúa indicando que "faltan asistencias y tratamientos efectuados en el Hospital `X´, apareciendo parte de los mismos por (la) remisión que efectúa al expediente el Hospital `Y´ (...). La incompleta remisión del expediente por parte del Hospital `X´ acredita per se una mala práctica médica al silenciar los concretos actos médicos realizados, evitando la fiscalización de los mismos".

Señala también el representante del interesado que aprecia "falta de veracidad" en la narración de los hechos que efectúa el Jefe del Servicio de Aparato Digestivo, en el informe emitido el día 19 de junio de 2006, "cuando manifiesta no tener noticias del estado del (interesado), toda vez que personalmente ha dirigido su tratamiento desde el día 13 de abril de 2005, a pesar de que en la documentación remitida por el Hospital `X´ no aparecen los actos médicos que comprometen su responsabilidad./ De este modo, ni esta parte, ni el instructor del expediente, ni en su caso el Tribunal que pudiera conocer la revisión jurisdiccional del presente asunto, pueden conocer cuáles hayan sido los protocolos de actuación profesional seguidos por el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital `X´".

A la vista de todo ello, concluye indicando que existe una "mala práctica profesional, máxime si, como sucede en el presente asunto, la falta de adopción de los necesarios tratamientos sobre la salud de mi representado (cirugía) han provocado gravísimas lesiones que pudieran revestir los caracteres de los delitos previstos y penados en los artículos 149 y 152 del Código Penal", y por ello, continúa el escrito, "se interesa desde este momento procesal la remisión del (expediente) al Ministerio Fiscal".

En segundo lugar, entiende que se ha producido una incongruencia en la propuesta de resolución, indicando que dicha propuesta "trata el proceso de la enfermedad (...) como si de un solo proceso se tratara, habiendo existido dos periodos claramente diferenciados con tratamientos de la enfermedad dispares".

El primero de esos periodos sería el "comprendido entre los días 13 de

abril de 2005 y 28 de mayo de 2005”, siendo diagnosticada su colitis ulcerosa en el Hospital `X´”, y a juicio del reclamante, “no fue correcto el tratamiento médico prestado (...), al no quedar acreditado que en el Hospital `X´ se siguiera el protocolo de actuación médica que el instructor determina en el (...) expediente./ Figuran (...) los actos médicos llevados a cabo en (el) Hospital `X´, encontrándose documentados (...) desarrollados entre los días 13 de abril y 28 de mayo de 2005 (...), figurando como único elemento de diagnóstico en dicho periodo de tiempo los análisis clínicos (...) realizados el día 21 de mayo de 2005”.

El segundo de los periodos sería -continúa argumentando el reclamante- el “comprendido entre los días 28 de mayo de 2005 y 4 de junio de 2005./ Periodo que coincide con el tratamiento facilitado por el Hospital `Y´, de ..... y en el que el (reclamante) fue sometido a intervención quirúrgica practicándole una panproctocolectomía con ileostomía de fosa iliaca, consecuencia de la misma se produjo neuropraxia del nervio ciático-poplíteo externo izquierdo (...). Excepción hecha de la neuropraxia del nervio ciático-poplíteo externo izquierdo, el tratamiento realizado en el citado hospital fue correcto, acomodándose en su actuación al protocolo establecido por el instructor”.

Señala a continuación que, “conforme consta en el expediente, desde el día 13-4-2005 el (reclamante) presentaba todas las manifestaciones clínicas para calificar la enfermedad como grave (anorexia, nauseas, fiebre y pérdida de peso), sin que en el Hospital `X´ conste que en el periodo comprendido entre los días 13 de abril y 28 de mayo de 2005, fueran realizadas otras pruebas de diagnóstico diferentes de las que figuran (en el) (...) expediente (...). De lo actuado se desprende la insuficiencia de las pruebas de diagnóstico realizadas en el Hospital `X´ conforme al criterio que mantiene el instructor en su informe”.

Todo ello le permite afirmar que “la actuación médica desarrollada por el Hospital `X´ (...) se constituye en causa directa de las lesiones que padece el (reclamante), toda vez que si bien el diagnóstico inicial llevado a cabo el día 13 de abril de 2005 es el de colitis ulcerosa, su grado de actividad no es

adecuadamente valorado no prescribiéndose ni realizándose en dicho centro hospitalario las pruebas de diagnóstico que hubieran permitido determinar (...) su grado de actividad./ Tampoco queda acreditado que el Hospital `X´ realizara la cirugía que prescribe la propuesta de resolución, por lo que su inacción en cuanto al tratamiento desde el día 13-4-2005, hace que la enfermedad de mi mandante se agravase hasta llegar al día 4-6-2005, teniendo que ser realizada la cirugía en los términos que constan en el expediente./ De este modo dicho centro sanitario y los profesionales que en él intervienen se constituyen en directos responsables por inacción de la mala práctica médica, al permitir durante más de 45 días (13-4-2005 a 4-6-2005) el desarrollo de la enfermedad sin acometer ninguna medida tendente a mitigar la misma, y entre ellas en concreto la cirugía prescrita por el instructor”.

En dicho periodo de tiempo -continúa señalando- el Hospital “X” “realizó los actos médicos documentados (...), sin atajar adecuadamente un proceso diagnosticado de colitis ulcerosa, sin proceder a la práctica de cirugía, a pesar de encontrarse documentada las constantes hemorragias digestivas (vómitos y diarreas con sangre)” y, por ello, “el criterio del instructor no se sustenta en las pruebas que obran en el expediente, toda vez que la colitis ulcerosa nunca pudo ser calificada como fulminante, sino que aquella se fue agravando desde su inicial diagnóstico el día 13-4-2005, como consecuencia de la ausencia de tratamiento durante más de 45 días sin aplicar sobre la misma cirugía que debió prescribirse para remitir las hemorragias./ La ausencia de tratamiento de la colitis ulcerosa desembocó en una pancolitis ulcerosa con hemorragia intraluminal masiva (...). Existe, pues en la actuación del Hospital `X´ relación de causa y efecto entre la falta de tratamiento y el daño causado a mi representado./ De haber actuado con prontitud las lesiones no serían de la magnitud de las causadas”.

**13.** Con fecha 28 de noviembre de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio.

En el apartado “antecedentes de hecho” resume la asistencia prestada al reclamante y en los fundamentos de derecho de la propuesta señala, entre otros, que “la parte reclamante en su escrito de alegaciones confunde un informe técnico con una propuesta de resolución. Al margen de este error salvable, las alegaciones tratan de desvirtuar las conclusiones del citado informe sobre la base de que el Inspector actuante no disponía de toda la información, pues `dolosamente` se le había hurtado. Tal afirmación se contradice con la que luego se hace en el mismo escrito, indicando que en la historia clínica del Hospital `Y` figuran actos médicos que no aparecen en la del Hospital `X`, concretamente la actividad asistencial llevada a cabo sobre el reclamante entre el 13 de abril y el 1 de mayo de 2005. A la vista de esto parece, en contra de lo anterior, que sí se disponía de la información relevante y de los datos necesarios para que el informe de evaluación llegase precisamente a las conclusiones a las que llegó./ Además, el prolijo escrito de alegaciones intenta cuestionar la actuación médica y el comportamiento ético de alguno de los profesionales del Hospital `X`, pero no consigue acreditar estos hechos de forma fehaciente e indubitada, resultando su esfuerzo baldío y reducido a un mero acto de voluntarismo. Buena prueba de ello es que si, como se mantiene en las alegaciones, el retraso en el diagnóstico y en la cirugía fueron la causa del daño alegado no se haya cuestionado en ningún momento que en el Hospital `Y` no intervinieran hasta transcurridos seis días desde el ingreso. La razón cierta, y no otra, es que, al igual que en el Hospital `X`, en el Hospital `Y` creyeron a la vista de los datos exploratorios y analíticos, y de los hallazgos de los estudios complementarios, que el tratamiento médico conseguiría atajar la sintomatología del paciente. Por desgracia, no fue así. El sangrado masivo determinó la necesidad de llevar a cabo, de urgencia, una cirugía radical de alto riesgo, que consiguió los satisfactorios resultados esperados en orden a salvar la vida del enfermo y atajar su enfermedad de base./ Cabe afirmar pues, que la actuación de los facultativos, tanto del Hospital `X` como del Hospital `Y`, que intervinieron en la asistencia al reclamante fue correcta y ajustada a la lex artis. El desenlace habido en este

caso no ha sido producto de una deficiente asistencia o de un retraso en la misma, sino de la materialización de una severísima complicación -sangrado masivo- de la colitis ulcerosa, ampliamente recogida en la literatura científica, que ocurre en un porcentaje importante de los pacientes con esta enfermedad, y en la que el único tratamiento eficaz es la amputación del fragmento de colon afectado”.

Finaliza la propuesta efectuando consideraciones similares a las del informe técnico de evaluación acerca de las complicaciones surgidas con posterioridad -infección de la herida quirúrgica, neumotórax derecho y neuropraxia del nervio ciático-poplíteo externo-, que considera ajenas a una mala praxis médica.

**14.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 2 de enero de 2007, registrado de entrada el día 4 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de responsabilidad patrimonial 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 procedimiento que examinamos, la reclamación se presenta con fecha 31 de mayo de 2006, y si bien los hechos de los que trae origen (la asistencia sanitaria que entiende incorrecta) tuvieron lugar entre los días 13 de abril y 28 de mayo de 2005, el reclamante no recibió el alta del tratamiento rehabilitador hasta el día 24 de marzo de 2006, por lo que es claro que lo fue 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.

Por último, observamos 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 31 de mayo de 2006 -sin que conste en legal forma su recepción en el de la Consejería instructora-, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 4 de enero de 2007, 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.-** El asunto que se somete a nuestra consideración se refiere a la reclamación de daños y perjuicios formulada por el interesado como consecuencia de lo que entiende como “inacción en cuanto al tratamiento desde el día 13-4-2005”, por parte del Hospital “X”, habiendo permitido “durante más de 45 días (13-4-2005 a 4-6-2005) el desarrollo de la enfermedad sin acometer ninguna medida tendente a mitigar la misma, y entre ellas en concreto la cirugía”. Esa “ausencia de tratamiento”, habría desembocado en una “pancolitis ulcerosa con hemorragia intraluminal masiva”. Además, y en

relación con el tratamiento realizado por el Hospital "Y", lo entiende correcto en general, "excepción hecha de la neuropraxia del nervio ciático-poplíteo externo izquierdo", secuela que también imputa a la Administración sanitaria, defendiendo que la misma "habrá de ser indemnizada".

A la vista de la documentación incorporada al expediente (historia clínica e informes técnicos), ninguna duda podemos albergar sobre la realidad del daño alegado, habiendo sido sometido el reclamante a una intervención quirúrgica, el día 4 de junio de 2006, como consecuencia de una "pancolitis ulcerosa activa severa", realizándosele una "panproctocolectomía con ileostomía", según detalla el informe de alta de fecha 30 de junio de 2005, del Hospital "Y". Además, como igualmente consta en dicho informe y en el de alta del Servicio de Medicina Física y Rehabilitadora del Hospital "X", sufrió una paresia del nervio ciático-poplíteo externo izquierdo en el transcurso de dicha cirugía, a resultas de la cual padece determinadas secuelas, que se juzgan permanentes por el mencionado Servicio.

Procede, pues, que analicemos el nexo causal que, en su caso, pudiera existir entre la lesión producida y el funcionamiento normal o anormal del servicio sanitario público.

Debemos empezar por indicar que, como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio sanitario público 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 el 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 obtención de resultados concretos.

Por lo tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio sanitario público

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.

Como hemos recogido en los antecedentes fácticos, el reclamante realiza en su escrito inicial una exposición detallada de datos e informes médicos relativos a todo el proceso asistencial, pero es en su escrito de alegaciones donde, como hemos visto, fundamenta con mayor detalle los motivos de su reclamación, imputando a los responsables del Hospital "X" la remisión "dolosa" de una historia clínica incompleta y, sobre el fondo, que no prestó la asistencia adecuada, permitiendo "el desarrollo de la enfermedad sin acometer ninguna medida tendente a mitigar la misma, y entre ellas en concreto la cirugía". Finalmente, también reclama por la afectación sufrida en el nervio ciático y las secuelas producidas.

Sobre la primera de las cuestiones alegadas, constatamos que, efectivamente, en la historia remitida por el Hospital "X" al Servicio instructor se detecta la ausencia de determinados informes y pruebas diagnósticas que, sin embargo, fueron enviados por el mismo hospital al Hospital "Y", una vez que el reclamante quedó ingresado en este último centro asistencial. No corresponde a este Consejo realizar ningún juicio de valor respecto a los motivos a los que pudiera obedecer tal hecho, debiendo circunscribirse nuestro análisis a averiguar si tal omisión de datos, como sostiene el reclamante, puede o no invalidar las conclusiones del informe técnico de evaluación (al que se refiere como propuesta de resolución) o, en último término, si ello pudo causar indefensión al reclamante y, consecuentemente, acarrear la nulidad de actuaciones.

En este orden de cosas, debemos manifestar que la falta de algunos datos en la historia clínica remitida por el Hospital "X" no alcanza ninguna de las consecuencias planteadas por el reclamante, puesto que, como él mismo reconoce, en realidad todo el proceso asistencial prestado en el Hospital "X" queda de manifiesto en el expediente, no sólo por la incorporación a la historia del Hospital "Y", sino también porque el propio reclamante aporta dicha documentación con su escrito inicial. En definitiva, el Inspector de Prestaciones Sanitarias que realiza el informe técnico de evaluación dispone de esos datos e informes, y así lo hace figurar, sin ningún género de duda, en su apartado "acreditación de los hechos alegados y descripción del daño", donde consta que "en abril del año 2005" fue diagnosticado de "colitis ulcerosa y síndrome ansioso-depresivo", reflejando el tratamiento ambulatorio pautado por el "Servicio de Digestivo del Hospital `X` "; también que el día "01-05-2005 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital `X` "; que el "día 10-05-2005 se le practicaron colonoscopia, gastroscopia y biopsias duodenales", modificándose el tratamiento; y que, finalmente, el día "21-05-2005 acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital `X` ", y que visto "por el Servicio de Digestivo" fue "dado de alta incrementado la dosis de corticoides a los que se asoció omeprazol y mesalazina en aplicación rectal".

En resumen, al margen de constatar que en la historia clínica remitida por el Hospital "X" faltan algunos datos sobre la asistencia prestada entre los meses de abril y mayo de 2005 (únicamente aparece documentada la última asistencia prestada por el Servicio de Urgencias, el día 21 de mayo de 2005 - informe de Urgencias y análisis clínicos-), lo acontecido durante ese periodo consta en el expediente, habiendo sido incorporada la documentación al respecto por el propio interesado y por el Hospital "Y", por lo que tal irregularidad no compromete, en modo alguno, las conclusiones del informe técnico de evaluación, sin que tampoco apreciamos indefensión del reclamante que pudiera justificar una hipotética retroacción del procedimiento.

En relación con el fondo, hemos de señalar que las alegaciones del reclamante, al defender que "no fue correcto el tratamiento médico prestado"

en el Hospital "X", incurren en una evidente contradicción entre los datos que él mismo destaca, puesto que comienza indicando que "entre los días 13 de abril y 28 de mayo de 2005", figuran "como único elemento de diagnóstico (...) los análisis clínicos (...) realizados el día 21 de mayo de 2005", y los que, posteriormente reconoce, que, durante ese mismo periodo, fueron practicadas "otras pruebas de diagnóstico", en concreto, señala el reclamante, "colonoscopia" e "informe anatomopatológico", realizados el día 10 de mayo de 2005. Por tanto sí aparece, y le consta al reclamante, la existencia de pruebas diagnósticas realizadas por el Hospital "X", el día 10 de mayo de 2005, que obvia en sus argumentos iniciales.

Al margen de tal constatación, lo que parece señalar el interesado es que el Hospital "X" no realizó las pruebas precisas para alcanzar el diagnóstico de la enfermedad y, en concreto, citando el informe técnico de evaluación, entiende que debió practicarse "sigmoidoscopia, el enema opaco, la radiología simple del abdomen y el TAC abdominal". Sin embargo, no debemos olvidar que, en este caso, el diagnóstico de la enfermedad había sido establecido ya en el año 1992, como señala el propio reclamante en su escrito inicial, y que en el curso de la misma había sufrido periodos de reagudización con algunos ingresos hospitalarios y atenciones en Urgencias, controlándose la evolución de la misma, entre otras pruebas, con la realización de varias colonoscopias a lo largo del tiempo. En la historia clínica del Hospital "X", que ya juzgamos incompleta, figuran documentadas al menos cuatro, en los años 1993, 1999 y 2004. Por tanto, no cabe confundir los protocolos para alcanzar el correcto diagnóstico de la enfermedad, a los que se refiere el Inspector de Prestaciones Sanitarias, con el control posterior de la misma una vez identificada, en el curso de la cual, como vemos, se fueron realizando, a lo largo del tiempo, múltiples pruebas y análisis, entre otras, las colonoscopias.

Y en último término, la "sigmoidoscopia", a la que se refiere el reclamante, consiste en la exploración de una parte del colon, el llamado colon sigmoide ("exploración del recto y del colon sigmoide" -Diccionario Mosby, 6ª edición. Elsevier España 2002-), mientras que por colonoscopia ha de

entenderse la exploración general del colon (“exploración del revestimiento mucoso del colon”, según el citado diccionario). Por tanto, aun asumiendo el planteamiento del reclamante, hemos de concluir que se realizó la prueba diagnóstica que él entiende apropiada.

En todo caso, también conviene recordar que el diagnóstico de la enfermedad nunca se cuestionó, quedando acreditado que en todas las asistencias prestadas por parte de los servicios del Hospital “X” se pautó un tratamiento farmacológico para la colitis ulcerosa que el reclamante padecía (informes del Área de Urgencias de fechas 1, “colitis ulcerosa, brote leve”, y 21 de mayo de 2005, “brote de colitis ulcerosa”), por lo que, en realidad, únicamente cabría preguntarse, como hace el reclamante, si a la vista de los síntomas que presentaba entre los días 13 de abril y 21 de mayo de 2005 (última asistencia en Urgencias del Hospital “X”) existió un error en el tratamiento; error que defiende el interesado al entender que debió practicarse, con carácter inmediato, una intervención quirúrgica.

En relación con ella, lo primero que debemos destacar es que todos los informes técnicos aportados al expediente señalan que la colitis ulcerosa es una enfermedad que cursa con brotes y que un elevado porcentaje de casos (una cuarta parte, según el informe aportado a instancia de la compañía aseguradora) “requieren una proctocolectomía en alguna etapa de su enfermedad”, pero dicho tratamiento “se reserva para los casos en los que fracasan las medidas terapéuticas más conservadoras”, según indica el citado informe, o, como dice el Inspector de las Prestaciones Sanitarias en el informe técnico de evaluación, “el tratamiento de colitis ulcerosa incluye la administración de fármacos (...) y suplementos dietéticos para compensar los déficit nutricionales (...). Cuando la enfermedad no se puede controlar con tratamiento médico, o cuando aparecen las complicaciones, hay que recurrir a la cirugía”.

El reclamante no aporta prueba alguna que permita desvirtuar lo que se indica en dichos informes, limitándose a argumentar que el Hospital “X” debió proceder a realizar la intervención quirúrgica, evitando así el agravamiento de la



enfermedad. Por otro lado, de la historia clínica del reclamante podemos extraer elementos de convicción suficientes en orden a resolver esta cuestión, porque en la misma se observa que, con anterioridad a este proceso, el interesado sufrió varios episodios de agudización de su enfermedad, con sangrado digestivo, que requirieron, en algunos casos, atenciones urgentes e ingresos hospitalarios, y en todos ellos, los problemas fueron controlados mediante fármacos, sin necesidad de recurrir a la cirugía. Además, en el propio episodio que analizamos, vemos que los especialistas del Hospital "Y" trataron la enfermedad, en un primer momento, con medios conservadores, a través de dieta y fármacos, permaneciendo estable el reclamante entre los días 28 de mayo y el 4 de abril de 2005. Únicamente la brusca inestabilidad hemodinámica impuso la necesidad de acudir al procedimiento quirúrgico. Como señala el instructor en su propuesta de resolución, "al igual que en el Hospital `X`, en el Hospital `Y` creyeron a la vista de los datos exploratorios y analíticos, y de los hallazgos de los estudios complementarios, que el tratamiento médico conseguiría atajar la sintomatología del paciente. Por desgracia, no fue así. El sangrado masivo determinó la necesidad de llevar a cabo, de urgencia, una cirugía radical de alto riesgo". Es de destacar, como igualmente indica el instructor, que el reclamante no cuestiona la asistencia prestada en el Hospital "Y", con la que se muestra conforme, "excepción hecha de la neuropraxia del nervio ciático", ya señalada.

En definitiva, debemos concluir este punto recordando que, como ya ha tenido ocasión de manifestar este Consejo, "corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la `lex artis` médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama" (Dictamen Núm. 243/2006). En este caso, el reclamante debió probar, y no lo hizo, que el tratamiento conservador dispensado por el Hospital "X" supuso una violación de esa *lex artis* y que la no prescripción por éste del tratamiento mediante intervención quirúrgica supuso un agravamiento de la enfermedad y de sus futuras secuelas.

Pero además, tal y como hemos razonado, el análisis de la historia clínica en su conjunto, y muy particularmente de la asistencia prestada en el Hospital "Y", con la que el reclamante se muestra de acuerdo, nos permite afirmar que la actuación de los profesionales del Hospital "X" fue correcta y ajustada a la *lex artis*, habiendo sometido al paciente a diversas pruebas diagnósticas y analíticas y, en función de los resultados y síntomas manifestados, pautando, en un breve espacio de tiempo, varios tratamientos farmacológicos tendentes a controlar la enfermedad que padecía.

Resta referirnos al último de los daños alegados, a la "neuropraxia del nervio ciático-poplíteo". Ya hemos señalado que los informes técnicos la relacionan con la intervención quirúrgica que le fue practicada al reclamante, en concreto, por "compresión de la pernera de la mesa de quirófano, a nivel de la cabeza del peroné", mencionando que se trata de una "lesión infrecuente, pero típica", por la posición ("litotomía") a la que se ven obligados a someterse estos pacientes, en cirugías de larga duración. Tales afirmaciones fueron conocidas por el interesado, puesto que se encuentran en los dos informes técnicos a los que tuvo acceso en el trámite de alegaciones, y al respecto nada indica, limitándose a manifestar, en el último de sus escritos, que se trata de una "lesión objetivable y que habrá de ser indemnizada por la Administración".

Sin embargo, hemos de reiterar aquí, de nuevo, la doctrina ya expuesta sobre la *lex artis*, afirmando que no toda lesión que sufran los particulares con ocasión de una asistencia médica ha de ser indemnizada, puesto que para apreciar que el daño es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*, correspondiendo la carga de la prueba de dicha violación al reclamante. En este caso, el interesado ni tan siquiera alega vulneración alguna de esa *lex artis*, limitándose a realizar una apelación genérica al carácter objetivo de la lesión, pero desconociendo la exigencia legal (artículo 139.1 de la LRJPAC) de que dicho daño se encuentre unido, causalmente, al funcionamiento del servicio sanitario público.

En definitiva, no se ha probado relación alguna de causalidad entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños y las secuelas cuya indemnización pretende, debiendo, consecuentemente, denegarse la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

Las conclusiones expuestas hacen innecesario el examen de la evaluación -o estimación- económica realizada en la reclamación.

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.