

Expediente Núm. 33/2008
Dictamen Núm. 47/2009

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Jiménez Blanco, Pilar
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 23 de abril de 2009, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 6 de febrero de 2008, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su tía como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en dos hospitales públicos de la Comunidad Autónoma.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Mediante escrito presentado en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 27 de junio de 2007, la reclamante solicita responsabilidad patrimonial por los daños morales derivados del fallecimiento de su tía como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en dos hospitales públicos.

Tras manifestar que “tenía relación sentimental y de convivencia” con su tía, y que es su “única y universal heredera”, refiere que el día 5 de agosto de 2006, su tía “sufre fuertes convulsiones (...), por lo que es trasladada (...) al Servicio de Urgencias del Hospital `X´. (...) se le practica un escáner en el que se le aprecia el antiguo infarto cerebral, sin constatar ninguna lesión nueva. El médico comunica a la familia que quedará esa noche en observación. Se le pone un tratamiento y pernocta en Urgencias (...). Una vez en el domicilio, nos vemos en la imposibilidad manifiesta de (...) alimentar a la enferma (...) que es incapaz de ingerir alimento alguno y (...) la medicación prescrita. Este hecho se pone en conocimiento del médico de cabecera, quien aconseja esperar un poco y volverla a ingresar en Urgencias”.

Continúa relatando que “el lunes, 7 de agosto de 2006, se vuelve a llamar al médico, quien proporciona un volante para un nuevo ingreso (...) ese mismo día en (...) Urgencias del Hospital `X´”. En dicho Servicio “se le realizan nuevas pruebas y movimientos” que, a su juicio, deterioran, “si cabe, aún más al paciente”.

Manifiesta que, “durante la tarde del lunes 7 de agosto, (su tía) es trasladada (...) al Hospital `Y´ (...), donde queda bajo la responsabilidad” del doctor que identifica. Entre admiraciones y en negrita señala que se trata de “médico geriatra”. Añade que en este hospital “padece convulsiones cada cuarto de hora, e incluso en periodos más breves (10 minutos) hasta que, incapaces de controlarlas” y “con cuadro febril” la trasladan nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital “X” el día 12 de agosto de 2006 “y vuelta a empezar, hasta que la derivan al Servicio de Neurología, donde permaneció hasta el día 24 de agosto de 2006, fecha de su fallecimiento”.

Especifica que en el centro médico le proporcionan alimentación “con espesantes ante el temor de bronco-aspiración y, evidenciando tales riesgos, se opta por pasar a una alimentación a base de suero fisiológico”, por lo que, a su juicio, fue una temeridad haberla enviado para su domicilio al día siguiente de su primer ingreso, con “clara sintomatología neurológica” y una medicación que

no podía ingerir, “deambulando por los hospitales hasta que se determina su diagnóstico, falleciendo poco tiempo después”.

Cuantifica la indemnización que entiende le corresponde de “iure proprio” por los daños morales en cuarenta y ocho mil trescientos siete euros (48.307 €), según el baremo establecido en la Ley de Responsabilidad Civil y Seguros en la Circulación de Vehículos a Motor.

Solicita prueba documental y pericial “para que por un perito médico neurólogo (se) informe sobre si el tratamiento efectuado ha sido correcto y si se ha procedido con la celeridad que el caso y las circunstancias, conforme a las pruebas practicadas, (exigían), y aquellas otras cuestiones que interese al esclarecimiento de esta petición”, interesando ser citada “a fin de delimitar (...) los extremos concretos que deberá informar el perito”.

Adjunta una copia del testamento abierto de la fallecida, fechado el 4 de julio de 1984, en el que consta la designación de la reclamante como su heredera universal, en caso de premoriencia de una hermana de la testadora. Al final del mismo figura una diligencia extendida por el notario el día 19 de octubre de 2006, según la cual la reclamante, a la que considera sobrina y heredera, le acreditó en forma legal el fallecimiento de la testadora y su derecho a obtener una copia del testamento.

2. El día 13 de julio de 2007, el Secretario General del Hospital “X” remite al Servicio instructor una copia del parte de reclamación y de la historia clínica de la perjudicada.

En está constan, entre otros, los siguientes documentos: a) Hoja de datos del Hospital “X”, en la que figura el domicilio de la paciente, que coincide con el de la reclamante. b) Informe del Área de Urgencias del Hospital “X”, del día 5 de agosto de 2006, según el cual la paciente ingresa por “crisis comicial” y “pasa 24 h en boxes de observación sin repetición de episodios comiciales. Valorada por el Sº de Neurología, la paciente es alta”. Se le diagnostica “crisis epiléptica (...). ITU”. Se le recomienda “control por su MAP y regresar a este Sº si empeoramiento”, solicitándole aquél que evalúe “si la crisis comicial es por la

infección de orina o no". c) Informe del Servicio de Neurología del Hospital "X", de 12 de agosto de 2006, según el cual se le diagnostica a la paciente "crisis (...) 2^{arias} a lesión isquémica antigua (...), por lo que se decide ingreso". d) Hojas de observaciones de enfermería, en las que figura anotado, el 14 de agosto de 2006, "varias crisis parciales en la tarde (...). No está en condiciones de tomar medicación V.O."; el día 15, "nivel de conciencia bajo, imposible darle la medicación oral" y disminución del "nivel de conciencia./ No se da medicación V.O."; el día 17, "muy postrada. Imposible tolerancia V.O."; el día 18, "se intenta tolerancia al DNO. Come parte de un yogur. No disfagia, pero poco colaboradora" y "muy postrada en la tarde. Imposible tolerancia"; el día 19, está "postrada. No tolerancia" y "bastante postrada, no crisis, no apta para tolerancia V.O."; el día 20, "postrada. No tolerancia"; el día 22, "colocada SNG". e) Hojas de curso clínico del Servicio de Neurología en las que figura, el 14 de agosto "hoy se encuentra ligeramente mejor. Según notas de enfermería no ha presentado crisis en las últimas 24 h"; el día 16, la "familia refiere que hoy la encuentran mejor. Desde ayer por la tarde no ha presentado crisis (...). Presenta buena evolución. Mañana probaremos tolerancia oral"; el día 18, "situación similar a la de los últimos días (...). Sin crisis. Se ha intentado tolerancia oral. Deglute sin problemas pero el nivel de conciencia todavía no es óptimo para alimentación oral"; el 21, "no tolera la dieta oral por bajo nivel de conciencia. No ha presentado crisis en todo el fin de semana"; el día 22, solicitud de consulta a "nutrición para iniciar NE"; el día 24, exitus de la paciente a las 9:30 horas. f) Informe del Servicio de Nutrición, de 23 de agosto de 2006. En él se consigna paciente "con bajo nivel de conciencia, que se probó tolerancia por vía oral 21/8/06, sin ser positiva, por presentar gran postración./ Dado que la paciente presenta gran riesgo de broncoaspiración, pensamos que se beneficiaría de nutrición enteral en perfusión continua" y se añade "hablado con hija, desconocen peso y refieren ingesta de todo tipo de alimentos en dieta túrmix. No episodios de broncoaspiración ni atragantamientos previos a ingreso".

3. Con fecha 20 de julio de 2007, la Responsable del Servicio de Atención al Usuario del Hospital "Y" remite copia de la historia clínica de la perjudicada.

Constan en ella, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe de consultas del Servicio de Cardiología del Hospital "X", del 22 de julio de 2005, en el que se reflejan como antecedentes personales "diabetes mellitus tipo II. Hipercolesterolemia. ACV hemisférico derecho. FA crónica y estenosis mitral". b) Informe del Área de Urgencias del Hospital "X", del día 7 de agosto de 2006, según el cual "acude por fiebre" y se le realiza una exploración física. c) Hojas de curso clínico relativas a un ingreso en el Hospital "X" y que refieren, el día 7 de agosto de 2006, "fiebre y deterioro estado" general con mayor "postración en relación con (...) infección respiratoria. Hace 48 h tuvo una crisis comicial y pasó 24 h" en observación "siendo dada de alta ayer./ A descartar broncoaspiración". Refiere mayor "disnea (...), con hipoventilación global (...). ITU (...). Crisis comicial hace 24 h coincidiendo con pico febril. (...) dado que se trata de una única crisis, de acuerdo con familia se decide no tratar y ver evolución. Si repite podrían plantearse anticomiciales". d) Hoja de órdenes terapéuticas en Urgencias del Hospital "X", de 7 de agosto de 2006, en la que figura "control ctes. habituales./ Dieta sin sal (...). Coagulación al llegar a planta (...). Urinocultivo". e) Informes relativos a las pruebas realizadas el día 7 de agosto de 2006: electrocardiograma y análisis de orina, bioquímica general y hematología.

f) Hoja de valoración de enfermería al ingreso en el Hospital "Y", de 7 de agosto de 2006, en la que la reclamante consta como cuidadora principal de la perjudicada. g) Hoja relativa a la historia clínica de la perjudicada en el Hospital "Y", en la que se consigna, en enfermedad actual, "vista hace 48 h por crisis convulsivas en relación con pico febril. Fue dada de alta con Keppla", desde entonces descenso del "nivel de consciencia, acompañada de fiebre". h) Hojas de curso clínico, en las que se anota, el día 9 de agosto de 2006, que "durante la noche presentó crisis convulsiva (...) de corta duración, que cedió espontáneamente y que ha vuelto a repetir en 5 ocasiones a lo largo de la mañana"; el día 10, "crisis comiciales de corta duración (...), presenta un

aceptable nivel de conciencia y contesta a órdenes sencillas, por lo que iniciamos tolerancia oral con dieta por túrmix y espesantes"; el día 11, "avisar" por "crisis convulsivas (...). Cuando llego no objetivo ninguna crisis. La familia refiere que son de corta duración"; el día 12, consta "aunque el personal no ha objetivado convulsión, la familia refiere (...) múltiples episodios (...). Cuando veo a la paciente, ésta permanece tranquila con apertura espontánea de ojos, contestando a preguntas sencillas y sin objetivarse convulsiones. La familia insiste en que la encuentran peor y que las convulsiones no ceden con tto. (...). Comentado el caso con Adjunto Médico de Urgencias, opto por traslado al mismo para valoración por Neurología para descartar meningitis y/o nuevo ACV que pueda explicar las convulsiones (...) que la paciente presenta". i) Hojas de órdenes terapéuticas en las que se pauta, el día 7 de agosto, "dieta sin sal"; el día 8 "dieta por túrmix con espesante"; el día 9, "dieta absoluta excepto medicación"; el día 10 "dieta (...) por túrmix". j) Informe de alta de hospitalización, de 12 de agosto de 2006, en el que consta que "las crisis convulsivas desde su ingreso en nuestro centro se volvieron a repetir (08/08/06)". Se inició tratamiento con Valium y, posteriormente con Neosidantina, "dado que mejoró el nivel de conciencia y, aunque se han vuelto a repetir, han sido más espaciadas y de menor intensidad, pero desde ayer presentó de nuevo, coincidiendo con elevación de Tª (37,8 °C), crisis convulsivas (...) y mayor deterioro. Ha sido preciso administrar puntualmente (...) Rivotril./ Ante el no control de las crisis convulsivas, creemos necesario sea vista en Urgencias por Neurología (...). Se había dejado en dieta absoluta y desde hace 48 horas iniciado tolerancia oral con dieta por túrmix y espesantes ante el gran riesgo de broncoaspiración, ya que había mejorado el nivel de conciencia".

4. Mediante escrito notificado a la reclamante el día 30 de julio de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias le comunica la fecha en que la reclamación ha tenido entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias -27 de junio de 2007-, la incoación

del oportuno procedimiento, las normas con arreglo a las cuales se tramitará y los efectos del transcurso del plazo sin que haya recaído resolución expresa, indicándole que el plazo de seis meses se empezará a contar desde la fecha señalada como de inicio del procedimiento.

5. El día 31 de julio de 2007, el Coordinador de Urgencias del Hospital "X" remite al Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto el informe emitido por él con fecha 27 de ese mismo mes. En él se hace constar que la perjudicada, de "79 años de edad, presentaba una dependencia severa para actividades básicas de la vida diaria (ABVD); entre sus antecedentes destaca diabetes mellitus tipo 2, arritmia completa por fibrilación auricular crónica, estenosis mitral y antiguo ACV hemisférico derecho extenso". En cuanto al primer ingreso, señala que "acudió al Área de Urgencias Generales" del Hospital "X" "el día 5 de agosto de 2006 (...), tras presentar dos episodios de crisis parciales con posterior generalización. Tras la estabilización y tratamiento iniciales para yugular las crisis y realización de estudios complementarios, entre los que destaca un TAC de cráneo urgente, informado como de extenso infarto antiguo hemisférico derecho sin observarse lesiones isquémicas ni hemorrágicas agudas, la paciente ingresa en la Unidad de Observación de Urgencias donde se mantiene bajo vigilancia y tratamiento médico hasta el día 6 de agosto a las 12:00 horas, siendo dada de alta a su domicilio con tratamiento anticomicial y antibiótico por infección urinaria. No presentando durante su estancia nuevos episodios convulsivos". Añade que "durante la estancia en Urgencias, que fue de unas 32 horas, se pautó dieta por túrmix, como la que venía haciendo (...) en su domicilio (...), sin episodios de broncoaspiración ni atragantamiento". Se remite a la hoja de consulta de Nutrición y a la anotación de enfermería correspondiente a las 13:00 horas del día 5 de agosto que "refiere que se le ofrece comida tragando con alguna dificultad (disfagia que ya presentaba la paciente). Se solicitó además consulta y valoración por Neurología que la vio en 3 ocasiones durante su estancia en la Unidad de Observación. Se decide alta a

su domicilio con tratamiento y revisión en consulta preferente por Neurología, se recomiendan además controles por su médico de Atención Primaria”.

En cuanto al ingreso del día 7 de agosto, indica que “a las 24 horas acude de nuevo a Urgencias, remitida por su médico”, y cita una nota del Hospital “Y”, según la cual “el motivo del reingreso fue infección urinaria: cuadro febril con sedimento de orina patológico y leucocitosis”. Respecto a la asistencia que se le prestó, manifiesta que “realizadas las oportunas pruebas complementarias se decide solicitar consulta para ingreso en el Servicio de Geriátrica de agudos” del Hospital “Y”, que considera “el lugar más apropiado para su tratamiento” por “la edad y la pluripatología de la paciente”. Refiere que “las crisis parciales se volvieron a repetir (día 8 de agosto de 2006)” después del ingreso en el Hospital “Y”, por lo que se intensificó en este centro “el tratamiento con anticomiciales y mejoró el nivel de conciencia de la paciente y las crisis se hicieron más espaciadas y de menor intensidad. El día 11 de agosto de 2006 presentó de nuevo fiebre y crisis convulsivas con fasciculaciones faciales y mayor deterioro. Ante esta nueva situación, se remite (...) el día 12 de agosto de 2006 (...) al Hospital “Y” para valoración y tratamiento por Neurología”. Expone que, “según consta en la nota de traslado” aunque durante su ingreso en el Hospital “Y” estuvo en dieta absoluta, en las últimas 48 horas previas (...) y antes del inicio de la reagudización de las crisis, dado que había mejorado su nivel de conciencia, se inició tolerancia oral con dieta por túrmix y espesantes que se administran a la dieta para prevenir la broncoaspiración; riesgo que presentaba la paciente debido a la disfagia, secuela de su ACV previo”.

Continúa informando que la paciente ingresa en el Servicio de Neurología el “día 12 de agosto de 2006, con el diagnóstico de crisis parciales oculoversivas secundarias a lesión isquémica antigua y síndrome febril en relación con infección del tracto urinario. Durante su estancia (...) se controlan las crisis (...) (y) no presenta episodios convulsivos desde el día 15 de agosto. A pesar del tratamiento instaurado, la evolución (...) no es buena debido a la

edad, secuelas de ACV previo y patología asociada. La paciente es exitus el día 24 de agosto de 2006”.

Concluye que “el exitus se produce como consecuencia de la evolución natural de su enfermedad vascular cerebral y la patología intercurrente, sin que el hecho de que tras la primera asistencia en Urgencias y el alta posterior a su domicilio la mayor o menor dificultad que (...) presentara para deglutir incidieran en la evolución de su enfermedad y en el desenlace final. La paciente ya presentaba problemas de deglución previos. No existe evidencia en la historia clínica de broncoaspiración durante el ingreso” en Urgencias, en el Hospital “Y” o en el Servicio de Neurología. Por lo que considera que “el tratamiento y la actitud tomada (...) fue la adecuada en todo momento y se optó siempre por la opción que más pudiera beneficiar a la paciente en función de la evolución de su enfermedad”.

Adjunta copia de diversos documentos solicitados por el instructor, entre otros: a) Informe del Servicio de Neurología del Hospital “X”, correspondiente a la asistencia prestada los días 5 y 6 de agosto de 2006. b) Hoja de observaciones de enfermería del Servicio de Urgencias del Hospital “X”, en la que figura anotado a las 13:00 horas del día 5 de agosto de 2006 que “se le ofrece (comida), tragando con alguna dificultad la medicación”.

6. El día 23 de agosto de 2007, la Responsable del Servicio de Atención al Usuario del Hospital “Y” envía al Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto un informe realizado por el médico de la Unidad de Agudos que atendió a la tía de la reclamante con esa misma fecha.

En él refiere “paciente de 79 años de edad con dependencia severa para actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel 10) que ingresa el 07/08/06 por cuadro febril en probable relación con ITU (sedimento urinario patológico con moderada leucocitosis) y crisis convulsivas de repetición (...), siguiendo tratamiento con Keppra 500 (...), sin haberse logrado control de las mismas, iniciando tratamiento con Neosidantina 100 (...), asociado al resto de medicación, ante la mejoría del nivel de conciencia e inicio de tolerancia oral

con dieta por túrmix y espesantes ante el gran riesgo de broncoaspiración, como mejor respuesta al mismo, siendo éstas más espaciadas y de menor intensidad, con puntual administración de Rivotril intravenoso (...), a pesar de lo cual el día previo al traslado al Servicio de Urgencias las convulsiones se acentuaron por lo que en fecha 12/08/06 se traslada con carácter urgente para valoración por Neurología" del Hospital "X".

7. Con fecha 30 de agosto de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación.

En el apartado de valoración, considera que "el alta dada en el Servicio de Urgencias el 6 de agosto de 2006 con indicación de controles por su médico y consulta en el Servicio de Neurología es adecuada y la mayor o menor dificultad que la paciente presentara para deglutir no tienen incidencia alguna en la evolución de su enfermedad y en el desenlace final. La paciente ya presentaba problemas de deglución previos, y además no existe evidencia en la historia clínica de broncoaspiración durante el ingreso tanto en Urgencias como en el (Hospital `Y`) o el Servicio de Neurología. A pesar de que la reclamante escriba entre admiraciones que la paciente fue remitida posteriormente para su tratamiento a una Unidad geriátrica y no a un neurólogo, esta decisión es perfectamente correcta, siendo la opción más adecuada de acuerdo con la edad, patología y grado de deterioro que presentaba la enferma". Concluye que "la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*".

8. Mediante escrito de 31 de agosto de 2007, el Jefe del Servicio instructor remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la corredería de seguros.

9. Obra incorporado al expediente un dictamen, de 30 de noviembre de 2007, emitido a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias, y suscrito colegiadamente por dos especialistas en Neurología.

En él afirman que “la expectativa de vida de un paciente que ha sufrido un ictus se ve drásticamente reducida” y que la presencia de lesiones residuales grandes con extensa afectación cortical favorece la aparición de crisis convulsivas y que “los cuadros febriles, infecciones intercurrentes y las alteraciones metabólicas son los principales factores precipitantes. Su abordaje, manejo y tratamiento es muy similar al de las crisis convulsivas de cualquier otra etiología”. Concluyen que “el manejo diagnóstico y terapéutico de la paciente ha sido en todo momento correcto y acorde a la buena praxis médica. El fallecimiento de la paciente sólo puede atribuirse a las complicaciones habituales, propias de su precaria situación basal previa”.

10. Mediante escrito notificado a la reclamante el día 17 de diciembre de 2007, se le comunica la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días, remitiéndole una relación de los documentos obrantes en él.

11. El día 18 de diciembre de 2007, la reclamante se persona en las dependencias administrativas y se le hace entrega de una copia íntegra del expediente, según consta en el acta levantada al efecto, suscrita por una funcionaria y la interesada.

12. Con fecha 28 de diciembre de 2007, la reclamante presenta alegaciones en las que muestra su disconformidad con los informes emitidos, porque concluyen “que el fallecimiento de la paciente sólo puede atribuirse a las complicaciones habituales propias de su precaria situación basal previa y condicionada por su edad avanzada” y reitera que la asistencia prestada a su tía fue inadecuada. Afirma que, aunque su tía presentaba una clara sintomatología neurológica, al día siguiente de su primer ingreso se la remite para su domicilio, con una

medicación que no puede ingerir, y que ha sido tratada en una Unidad Geriátrica y no en Neurología.

El día 9 de enero de 2008, el Jefe del Servicio instructor remite a la compañía aseguradora una copia de las alegaciones presentadas.

13. El día 17 de enero de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios propone desestimar la reclamación presentada, porque “el manejo diagnóstico y terapéutico de la paciente ha sido en todo momento correcto y acorde a la buena praxis médica. El fallecimiento de la paciente sólo puede atribuirse a las complicaciones habituales, propias de su precaria situación basal previa”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 6 de febrero de 2008, registrado de entrada el día 12 de ese mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud 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.- La reclamación es presentada por la sobrina de la perjudicada, que además alega ser heredera universal de la ahora fallecida. Estas circunstancias no son en sí mismas suficientes para reconocer la legitimación activa de quien reclama. Sin embargo, la interesada aduce que tenía una relación sentimental y de convivencia de hecho con su tía. Existe constancia en el expediente no sólo de dicha convivencia, sino también de que la reclamante era su cuidadora principal, lo que revela una relación de especial afectividad cuya ruptura, motivada por el fallecimiento de aquélla, podría conllevar un perjuicio que acredita el requisito de procedibilidad que ahora se analiza.

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 prescripción, 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 27 de junio de 2007, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 24 de agosto de 2006, por lo que es claro que fue formulada 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.

Ahora bien, la reclamante interesó como prueba la incorporación al expediente de la historia clínica de la paciente y la emisión de un informe por un neurólogo en relación con la corrección del tratamiento prescrito y la celeridad de la actuación llevada a cabo. Lo procedente hubiera sido acordar la apertura de un periodo probatorio a fin de que aquélla pudiera presentar la prueba pericial propuesta, pero este trámite no fue realizado. Sin embargo, en el trámite de audiencia tuvo conocimiento del informe emitido colegiadamente por dos especialistas en Neurología, que versa sobre los aspectos por ella señalados, y no formula reparo alguno a la tramitación del procedimiento, por lo que no apreciamos que la omisión señalada le haya producido indefensión.

Por último, advertimos 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 de la Administración del Principado de Asturias el día 27 de junio de 2007, se concluye que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 12 de febrero de 2008, 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 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.- La reclamante interesa que se le indemnice el daño moral derivado del fallecimiento de su tía, que atribuye a la asistencia sanitaria prestada en dos hospitales públicos de la Comunidad Autónoma. Considera que esta asistencia fue inadecuada porque se le dio de alta indebidamente el día 6 de agosto de 2006 y su diagnóstico se realizó tras deambular por dos hospitales.

La realidad del fallecimiento de la tía de la interesada consta en el expediente y, dada la aparente relación de afectividad existente, como allegada y conviviente con ella, podría haberse producido un daño moral, hipótesis que justifica la continuación de nuestro análisis, sin perjuicio de la necesaria valoración que habrá de concretarse, en su caso, si este dictamen concluyese que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad administrativa.

Ahora bien, aunque supongamos a tales efectos la existencia de un daño en el curso de la actividad del servicio público sanitario, ello no implica sin más el reconocimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, 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*.

También ha subrayado este Consejo que 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 el fallecimiento de su tía, por el que reclama.

Según los informes emitidos por la Unidad de Agudos del Hospital "Y" y por el Coordinador de Urgencias del Hospital "X", la tía de la reclamante contaba con 79 años de edad, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, arritmia completa por fibrilación auricular crónica, estenosis mitral y antiguo ACV hemisférico derecho extenso y presentaba dependencia severa para actividades básicas de la vida diaria. Había acudido al Servicio de Urgencias del Hospital "X" el día 5 de agosto de 2006, tras padecer dos crisis tónico-clónicas. Estuvo en observación en Urgencias hasta el día 6 de agosto de 2006, día en que se le dio de alta con el diagnóstico de "crisis epiléptica de probable inicio parcial y generalización secundaria (ictus antiguo)" e infección de tracto urinario, con la recomendación de control por su médico de Atención Primaria y regresar a Urgencias si empeoraba, indicándole a aquél que evaluara si la crisis comicial era o no debida a la infección de orina.

La interesada refiere que su tía, tras ser dada de alta por el Servicio de Urgencias el día 6 de agosto de 2006, era "incapaz (de) ingerir alimento alguno y (...) la medicación prescrita". Sin embargo, según se desprende de la hoja de curso clínico relativa al ingreso del 7 de agosto de 2006, el motivo del mismo no fue la supuesta incapacidad de tragar de la paciente, ni consta referida al médico que la atendió en ese momento. De la historia clínica obrante en el expediente y del informe del Coordinador de Urgencias del Hospital "X" se deduce que, tanto el día 5 como el día 7 de agosto de 2006, la paciente pudo ingerir "dieta túrmix", lo que, entendemos, constituye un indicio de que el día 6 también pudo tomar alimentos y la medicación pautada, sin que ello haya resultado desvirtuado por la reclamante, que no aportó prueba alguna de las manifestaciones por ella realizadas. A mayor abundamiento, el informe del

Servicio de Nutrición, fechado el día 23 de agosto de 2006, refleja que “hablado con hija (...), refieren ingesta de todo tipo de alimentos en dieta túrmix”.

La interesada alega que el día 7 de agosto de 2006, tras ingresar de nuevo en el Servicio de Urgencias, “se le realizan nuevas pruebas y movimientos” que, a su juicio, deterioran, “si cabe, aún más al paciente”. En su escrito no dirige reproche alguno a la oportunidad de las pruebas practicadas o a la forma en que se llevan a cabo, simplemente señala un deterioro tras efectuar las mismas. Sin embargo, el eventual deterioro de la paciente tras la realización de unas pruebas no pone de manifiesto que aquéllas hayan sido inadecuadas o se hayan ejecutado de forma incorrecta. Además, el Coordinador de Urgencias del Hospital “X” subraya que a la tía de la reclamante se le hicieron las pruebas complementarias oportunas.

Añade la reclamante que el mismo día 7 de agosto de 2006 su tía es ingresada en el Hospital “Y” a cargo de un médico geriatra y que en este centro padece convulsiones que no son capaces de controlar, por lo que el día 12 de agosto de 2006 la trasladan nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital “X” “y vuelta a empezar, hasta que la derivan al Servicio de Neurología, donde permaneció hasta el día 24 de agosto de 2006, fecha de su fallecimiento”.

Tanto el informe del Coordinador de Urgencias del Hospital “X” como el informe técnico de evaluación afirman que el Servicio de Geriatria de agudos del Hospital “Y” era el lugar más apropiado para el tratamiento de la paciente, dada su edad, la pluripatología y el grado de deterioro que presentaba.

Durante su ingreso en el Hospital “Y”, como aduce la interesada, la paciente volvió a sufrir varias crisis. Sin embargo, el hecho de que éstas no pudieran ser controladas no revela defectos en el tratamiento pautado para las mismas. Se trataba de crisis de corta duración, que, en algunas ocasiones, ni siquiera llegaron a objetivarse por el personal sanitario o que, incluso, cedían espontáneamente. A pesar de ello, la paciente presentaba un aceptable nivel de conciencia y fueron superadas hasta el día 12 de agosto de 2006. También queda reflejado en el expediente que cuando la propia familia avisó -ese mismo día 12 de agosto- de que las crisis no cedían al tratamiento, se remitió a la

paciente al Servicio de Urgencias del Hospital "X", sin esperar a su verificación médica.

Por último, señala la reclamante que en el centro médico proporcionan a su tía alimentación "con espesantes ante el temor de bronco-aspiración y, evidenciando tales riesgos, se opta por pasar a una alimentación a base de suero fisiológico", por lo que, a su juicio, fue una temeridad haberla enviado para su domicilio al día siguiente de su primer ingreso, con "clara sintomatología neurológica" y una medicación que no podía ingerir, "deambulando por los hospitales hasta que se determina su diagnóstico, falleciendo poco tiempo después".

Ya hemos consignado los indicios que nos permiten afirmar que el día 6 de agosto la paciente podía ingerir la medicación y no figura en la historia clínica ningún episodio de bronco-aspiración. Es más, en el informe del Servicio de Nutrición, de 23 de agosto de 2006, se anota "hablado con hija (...), no episodios de broncoaspiración, ni atragantamientos previos a ingreso".

Además, según el informe técnico de evaluación, "el alta dada en el Servicio de Urgencias el 6 de agosto de 2006, con indicación de controles por su médico y consulta en el Servicio de Neurología es adecuada". Tanto en este informe como en el del Coordinador de Urgencias del Hospital "X" se afirma que "la mayor o menor dificultad que la paciente" pudiera presentar "para deglutir no tienen incidencia alguna en la evolución de su enfermedad y en el desenlace final".

Por otro lado, consta acreditado en el expediente que desde el día 5 de agosto de 2006 se le diagnosticaron a la paciente crisis comiciales. Ahora bien, resulta de la hoja de curso clínico, relativa al ingreso de 7 de agosto de 2006, que, a la vista de que sólo había presentado crisis el día 5 y que no se habían vuelto a repetir, se decidió mantener la actitud expectante, además, con el acuerdo de la familia.

Los informes técnicos obrantes en el expediente descartan la relación de causalidad entre el fallecimiento de la paciente y la asistencia sanitaria prestada. El Coordinador de Urgencias sostiene que "el exitus (de la tía de la

reclamante) se produce como consecuencia de la evolución natural de su enfermedad vascular cerebral y la patología intercurrente". En ese mismo sentido, los especialistas en Neurología consideran que el fallecimiento de aquella sólo puede atribuirse a las complicaciones habituales propias de su precaria situación basal previa.

Todos los informes emitidos en el caso aseguran que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*.

En el trámite de audiencia, la interesada muestra disconformidad con los informes emitidos en el expediente y reitera la consideración de que la asistencia prestada a su tía fue inadecuada porque, a pesar de que presentaba una clara sintomatología neurológica, fue remitida para su domicilio al día siguiente de su primer ingreso, con una medicación que no podía ingerir, y también por haber sido tratada en una Unidad Geriátrica y no en Neurología.

No presenta prueba alguna que avale tales afirmaciones, aunque uno de dichos informes fue formulado por dos especialistas en Neurología, tal y como ella había solicitado en su reclamación. Tampoco aporta ningún informe que se oponga a los emitidos, por lo que la incorrección de las conclusiones formuladas en los mismos y de la asistencia sanitaria prestada únicamente encuentran justificación en lo afirmado por ella, lo cual no es bastante para tenerlos por ciertos.

Este Consejo ya ha tenido ocasión de pronunciarse en supuestos similares al que nos ocupa, indicando que cuando no existe prueba que permita vincular al servicio público la causa determinante del daño, esta ausencia de prueba es suficiente por sí sola para desestimar la reclamación presentada, toda vez que la carga de la prueba pesa sobre la parte reclamante de acuerdo con los aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori*, e impide apreciar la relación de causalidad y la antijuridicidad cuya existencia sería inexcusable para un eventual reconocimiento de responsabilidad de la Administración.

En consecuencia, no podemos estimar que la asistencia prestada a la tía de la reclamante haya sido incorrecta, pues se ha actuado en todo momento conforme a la *lex artis*, y su fallecimiento sólo puede atribuirse a las complicaciones propias de la precaria situación basal previa.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.