

Expediente Núm. 192/2009
Dictamen Núm. 32/2010

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 18 de febrero de 2010, 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 10 de febrero de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 31 de julio de 2008, se presenta en una oficina de Correos una reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias y a su aseguradora, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

Los reclamantes, actuando en su propio nombre y derecho y en el de su esposo y padre, manifiestan que el día 23 de julio de 2007 ingresa este en el Hospital “X” con traumatismo craneoencefálico y pérdida de conciencia de

minutos de duración, tras caída casual en su domicilio. Continúan relatando que “el día 25 de julio de 2007 se solicita la primera prueba diagnóstica” y que, “de entrada, se le realizó al paciente TC y RMN a nivel cervical habitual, se le apreció posible fractura desplazada de C-5/C-6. El informe del TC es del día 26 de julio de 2007 y dice que la listesis del cuerpo vertebral C-5 visible en la radiografía simple previa se encuentra reducida; no habla de fractura desplazada./ En la RMN se aprecia fractura de elementos del muro posterior y de la caña de bambú ‘sin desplazar’. También se aprecia ‘un pequeño fragmento en la parte posterior que no compromete a la médula y al canal medular’”. Señalan que el 30 de julio de 2007, tras sufrir un periodo de agitación, el paciente “presenta dificultad para mover las extremidades”, por lo que se consulta con el Servicio de Traumatología, desde el que se “aconseja collarín tipo Philadelphia”, atribuyendo aquella dificultad a la “espondilitis anquilopoyética que padecía”. Añaden que el día 31 de julio el perjudicado es remitido al Hospital “Y”, desde el que se le traslada al Hospital “Z”, y que, al llegar, “sólo movía un brazo, siendo tratado desde ese momento como lesionado medular”. Sostienen que la atención recibida en el Hospital “X” fue degradante para el enfermo.

Consignan los reclamantes que el paciente “presenta como diagnóstico tetraplejia secundaria a lesión medular por fractura desplazada de C-5/C-6, encontrándose actualmente ingresado en el Hospital Nacional de Paraplégicos de” y que “precisa ayuda de terceras personas para sus actividades cotidianas de por vida (...), tratamientos médicos y rehabilitadores” y “adaptación del vehículo y de la vivienda”.

Reprochan que no se le hubiese efectuado al paciente prueba alguna a su ingreso cuando, por los antecedentes que presentaba (espondilitis anquilopoyética), “habría que haberle realizado pruebas (...) exhaustivas, al ser un paciente con riesgo de fracturas”; que no fuese “tratado ni vigilado por el Servicio de Traumatología, sino en Medicina Interna en relación a su condición de bebedor habitual”; que no se le pusiesen “barreras en la cama, a pesar de la agitación”, produciéndose una caída durante la primera noche de su estancia en

el hospital, y que no se le administraran los cuidados necesarios, lo que se deduce de la formación de úlceras. En última instancia, aducen que el Hospital "X" no informó al Servicio de Neurocirugía del Hospital "Y" respecto al traslado, lo que provocó su derivación al Hospital "Z". Concluyen que, de haberse "tomado las medidas preventivas suficientes y el tratamiento adecuado, la fractura no se hubiese desplazado".

Valoran el daño ocasionado en un millón sesenta y cinco mil ciento tres euros con diez céntimos (1.065.103,10 €), reclamando, para el perjudicado, una indemnización por dicho importe actualizado a la fecha del pago, más una renta vitalicia para sufragar los gastos médico-hospitalarios, cuya concreción se efectuará en el periodo de prueba; para la esposa, la suma de ciento veinticuatro mil cincuenta y ocho euros (124.058 €); y, para el hijo del paciente, otro tanto, más los intereses que correspondan.

Solicitan la práctica de los siguientes medios de prueba: documental, consistente en "librar los oficios interesados por medio del primer otrosí (remisión de las historias clínicas del perjudicado que obren en el Hospital "X", en el Hospital "Y" y en el Hospital "Z") y unir al presente las historias clínicas (del paciente) y la respuesta del Hospital "X" sobre las especialidades médicas, nombre y número de colegiado de los facultativos que (le) atendieron" y en tener "por reproducida (...) la documental acompañada" al escrito de reclamación y pericial-testifical del especialista en Medicina Legal y Forense que citan.

Adjuntan a su reclamación copia de los siguientes documentos: a) Informe de un facultativo del Hospital Nacional de Paraplégicos de, de fecha 7 de febrero de 2008, en el que constan como diagnósticos "síndrome de lesión medular transversa C4 ASIA A./ Insuficiencia respiratoria neuromuscular./ Vejiga neurógena./ Intestino neurógeno./ Disfunción eréctil y eyaculatoria./ Síndrome espástico". b) Informe de un especialista en Medicina Legal y Forense, de fecha 18 de julio de 2008, en el que se recogen el relato verbal de los familiares y dos informes del historial clínico, uno de ellos del Hospital "X", sin fecha, y otro del Hospital "Z". En él considera "que al paciente se le ingresa

en Medicina Interna con el objeto de tratarle de su dependencia enólica (...); que no se ha explorado al enfermo desde el punto de vista traumatológico en función de la caída que tuvo en su domicilio con TCE y pérdida de conocimiento (...); que ha sido tratado como un paciente de Medicina Interna (...); que incluso la falta de cuidados ha permitido la formación de úlceras por presión, así como una caída de la cama (...); que se le envía a Neurocirugía del (Hospital "Y") desconociendo, según la familia, dicho Servicio que había sido remitido allí y enviándole al Hospital "Z"; "que además de evitar el desplazamiento de la fractura que ha originado la tetraplejia, se deduce de los informes que no se le han prestado los mínimos cuidados, como es el hecho de que se caiga estando ingresado, no se le pongan barrotes, no se prevea la aparición de un delirium trémens y agitación; y que presenta úlceras por presión a nivel de temporales, así como úlcera infectada por el collarín tipo Philadelphia a nivel del cricoides". Concluye que "desde el punto de vista médico-legal y forense entendemos que no se ha actuado de acuerdo a la lex artis ad hoc, tanto por el personal médico del Hospital "X", como por el personal de enfermería y auxiliares de clínica". c) Mapa de sensibilidad del enfermo, elaborado por el Hospital Nacional de Parapléjicos el día 4 de octubre de 2007. d) Dos placas realizadas por el mismo hospital. e) Varias fotografías del paciente y de los sistemas de adaptación de la vivienda.

2. El día 8 de agosto de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios solicita a la Gerencia del Hospital "X" una copia de la historia clínica del perjudicado y un informe del Servicio implicado, así como una certificación de la vinculación de los facultativos intervinientes con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. Con fecha 3 de septiembre de 2008, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio instructor una certificación de vinculación de los facultativos intervinientes al referido hospital, el informe emitido por el Servicio de Traumatología y una copia de la historia clínica del paciente.

En el informe del Jefe del Servicio de Traumatología, de 28 de agosto de 2008, se expone que el paciente “acude al Servicio de Urgencias el 24 de julio de 2007 por caída tras ingesta etílica importante con TCE (...), procediéndose a su ingreso en planta a cargo del Servicio de Medicina Interna para observación (...). Tanto en el informe del Servicio de Urgencias como en la nota del curso clínico en planta la exploración neurológica era normal, solicitándose Rx habitual de columna cervical, donde se apreció fractura desplazada de C5-C6, por lo que se completa el estudio con TAC y RMN. En RMN se aprecia fractura de elementos del muro posterior y de la caña de bambú sin desplazar, así como un pequeño fragmento en la parte posterior que no compromete a la médula y al canal medular”. Añade que “desde su ingreso en Urgencias (...) se pautan medidas de contención, dada la patología origen del ingreso: trauma por caída en intoxicación etílica”, y que “cuatro días más tarde, el 30 de julio de 2007, ante el empeoramiento de la exploración neurológica, se realiza una nueva RMN en la que se encuentra discreta listesis del cuerpo cervical C5 (no presente en resonancia magnética previa de fecha 25-07-07), extenso foco de mielopatía de carácter compresivo, que se extiende entre el platillo vertebral (superior) de C5 y el borde inferior de C6 y un pequeño fragmento óseo que invade la parte posterior del canal vertebral (...). Ante este estudio de imagen y la clínica neurológica (...) se adoptan medidas de compresión medular y se decide el traslado del paciente a un centro de atención para lesionados medulares”.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Hoja de valoración de enfermería al ingreso en Urgencias, a las 00:00 horas del día 23 (*sic*) de julio de 2007, en la que consta que el paciente presenta “herida frontal” y antecedentes de “bronquitis, TBC y IAM”. b) Informe del Área de Urgencias, en el que se señalan como antecedentes “bebedor habitual./ DM tipo 2, a tto. Insulina./ No broncopatía./ IAM (...). TBC en juventud”. Se consigna que “acude por caída tras ingesta etílica importante TCE con pérdida de consciencia de min. de duración, con recuperación espontánea, no cefalea posterior, no náuseas, no vómitos” y los resultados de la exploración física y neurológica, así como de las pruebas complementarias de bioquímica,

hemograma, EKG y Rx tórax. c) Hoja de valoración de enfermería al ingreso, en la unidad de Medicina Interna, a la 01:40 horas del día 24 de julio de 2007, con diagnóstico de traumatismo craneal, en la que se recoge el riesgo de caídas y como medios de contención mecánica: barandillas. d) Hojas de curso clínico en Medicina Interna, en las que se refleja, el 24 de julio de 2007, "consciente, orientado. Refiere mareo y dolor cervical posterior (leve dolor a palpación/percusión (...). No hallazgos en exploración pares ni vías largas" y se pide TAC y Rx columna; el día 25 de julio, antecedentes de "etílico crónico", DM 2, espondilitis anquilopoyética desde juventud, IAM y síndrome restrictivo secundario a lesiones vertebrales, que ingresó por intoxicación "etílica aguda + TCE frontal con pérdida de conciencia. Llegó consciente" y TAC craneal normal; que a las 5:00 horas "se levantó al WC (a pesar de barandillas) y avisa el compañero de la habitación porque lo encuentran en el suelo y consciente y orientado"; que "hoy sigue con dolor y tiene algún 'pinchazo' en 1^{er} dedo mano D. Rx columna cervical hoy. Llamativa espondilitis ya conocida, a la que se suma espondilolistesis C5-C6 G° II. Comentado con Trauma, solicitan TAC para valorar grado de antigüedad (...). Hablado con radiólogos, para RMN que harán hoy", y, al margen, "asocio Valium. Riesgo claro de delirium"; a las 14:00 horas, que "se hizo RMN y TAC, observándose fractura elementos muro postr. C5-C6 y de la caña de bambú", con diagnóstico previo de espondilitis anquilopoyética. No "desplazada ahora (en Rx columna cervical hace 3 h presentaba desplazamiento (...). Pequeño fragmento óseo en parte posterior canal medular, que no compromete a médula (posiblemente se trate de un fragmento de la caña de bambú (...). Médula y canal central bien. No compromiso (...). Edema de planos blandos posteriores y en posible relación con rotura del (líquido) interespinoso./ Comento con Trauma: mañana comentarán con unidad columna de `Z´"; el día 26, "collar semirrígido Philadelphia adaptado. Pido Rx", y que "tras caída, fractura cervical (visto por Trauma), le han colocado un collarín semirrígido./ Hoy consciente y orientado. Refiere molestias en el hombro derecho con los movimientos"; el día 27, "no signos de DT"; el día 31, "sin cambios". Pendiente "nueva valoración por Trauma. Está peor de movilidad del

brazo. Se avisará al trauma de guardia". e) Hojas de curso clínico de Traumatología, en las que se anota, el día 30, a las 18:15 horas, "avisar para valorar paciente ingresado desde 23-7-07 por TCE tras síncope + intoxicación etílica (...). Se le han realizado previamente estudios radiológicos: Rx + TAC + RMN (...). Refiere dificultad para movilizar EESS (...), EID (...), disestesias en pulgar D". Tras exploración física, se le aprecia "ausencia de motilidad espontánea de EEII, manos ni extensores de codo y muñecas. Disestesias pulgar D, hipoestesia borde cubital mano D. Abdomen distendido". Se planea avisar a Medicina Interna, "contactar con radiólogo para valorar RM" y con Trauma para considerar posibilidad de Unidad de Raquis. Más adelante se refleja que aproximadamente el día 26 se aprecia "pérdida de fuerza en las extremidades. No sabe referir si orina/defeca". En el examen presenta tetraparesia flácida de predominio proximal y derecho, "compatible con choque medular, probablemente el (fragmento) óseo se ha podido desplazar y comprimir/dañar la médula" y que "se puede repetir la RMN (...) para valorar mejor la señal medular"; a las 22:00 horas se examina de nuevo porque durante la cena se atraganta; el día 31, "RMN mayor grado de listesis, desplazamiento del fragmento de C5-C6 y edema medular. Hablo con Trauma (...) para traslado a H. `Z´ (Unidad de Raquis)". f) Hoja de petición de estudios, en la que consta que el día 24 de julio de 2007 se solicitó TAC craneal y de columna cervical, el día 25 una RMN de columna cervical y el día 26 Rx cervical. g) Hojas de órdenes terapéuticas, en las que figura, el día 25 de julio, collarín cervical y reposo en cama. h) Informe de alta del Servicio de Traumatología, del día 31 de julio de 2007, en el que se indica que "de entrada se efectuó al paciente TAC y RMN a nivel cervical, ya que en la Rx habitual de C. cervical se le apreció posible fractura desplazada de C5-C6./ En RMN se aprecia fractura de elementos del muro posterior y de la caña de bambú sin desplazar. También (...) pequeño fragmento en la parte posterior que no compromete a la médula y al canal medular./ Al habla con Traumatología se aconseja inmovilización con Philadelphia./ Con fecha 30-07-2007 avisar al trauma de guardia porque el paciente, después de sufrir un periodo de agitación (delirium), presenta

dificultad para mover las extremidades inferiores y con dificultad las superiores, dcha. e izda. Refiere disestesias en pulgar dcho. (...) e hipoestesias borde cubital mano D. Distensión abdominal./ Con fecha 31-07-2007 se efectúa nuevo estudio de RMN en que se aprecia la movilización de la fractura a nivel de C5-C6, con afectación medular y edema a nivel de la misma./ Se habla con el médico de guardia de Neurocirugía y se remite al paciente a ese centro”.

4. Mediante escrito de 9 de septiembre de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Hospital “Z” una copia del informe de alta del perjudicado.

5. Con esa misma fecha, el Gerente del Hospital “Z” remite al Servicio instructor una copia del informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva, de 3 de octubre de 2007, por traslado del paciente al Hospital de Paraplégicos de En él consta como motivo del ingreso “insuficiencia respiratoria aguda en tetraplejia secundaria a fractura medular por caída” y que “se envía al Servicio de Neurocirugía del (Hospital “Y”), quienes lo derivan al Servicio de Traumatología de dicho centro, que, tras valorarlo, decide su traslado al Servicio de Traumatología de este hospital./ Llega consciente con collarín, tiraje costal, úlcera supracricoidea con exudado purulento de decúbito del collarín (...). El viernes 03-08-07 se interviene quirúrgicamente, realizándose artrodesis cervical”. Se consigna como impresión diagnóstica “tetraplejia secundaria a lesión medular por fractura desplazada de C5-C6./ Artrodesis cervical./ Insuficiencia respiratoria aguda secundaria (déficit motor + paquipleuritis calcificada y lesiones pulmonares residuales derechas + espondilitis anquilopoyética)” y que, “dadas las limitaciones existentes en nuestro hospital (...), se solicita traslado al Hospital Nacional de Paraplégicos de, autorizándose su ingreso el día 3 de octubre de 2007”.

6. Mediante escrito notificado a los interesados el día 17 de septiembre de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios

les comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, les advierte de que disponen de un plazo “de diez días, contados a partir del siguiente al de la recepción de la presente notificación, para acreditar la capacidad de representación de los reclamantes en este procedimiento”.

7. El día 17 de septiembre de 2008, se incorpora al expediente una copia del poder general otorgado por el paciente a favor de su esposa e hijo, con fecha 7 de mayo de 2008, para que hagan uso del mismo de forma solidaria.

8. Con fecha 30 de octubre de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que del análisis de la “historia clínica y de las anotaciones de enfermería puede desprenderse que el paciente ingresa (...) el 24 de julio de 2007, llegando a planta a la 01:45 horas. A las 05:00 horas (...), a pesar de tener puestas barandillas de contención para evitar caídas se levantó y fue sólo al baño, sufriendo una nueva caída. Tras ella no refería nuevas lesiones. A la mañana siguiente, es decir el día 25 de julio, se le hicieron los estudios de TAC y RMN y, de acuerdo con Traumatología, se acordó el uso de collarín cervical semirrígido. El 27 de julio consta que la fractura cervical estaba contenida con el collar y, en espera de comentar el caso con la unidad de columna de “Z”, se adopta “una conducta conservadora. El día 30, a las 18:15 horas, es valorado por Traumatología tras aviso al presentar dificultades de movilidad. Se diagnostica una tetraparesia flácida de predominio proximal y derecho y resto de cuadro clínico compatible con choque medular por posible desplazamiento del fragmento óseo y compresión medular. El TAC efectuado el 31 de julio pone de manifiesto este hecho, un mayor grado de listesis y edema medular (...). También consta que durante el ingreso en el Hospital “X” sufrió un cuadro de delirium, a pesar de habersele pautado Valium”.

En cuanto a la valoración de los hechos, afirma que “se trata de un paciente (...) que ingresó en el Hospital `X` (...) con traumatismo craneoencefálico (...), después de caída debida a intoxicación etílica (...). Se le efectuó (...) TAC y RMN a nivel cervical, ya que en la Rx habitual de columna cervical se le apreció una posible fractura desplazada de C5-C6. En RMN se apreció fractura de elementos del muro posterior y de la caña de bambú, sin desplazar. También (...) pequeño fragmento en la parte posterior que no compromete a la medula y al canal medular. El Servicio de Traumatología aconsejó inmovilización con collar tipo Philadelphia, adoptando consecuentemente un tratamiento de tipo conservador. En la evolución posterior el paciente hizo una movilización de la fractura a nivel de C5-C6 con afectación medular y edema a nivel de la misma. En ese momento, tras una primera derivación al Servicio de Neurocirugía del Hospital `Y` (...), fue remitido a la Unidad de columna de Traumatología del Hospital `Z`, donde fue intervenido quirúrgicamente”. Concluye finalmente que la reclamación debe ser desestimada.

9. Mediante escritos de 31 de octubre de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y a la Gerencia del Hospital “X”, con la indicación, en este último caso, de que disponen de diez días para presentar alegaciones.

10. El día 6 de noviembre de 2008, se comunica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una relación de los documentos obrantes en el expediente. Con fecha 18 de noviembre de 2008 se persona uno de ellos en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento por ciento treinta (130) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

11. El día 21 de noviembre de 2008, los reclamantes presentan en una oficina de Correos un escrito en el que se oponen al informe técnico de evaluación. Alegan que en él se obvia el hecho de que cuando el paciente ingresó en el hospital no se le exploró desde el punto de vista traumatológico, pese a que aquel se produjo por caída con traumatismo craneoencefálico y pérdida de conocimiento; que el TC de columna cervical no se realiza hasta el día 25 de julio de 2007 y que no se tuvieron en cuenta sus antecedentes de espondilitis anquilopoyética. Añaden que, aunque en la radiografía y en la RMN se observan fracturas, simplemente se pusieron “al habla” con Traumatología, que recomendó inmovilización con collarín y que no recibió la visita y exploración de un traumatólogo hasta seis días después, el 30 de julio de 2007.

12. Con fecha 1 de diciembre de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, incorporando a la misma la valoración contenida en el informe técnico de evaluación.

13. El día 21 de enero de 2009, los reclamantes presentan en una oficina de Correos un escrito en el que refieren el fallecimiento del perjudicado. Manifiestan que, junto con la hija del perjudicado, “suceden a este en el presente procedimiento, ocupado su posición a la hora de reclamar la indemnización por los daños patrimoniales y extrapatrimoniales sufridos” y añaden que, “respecto a los conceptos (indemnizatorios) solicitados, no procede ya la renta vitalicia interesada para sufragar los gastos médicos-hospitalarios, al haber fallecido el beneficiario de los mismos”.

Acompañan a su escrito fotocopia del acta de declaración de notoriedad de herederos abintestato, de fecha 12 de enero de 2009; de certificación de defunción, ocurrida el día 20 de septiembre de 2008, y del Libro de Familia.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 10 de febrero de 2009, registrado de entrada el día 16 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.- 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), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

Acreditado el fallecimiento del perjudicado, hemos de recordar que el artículo 34 de la LRJPAC establece que "Si durante la instrucción de un procedimiento que no haya tenido publicidad en forma legal, se advierte la existencia de personas que sean titulares de derechos o intereses legítimos y directos cuya identificación resulte del expediente y que puedan resultar afectados por la resolución que se dicte, se comunicará a dichas personas la tramitación del procedimiento" y, en relación con él, el artículo 31.3 del mismo

cuerpo legal dispone que “Cuando la condición de interesado derivase de alguna relación jurídica transmisible, el derecho habiente sucederá en tal condición cualquiera que sea el estado del procedimiento”. En consecuencia, apreciamos que la esposa e hijos del perjudicado también están legitimados para proseguir la reclamación por los daños que hubiera podido sufrir aquel.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario, que en el presente caso ha sido prestado por un centro asistencial con el que se ha suscrito un convenio singular para la atención de determinados usuarios del Sistema Nacional de Salud; siempre sin perjuicio de la repetición de los costes a que, en su caso, deba hacer frente ante el titular del centro directamente causante de ellos por el procedimiento legal que corresponda. En el supuesto ahora examinado, aun cuando no se ha afirmado expresamente ni se ha documentado, cabe deducir que la atención prestada al reclamante lo ha sido en tanto que beneficiario del sistema sanitario público y que los servicios prestados se encuentran incluidos en el convenio singular aludido. Por ello, a la vista del escrito presentado por los reclamantes, resulta correcta la tramitación del oportuno procedimiento de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC.

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 31 de julio de 2008, habiendo quedado definitivamente fijadas las secuelas en el informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital “Z” de 3 de octubre de 2007, 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.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, 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.- Son objeto de reclamación en este procedimiento los daños físicos y los perjuicios económicos que se atribuyen a la asistencia sanitaria recibida por uno de los interesados, así como los daños sufridos por su esposa e hijo.

Consta acreditada en el expediente la lesión medular que se diagnosticó al primero de los interesados, y también cabe presumir la existencia de otros daños en el caso de los allegados (esposa e hijo) del perjudicado; daños que habremos de valorar, en su caso, si considerásemos que concurren los requisitos que justifican la declaración de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia 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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que

ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. También hemos de señalar 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 esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Los interesados consideran que la lesión medular sufrida por el perjudicado es consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria que recibió tras una caída, y que se concreta en la falta de realización de las pruebas adecuadas, dados sus antecedentes de espondilitis anquilopoyética; en que no se adoptaron las medidas necesarias para que la fractura que sufría no se desplazara, y en que no fue tratado ni vigilado por el Servicio de Traumatología, sino por el de Medicina Interna, dada su condición de bebedor habitual. También aducen que no se instalaron barreras en la cama, a lo que atribuyen una caída la primera noche de su estancia hospitalaria; una escasez de cuidados, que habría causado la formación de úlceras, y una insuficiente coordinación con otros servicios hospitalarios, lo que obligó al traslado del enfermo a un hospital distinto de aquel al que estaba previsto. En prueba de ello aportan un informe pericial privado en el que se afirma que el personal hospitalario no actuó conforme a la *lex artis ad hoc*.

En cuanto al informe pericial, debemos destacar que en su elaboración no se ha tenido en cuenta la historia clínica completa del paciente, sino únicamente dos informes, y que se realizan en él afirmaciones genéricas e inmotivadas, sin especificar al menos el modo de actuación que el informante considera correcto. Además, obran en la historia clínica documentos -no considerados en el informe aportado por los reclamantes- que desvirtúan los hechos que sostienen las consideraciones realizadas en el mismo.

Así, de las hojas de curso clínico y del informe de Urgencias se desprende que los médicos que atendieron al interesado no tuvieron constancia de sus antecedentes de espondilitis hasta el día 25 de julio. En el momento del ingreso, a las 00:00 horas del día 24, por intoxicación etílica aguda y traumatismo craneoencefálico frontal con pérdida de consciencia de minutos de duración, constaban antecedentes de etilismo e infarto. Se le realiza exploración física y neurológica, así como analíticas, electrocardiograma y Rx de tórax. Ese mismo día, a la hora de la visita médica, se pide TAC craneal y Rx de columna cervical, que se efectúan al día siguiente. Tras apreciar espondilolistesis, se le practica RMN y TAC, a petición de Traumatología, sólo 3 horas más tarde. Cuando el paciente presenta nuevos síntomas -dificultad de movimientos y disestesias- se realiza otra RMN.

El ingreso en Medicina Interna se pauta para observación del enfermo con los antecedentes ya consignados. Durante el mismo se pusieron en conocimiento de Traumatología los resultados de las pruebas realizadas, siendo visitado por este Servicio en varias ocasiones.

Respecto a las medidas adoptadas en relación con los riesgos y síntomas que se advirtieron en el paciente, resulta que en la hoja de observaciones de enfermería de Medicina Interna consta que se apreció el riesgo de caídas y que se dispusieron barandillas, y en la hoja de curso clínico figura que el día 25 de julio se asoció Valium por riesgo de delirium, que se realiza el diagnóstico de fractura de elementos de muro posterior y que Traumatología pauta inmovilización con collar semirrígido, que, según la hoja de tratamiento, se colocó el mismo día y no el 30 como señalan los reclamantes. Por otro lado, el informe aportado por estos no justifica la necesidad de que en ese momento fuese necesario adoptar otras medidas.

Por lo que se refiere a las úlceras, no han podido causar la lesión medular del paciente, por lo que su formación -a los efectos que analizamos- es irrelevante, y no hay constancia del motivo por el cual el Hospital "Y" derivó al paciente al Hospital "Z", traslado que tampoco ha tenido incidencia alguna en la lesión por la que se reclama, pues ha sido posterior a su diagnóstico.

En definitiva, no ha quedado probado que la atención dispensada al interesado en el hospital concertado haya violado la *lex artis* médica, por lo que no se aprecia la necesaria relación de causalidad entre la lesión medular padecida por este y el funcionamiento del servicio público sanitario.

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.