

Expediente Núm. 272/2009  
Dictamen Núm. 140/2010

**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 24 de junio 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 4 de mayo de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios que atribuye conjuntamente a la asistencia recibida en un centro sanitario público autonómico y en un centro penitenciario estatal.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 10 de julio de 2008, el reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa) y al Establecimiento Penitenciario de Villabona de Asturias (Ministerio del Interior), por los daños y perjuicios derivados de una mala asistencia sanitaria que le ocasionó la pérdida de visión en su ojo izquierdo.

Inicia su escrito señalando que “ha permanecido ingresado” en el centro penitenciario desde el 27 de septiembre de 2007 hasta su puesta en libertad, el día 23 de mayo de 2008. A continuación expone las distintas patologías que sufre, y aclara que durante su internamiento en prisión padeció “una dolencia en el ojo izquierdo consistente en una endoftalmitis candidiásica”, por lo que fue ingresado en un centro hospitalario público el día 18 de diciembre de 2007, “siendo dado de alta voluntaria” el día 22 del mismo mes. Refiere que previamente, el día “3 de diciembre”, acudió a Urgencias, donde le fue realizado aquel diagnóstico, “rechazando el paciente el ingreso hospitalario” e iniciando un tratamiento, aunque, al empeorar la clínica, acude nuevamente a Urgencias. Manifiesta que tenía “sus facultades intelectivas y volitivas notablemente disminuidas”, según reflejan los informes médicos que aporta, y, “aunque no se encontraba en condiciones óptimas de salud, pidió el alta voluntaria” que, sin más, se le concedió por “los responsables del servicio de salud correspondiente” y fue “aceptada por el centro penitenciario del que en ese momento era interno”, a pesar de que dicha decisión “ponía en peligro su salud y su integridad física”. Considera que “todo ello pone de manifiesto la omisión de la diligencia con la que debieron actuar en el servicio sanitario, pues, ya que conocían los antecedentes del paciente en dicho hospital, debieron tomarse los medios necesarios para que el mismo recibiera el tratamiento”, como se hizo en otras ocasiones en las que “se le retuvo para poder suministrarle los tratamientos que necesitaba”.

Continúa relatando “que la incompleta cura y tratamiento del ojo izquierdo” le llevó a ser trasladado de nuevo al Servicio de Urgencias el día 16 de abril de 2008, donde se le diagnostica por el Servicio de Oftalmología “desprendimiento de retina con túnel cerrado./ No es posible mayor recuperación funcional en OI con los conocimientos actuales”. Afirma que ese informe evidencia que “ha perdido por completo la visión de su ojo izquierdo debido a una falta de diligencia y a un mal funcionamiento de dos Administraciones públicas”, que serían: por un lado, el Sespa, al haberle dado

“el alta médica sin más” conociendo sus circunstancias personales y, por otro, el centro penitenciario, por ser responsable “de velar por la integridad física de sus internos”.

Añade que, debido a las graves molestias que sufría, solicitó ser atendido por el servicio médico del centro penitenciario el día 24 de abril de 2008, donde le pautan una serie de fármacos -que cita- prescritos en su totalidad para el tratamiento de VIH y de la drogodependencia, pero “sin recibir tratamiento alguno para paliar su dolencia ocular”.

Asegura que “nos encontramos ante un caso de responsabilidad patrimonial de la Administración pública” y trae a colación cuatro sentencias a fin de justificar tal apreciación.

Por último, solicita ser indemnizado en la cantidad de ciento setenta y cinco mil trescientos diez euros con setenta y dos céntimos (175.310,72 €), “más el 10% del salario medio que (...) venía percibiendo por la prestación de los servicios propios de su profesión, por los daños físicos y morales sufridos y sus secuelas”.

Junto con el escrito de reclamación aporta copia de los siguientes documentos: a) Certificación, expedida el día 23 de mayo de 2008 por el Subdirector de Régimen del centro penitenciario, en la que se hace constar que con esa fecha el reclamante ha sido puesto en libertad y que ha permanecido en prisión desde el día 27 de septiembre de 2007. b) Informes médicos emitidos por el centro hospitalario que atendió al interesado durante el periodo comprendido entre el 10 de septiembre de 2004 y el 16 de abril de 2008, con motivo, fundamentalmente, de su “dependencia a opiáceos y otras sustancias adictivas”. Se consigna en varios de ellos que el paciente solicita el alta voluntaria; en concreto así consta en el suscrito con fecha 1 de febrero de 2008 por un facultativo del Servicio de Medicina Interna en el que se refleja que ingresó el día 18 de diciembre de 2007, habiendo acudido previamente a Urgencias el día 3, “siendo diagnosticado de endoftalmitis candidiásica, rechazando el paciente el ingreso hospitalario, por lo que se inició tratamiento

(...), empeorando la clínica y asociándose más dolor ocular, por lo que acude de nuevo a Urgencias”, quedando internado y siendo “valorado por el Servicio de Oftalmología, quien indicó tratamiento médico y seguimiento de cerca, por lo que se instauró tratamiento médico (...), solicitando el paciente el alta voluntaria al 5.º día de ingreso”, esto es, el día 22 de diciembre de 2007. Figura, además, un informe de consulta en el Servicio de Oftalmología del hospital el día 16 de abril de 2008 en el que se señala que el reclamante fue “visto por Urgencias en diciembre de 2007, diagnosticado de endoftalmitis candidiásica en OI, recomendando ingreso hospitalario y tratamiento antifúngico intravenoso, hecho que el paciente rechaza y se pauta tratamiento antifúngico por vía oral y tópico” y se concluye, tras la exploración y ecografía del ojo izquierdo, que determina “desprendimiento de retina con túnel cerrado”, que “no es posible mayor recuperación funcional en OI con los conocimientos actuales”. c) Informe expedido por la Subdirectora Médica del centro penitenciario, a instancias del reclamante, en el que destacan alguno de los antecedentes que constan en la historia clínica, tales como “politoxicomanía (...). Cuadros de psicosis tóxicos (...). Trastorno de la personalidad (...). Endoftalmitis candidiásica”.

**2.** Con fecha 21 de julio de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios (en adelante Servicio instructor) notifica al interesado la fecha en que tuvo entrada su reclamación en el Principado de Asturias -10 de julio de 2008- y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio. Asimismo, se le indica que “transcurridos seis meses, a contar desde la fecha de entrada de la reclamación, o el plazo que resulte de añadirle un periodo extraordinario de prueba, sin que haya recaído resolución expresa, podrá entenderse desestimada su solicitud”.

**3.** Mediante oficio de 23 de julio de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del centro hospitalario una

copia de la historia clínica del perjudicado, así como un informe actualizado del Servicio de Oftalmología sobre el contenido de la reclamación.

4. Con fecha 27 de agosto de 2008, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito enviado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, al que se adjunta una copia de la reclamación formulada por el interesado frente al centro penitenciario en el que estuvo interno -idéntica a la presentada ante el Principado de Asturias-, y significando, que en esa Unidad “se ha procedido a la apertura del expediente de reclamación indemnizatoria” que identifica.

5. Mediante oficio de 18 de septiembre de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias reitera la petición de la historia clínica y del informe a la Gerencia del hospital.

Con fecha 25 de septiembre de 2008, el Secretario General del centro hospitalario remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del paciente e indica que “no ha sido posible realizar el informe sobre el contenido de la reclamación por no haber recibido, hasta el momento en este Servicio, ninguna copia de la misma, ni tampoco del escrito de notificación de esa Inspección fechado el 23 de julio de 2008”.

La historia clínica está constituida, entre otros, por los siguientes documentos: a) Informes de alta por “mejoría”, emitidos por el Servicio de Medicina Interna los días 23 de septiembre de 2004 y 13 de julio de 2005, consignándose en ambos como motivo del ingreso “desintoxicación a opiáceos”. b) Informe de “alta voluntaria” del mismo Servicio, de fecha 17 de abril de 2007, tras ingreso por “celulitis MID” el día 10 de febrero anterior, donde se refleja que previamente, el día 7 del mismo mes, el paciente había acudido a Urgencias por esa patología, rechazando el ingreso. En el apartado relativo a “evolución y comentarios” se indica que, “con múltiple comorbilidad (*sic*) psiquiátrica y orgánica por politoxicomanía, ingresa ante celulitis en MID”, y se

detalla el tratamiento aplicado, añadiendo que “durante el ingreso (...) continúa con problemas de actitud, llamamos a Psiquiatría, quien realiza una valoración y llega a la conclusión de que (...) no conserva la capacidad de decisión, por lo que se cursa una orden de ingreso voluntario y (tratamiento) antipsicótico y ansiolítico con contención mecánica total. Se solicita interconsulta con Psiquiatría de enlace, quien ajusta tratamiento farmacológico (...). El día 10-3-07 avisan de enfermería porque (...) se ha fugado tras cortar las contenciones mecánicas”. c) Informe de Psiquiatría de Enlace, de fecha 9 de marzo de 2007, donde se relata que el paciente es derivado a esa interconsulta “ante graves alteraciones de conducta y negativa a realizar el tratamiento adecuado para su proceso” y se precisa que “al inicio del ingreso se constata ideación delirante de perjuicio, alteraciones de conducta con total intolerancia a la frustración (...), demandando el (...) alta voluntaria y negándose a realizar los tratamientos pautados por (el) Servicio de Medicina Interna y Cirugía Plástica. En esos momentos es valorado por Psiquiatra de guardia, quien determina un menoscabo en su capacidad de decisión y se continúa el tratamiento por autorización judicial (...). Durante todo el ingreso se constata su funcionamiento propio de personalidad explosiva, pésimo manejo de la impulsividad, pero con total conciencia de sus actos. No se objetiva psicopatología psicótica aguda en estos momentos y sus alteraciones de conducta parecen relacionadas con su funcionamiento habitual y con la dificultad para adherirse a normas y límites”. d) Informe de alta del Servicio de Medicina Interna, datado el 27 de junio de 2007, en el que se testimonia un nuevo ingreso hospitalario el día 11 del mismo mes por “síndrome de dependencia a opiáceos, cocaína y alcohol para desintoxicación y solicita el alta voluntaria al 5.º día de su ingreso”. e) Informe de alta voluntaria del mismo Servicio, de fecha 14 de noviembre de 2007, tras haber ingresado el reclamante -el día anterior- “por una infección respiratoria con un cuadro de disnea y los antecedentes conocidos (...). A la vista de la situación se decide, de acuerdo con él, darle de alta para seguimiento en el centro penitenciario”. f) Hoja de interconsulta, de fecha 3 de diciembre de

2007, solicitada desde el centro penitenciario al Servicio de Urgencias del hospital e informe de este Servicio, de la misma fecha, en el que se expone que el paciente presenta un diagnóstico “de endoftalmitis por cándida” en ojo izquierdo y “que rechaza ingreso hospitalario para tratamiento antifúngico intravenoso./ Los médicos de guardia de Oftalmología y Medicina Interna recomiendan al paciente su ingreso y explican consecuencias de su rechazo./ El paciente reclama alta voluntaria”, por lo que le plantean tratamiento. Se acompaña este informe de los correspondientes a las consultas de Oftalmología y Medicina Interna, así como de la hoja de “alta voluntaria”, suscrita ese mismo día por el peticionario y los dos especialistas que le atendieron. En dicho documento se declara que se da el alta hospitalaria a petición del interesado y “en contra de la opinión del médico que suscribe, que estima debe continuar la hospitalización por endoftalmitis y retinitis por cándida./ Se ha advertido al peticionario que el Sespa y los médicos que le asisten quedan exentos de responsabilidad por las consecuencias que se deriven de este alta. Asimismo se han indicado los perjuicios que pueden ocasionarse al enfermo”. g) Informe de alta, también voluntaria, emitido por el Servicio de Medicina Interna el 1 de febrero de 2008, relativo al ingreso efectuado entre los días 18 y 22 de diciembre de 2007 con motivo de su patología de endoftalmitis candidiásica, y ya descrito al citar los documentos que acompañaban a la reclamación. h) Hoja de consulta al Servicio de Oftalmología II, de fecha 28 de diciembre de 2007, en la que se consigna que “se fue de alta voluntaria hace 6 días”, se describe el tratamiento aplicado durante su ingreso y, tras confirmar con la médica de la prisión que se le trata de acuerdo a lo recomendado por el Servicio de Medicina Interna, se mantiene tratamiento y se indica “verlo en 15 (días), si empeoró volver a hablar con M. Interna para ingreso (está dispuesto a ello)”. i) Hojas de curso clínico del Servicio de Oftalmología, en las que se refleja, el 4 de enero de 2008, “mejoría subjetiva (...). IO persiste el vítreo ocupado, no se ve la retina. Se le aconseja realizar el tratamiento completo (...). Está dispuesto”; el 11 de febrero, que “no ha realizado el tratamiento (...). No percibe luz. No hay

posibilidad de recuperación funcional. Aconsejo cuide su OD", y, el 11 de abril, que en el "OI (...) se ve retina pegada detrás del cristalino (...). OD (mala colaboración) lo que exploré parece normal./ Digo que OI sin posibilidades. Alta". j) Informe del Servicio de Oftalmología, de 16 de abril de 2008, descrito también entre los documentos que se adjuntaban en la reclamación.

**6.** Con fechas 2 y 7 de octubre de 2008, respectivamente, el Secretario General del centro hospitalario remite al Servicio Instructor una copia de los informes emitidos por los Servicios de Oftalmología y de Medicina Interna encargados de la atención prestada al reclamante.

En el primero de ellos se informa que el paciente, de 26 años, "es remitido a Urgencias el día 3-12-07 por ojo izquierdo rojo, que no mejoró tras tratamiento con antibiótico tópico. Paciente exADVP a tratamiento con metadona, VIH (+), VHC (+) y no alergias medicamentosas conocidas".

Reseña que allí es "diagnosticado de endoftalmitis candidiásica" en el ojo izquierdo, "cuadro relativamente frecuente en pacientes con VIH y ADVP" y que, "ante la gravedad del proceso, se le ordena ingreso hospitalario, que (...) rechaza a pesar de ser advertido de las graves consecuencias que esa negativa conlleva". A la vista de esta decisión, se instaura como alternativa tratamiento tópico y "se le pautan revisiones por parte del Servicio de Oftalmología y Medicina Interna".

Expone que el interesado "acude de nuevo a Urgencias el día 18-12-07, refiriendo disminución de agudeza visual, se le recuerda la gravedad del proceso (...) y acepta en esta ocasión ser ingresado". Se le pauta anfotericina por vía intravenosa, manteniendo el tratamiento tópico. El día 22-12-07 "pidió el alta voluntaria, sin (...) lograr convencerlo de la importancia que implica terminar el tratamiento instaurado debido a la gravedad de su patología". Insiste en "abandonar el hospital y, por supuesto, el tratamiento intravenoso". Se le pauta como alternativa tratamiento oral y antiinflamatorio, manteniendo el tópico.

Añade que fue seguido en esa consulta “los días 28-12-07, 4-01-08 y 11-02-08” y que, a pesar de “haber mantenido el tratamiento médico antifúngico por vía general durante este tiempo y el tratamiento tópico, la evolución fue hacia una proliferación fibrovascular en cámara anterior, con sangrado y desprendimiento de retina completo en túnel cerrado y no percepción de luz”.

Concluye señalando que, dada la evolución del cuadro clínico y “no habiendo solución terapéutica posible”, fue dado de alta en el Servicio con la recomendación de revisiones periódicas en su oftalmólogo.

En cuanto a la atención prestada en el Servicio de Medicina Interna II del hospital, el Responsable del mismo emite dos informes con fecha 6 de octubre de 2008. En el primero de ellos expone que, efectivamente, el paciente ingresa en dicho Servicio el día 18 de diciembre de 2007 “con diagnóstico de endoftalmitis candidiásica” y que “el día 22-12-2007 (...) insistentemente solicita el alta voluntaria y, tras firmar el correspondiente documento al efecto, abandona el hospital”.

Afirma que “no se le dejó marchar ‘sin más’, sino después de explicarle reiteradamente las consecuencias y los riesgos que corría, de la misma manera que ya se (...) había hecho, según consta en documentos de la historia clínica, el día 3 de diciembre de 2007, cuando se negó a ingresar desde los Servicios de Urgencias” del hospital.

Aclara que, “tanto en el historial del 3 de diciembre de 2007 como en el ingreso fallido del 18 de diciembre, por parte de los Servicios de Medicina Interna y Oftalmología se le indicó (tratamiento) para su proceso ocular, en el primer caso por vía oral, en el segundo (...) por vía iv. mientras fue posible”.

El segundo informe versa sobre la alegación del reclamante de que su “decisión (...) no debió ser respetada por ser una decisión viciada por sus trastornos de salud mental”.

En él, una vez revisado el historial que obra en el hospital, se detallan cronológicamente los distintos ingresos del reclamante en el centro: el primero

de ellos, en el año 2001, en la Unidad de Desintoxicación, “que fue fallido, con alta voluntaria”; el segundo, en la misma Unidad, se sitúa en el año 2004 y, “en ese momento, se detectó sospecha de trastorno explosivo de personalidad en relación con los síndromes de dependencia”; en julio de 2005, para desintoxicación de opiáceos, haciéndose “un seguimiento ambulatorio, manteniendo las citas”; en febrero de 2007, en que acude “a Urgencias por un cuadro de celulitis, se niega a ingresar y firma alta voluntaria”; el día 10 del mismo mes, en que ingresa para tratar dicha patología y se pide colaboración al Servicio de Cirugía Plástica, señalando que, “ante las demandas del paciente y reclamación de alta voluntaria”, se recaba la asistencia del Servicio de Psiquiatría, que “solicita internamiento por orden judicial para continuar tratamiento. Dada la situación de permanente estado de negación a cualquier actitud positiva y comportamiento agresivo, se le aplica contención mecánica”, pero el 10 de marzo de 2007 corta las contenciones y se fuga del hospital, informándose al juez de la nueva situación; en junio de 2007, un nuevo ingreso en la Unidad de Desintoxicación y “una vez más se va de alta voluntaria al 5.º día”; el 13 de noviembre de 2007, por un cuadro de insuficiencia respiratoria y, ante la insistencia en el alta voluntaria, se “hace un alta pactada a las 24 h para completar tratamiento en régimen ambulatorio”.

A continuación, indica que el día 3 de diciembre de 2007 el paciente acude a Urgencias remitido desde la prisión por un dolor en el ojo izquierdo y rechaza su ingreso hospitalario, por lo que, “por parte de los Servicios de Oftalmología y Medicina Interna, se le explica su proceso y las consecuencias” de ello, “así como del riesgo de pérdida de visión en el ojo, a pesar de lo cual decide el alta voluntaria”, se le pone tratamiento y se pautan revisiones por el médico del centro penitenciario y por la especialista en Oftalmología del hospital. Aclara que el documento “está firmado por el interesado y por los médicos de Medicina Interna y Oftalmología implicados”.

Por último, refiere que “el día 18 de diciembre de 2007 acude de nuevo a Urgencias por su cuadro de endoftalmitis y se le hospitaliza para tratamiento

por vía parenteral, se consulta de urgencia al Servicio de Oftalmología que le trata y ya desde la mañana del día 22 de diciembre plantea el alta voluntaria de manera reiterada y ese mismo día firma el documento de alta, a pesar que una vez más se le explica la responsabilidad y riesgos que asume". Con posterioridad, ha acudido a revisiones ambulatorias en los meses de junio y septiembre de 2008.

Concluye señalando que "todo lo relatado en este informe demuestra que, efectivamente, el paciente mantiene un comportamiento psicopatológico totalmente asocial (...) de cara al entorno, a las personas y a su propia salud"; sin embargo, no les "consta que haya sido declarado incapaz, no ha actuado nunca por medio de tutor, siempre ha tomado sus propias decisiones" y un claro ejemplo de ello es esta reclamación, formulada por el propio interesado, que es quien la plantea y firma.

**7.** Con fecha 4 de noviembre de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras la descripción de los hechos alegados, expone que el reclamante es "un paciente que ha sufrido un gravísimo proceso ocular, frecuente en personas VIH positivas y adictas a drogas por vía parenteral, y cuya evolución ha sido la esperada a la vista de su negativa a seguir el tratamiento necesario, por negarse a permanecer ingresado", habiendo sido informado detallada e insistentemente de los riesgos cuando se marchó de alta voluntaria, haciendo caso omiso de ello. Ahora pretende "responsabilizar al sistema sanitario del resultado de su conducta, alegando que se encontraba en situación de incapacidad para tomar decisiones cuando, sin embargo, el Servicio de Medicina Interna lo achaca a un comportamiento psicopatológico totalmente asocial (...) de cara al entorno, a las personas y a su propia salud". Advierte, asimismo, que "durante el único internamiento forzoso, con intervención judicial, registrado en su historia clínica" el Servicio de Psiquiatría constata que "el paciente tiene (el) funcionamiento propio de una personalidad explosiva, pésimo manejo de la

impulsividad, pero con total conciencia de sus actos. No se objetivaba patología psicótica en aquel momento y sus alteraciones de conducta parecen relacionadas con su funcionamiento habitual y con la dificultad para adherirse a normas y límites”, y aclara que ese ingreso forzoso finalizó con la fuga del paciente del centro hospitalario, tras cortar las contenciones que se le habían puesto. Por ello, concluye que la actuación sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*, por lo que debe ser desestimada la reclamación.

**8.** El día 5 de noviembre de 2008, el Jefe del Servicio Instructor remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Sespa y del expediente a la correduría de seguros.

**9.** A instancias de la entidad aseguradora, una asesoría privada emite dos informes, uno de ellos suscrito por el Jefe de la Sección de la Unidad de Internamiento de un hospital de Madrid, con fecha 27 de noviembre de 2008, y el otro por dos especialistas en Oftalmología, el 2 de diciembre de 2008. En el primero, tras resumir los antecedentes del paciente, se señala que existe constancia de que “se le explicó reiteradamente la responsabilidad y (los) riesgos que asumía y, conociendo los informes psiquiátricos en los que se le considera competente, se procedió a su alta”. Entiende que esta decisión es correcta, puesto que “viene apoyada por los diagnósticos psiquiátricos realizados: trastorno de personalidad y dependencia a opiáceos sin clínica psicótica, que no merma, en ningún caso, la capacidad volitiva del sujeto”, por lo que estima que “no procede la reclamación”.

En el segundo informe se concluye que “el paciente presentó un cuadro compatible con endoftalmitis candidiásica, cuadro ocular grave, que requiere tratamiento mediante ingreso hospitalario (para administrar fármacos antifúngicos intravenosos) y que, a pesar del tratamiento, puede tener una evolución desfavorable (...). Queda constancia a lo largo de toda la historia

clínica que (...) fue aconsejado por los médicos (...) para que ingresase y realizase el tratamiento oportuno, explicándole las consecuencias de no hacerlo, a pesar de lo cual (...), de forma voluntaria, abandonó el hospital tras firmar el documento de alta voluntaria (...). En ninguno de los ingresos previos (numerosos) (...) llegó al hospital con un tutor legal", ni se le indicó al centro "que el paciente estuviese incapacitado para tomar sus propias decisiones (...). En febrero de 2007 se solicitó autorización judicial para el ingreso (...) ante su agresividad y negativa" y, varias semanas después, "se fugó del hospital cortando las contenciones mecánicas que le habían aplicado. A pesar de ello, no consta que el paciente fuese declarado incapaz para tomar sus propias decisiones" y en ningún momento, "a lo largo de 6 años de ingresos, se describen síntomas psicóticos agudos que hagan pensar que (...) no era capaz de controlar sus actos", sino que "actuaba con total conciencia (...). Si el paciente está capacitado para presentar una reclamación legal por sí mismo, y no ha sido incapacitado legalmente para tomar decisiones, también estará capacitado para decidir aspectos sobre su propia salud, principalmente en un caso en el que consta que se le han explicado en numerosas ocasiones los tratamientos recomendados y las consecuencias" de no realizarlos, máxime cuando no presentó síntomas "que hicieran sospechar que actuaba de forma inconsciente (...). En cualquier caso (...) debe ser un médico psiquiatra y las instituciones judiciales oportunas quienes deben determinar si el paciente está capacitado para tomar sus propias decisiones o si debe ser declarado incapaz (...). El pronóstico de la candidiasis ocular es pobre, a pesar de que el tratamiento instaurado sea el adecuado".

**10.** El día 17 de febrero de 2009, el Jefe del Servicio instructor notifica al interesado la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, remitiéndole una relación de los documentos obrantes en él, sin que el mismo hubiese presentado alegaciones.

**11.** Con fecha 30 de marzo de 2009, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias una copia de la resolución recaída en el expediente tramitado por el Ministerio del Interior, por la que se desestima la reclamación presentada por el interesado, al considerar que “resulta obvio que no puede imputar a la Administración del Estado las consecuencias dañosas de su propia actuación imprudente”.

**12.** Con fecha 20 de abril de 2009, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, por entender que el reclamante pretende ahora “responsabilizar al sistema sanitario del resultado de su imprudente conducta alegando que se encontraba en situación de incapacidad para tomar decisiones cuando, sin embargo, el Servicio de Medicina Interna lo achaca a un comportamiento psicopatológico totalmente asocial (...) de cara al entorno, a las personas y a su propia salud”.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de mayo de 2009, registrado de entrada el día 8 del 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, lo que supone que nos pronunciamos sobre la reclamación en cuanto afecta a los servicios públicos prestados por el Principado de Asturias.

**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 sanitarios frente a los que se formula reclamación, con independencia de que se presente conjuntamente ante otra Administración.

**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 caso ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 10 de julio de 2008, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el alta en el Servicio de Oftalmología del centro hospitalario- el día 11 de febrero de 2008, 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.

Desde la perspectiva procedimental, debe destacarse la particularidad presente en este supuesto, derivada de la existencia de una única reclamación conjunta presentada por el mismo reclamante, sobre la base del mismo daño y por el importe total en que lo evalúa, ante la Administración sanitaria del Principado de Asturias y la Administración General del Estado (Ministerio del Interior). El procedimiento de tramitación de la reclamación se encuentra necesariamente condicionado por dos principios de obligada observancia: el de autonomía entre Administraciones, que determina que, a salvo de los supuestos de solidaridad legalmente establecidos, "cada Administración deberá responder por las lesiones que hayan podido producir por el funcionamiento de los servicios públicos de su titularidad" (Dictamen del Consejo Estado 2436/1998, de 16 de julio), y la prohibición de duplicidad indemnizatoria al perjudicado, que impide reconocer el derecho a una indemnización de un daño ya reparado. Estos condicionantes requieren, por una parte, identificar en el caso concreto la relación existente entre las eventuales responsabilidades imputables a ambas Administraciones y, por otra, acreditar, llegado el caso, que la pretensión no haya sido ya satisfecha.

Respecto a la primera cuestión, dada la falta de calificación de la reclamación, atendiendo a su contenido y conforme a la redacción vigente del artículo 140 de la LRJPAC, cabe concluir que la responsabilidad conjunta que en este supuesto se imputa a ambas Administraciones habría de ser, en su caso,

solidaria si consideramos que se alude a la concurrencia de ambas Administraciones en la producción del daño y no se aportan datos que permitan diferenciarla por criterios de competencia, interés público e intensidad de la intervención. De esta concepción integrada y global de la actuación administrativa parecería coherente deducir, de proceder, una responsabilidad conjunta y solidaria de los servicios intervinientes en una situación como la descrita en el presente expediente y que, como tal, justificaría la tramitación de un único procedimiento para pronunciarse sobre la responsabilidad de todas las Administraciones implicadas, eliminando el riesgo de decisiones inconciliables y, en su caso, la duplicidad indemnizatoria; todo ello, sin perjuicio de la distribución interna de responsabilidades que, posteriormente, pudiera dirimirse entre las dos Administraciones implicadas.

No obstante, no ha sido esta la vía seguida en este procedimiento. Aunque no existe un pronunciamiento expreso al respecto, de las actuaciones seguidas se infiere que la responsabilidad concurrente se ha considerado de forma individualizada para cada Administración. Siendo esto así, parece claro que, en el asunto que examinamos, cada Administración se pronunciará de forma independiente sobre la relación de causalidad entre su propia intervención y el daño alegado. Esta determinación individualizada sobre la responsabilidad tiene consecuencias procedimentales, tramitándose sendos procedimientos para decidir la reclamación conjunta que conocemos.

La aplicación del principio de eficacia reconocido constitucionalmente, teniendo en cuenta el sentido final de nuestro dictamen, nos lleva a pronunciarnos sobre el procedimiento instruido por la Administración del Principado de Asturias, sin prescribir su retroacción por las razones de forma expresadas, y sobre el fondo de la cuestión en él suscitada.

La tramitación separada que se ha seguido no elimina la obligación, al amparo de los principios de lealtad institucional, concretado en el artículo 4.1.b) de la LRJPAC, y de colaboración, recogido en el apartado 5 de ese mismo artículo, así como de lo establecido en el artículo 18.2 del Reglamento de

Responsabilidad Patrimonial, de que ambas Administraciones se coordinen en el desarrollo de sus respectivos procedimientos, dado que el pronunciamiento sobre la responsabilidad de cada una de ellas podría incidir, siquiera indirectamente, sobre el de la otra y que, en cualquier caso, de las respectivas resoluciones administrativas podrían derivarse consecuencias sobre el reconocimiento del derecho a indemnización del reclamante. Esta inevitable interacción conlleva la necesidad de defender, a la vista de la inexistente regulación legal específica sobre el procedimiento a seguir ante una responsabilidad concurrente que no deriva de una fórmula colegiada de actuación, la consulta entre las Administraciones implicadas para resolver sus respectivos procedimientos o, como ha mantenido el Consejo de Estado en su Memoria de 2001, la tramitación de un procedimiento con una eventual indemnización concordada entre las Administraciones implicadas.

Sentado lo anterior, y en relación con el caso concreto aquí suscitado, en cumplimiento de los mencionados principios y mandatos legales, resultan pertinentes las notificaciones realizadas a la Administración del Principado de Asturias por la Administración del Estado sobre la reclamación presentada y la resolución recaída, dada su consideración de interesada en dicho procedimiento. Por el mismo motivo, hubiera resultado necesario que la Administración autonómica hubiera comunicado a la estatal la apertura del procedimiento sobre el que ahora emitimos el presente dictamen. No obstante, no cabe considerar que tal omisión produzca, en este caso concreto, indefensión de la Administración interesada, en la medida en que el alcance de la instrucción se ha limitado a la intervención de los servicios sanitarios del Sespa.

Respecto a la duplicidad indemnizatoria a la que podría llegarse con la tramitación paralela de dos procedimientos ante Administraciones diversas, las dificultades se plantearían en el caso de mantenerse una propuesta favorable a la estimación de la reclamación presentada, lo que obligaría a realizar, en su momento, los actos de instrucción necesarios para evitar el reconocimiento de

responsabilidad por un daño eventualmente ya reparado -y, por tanto, carente de la efectividad requerida-, pero estas circunstancias no concurren en el supuesto examinado, pues una de las Administraciones ha adoptado resolución desestimatoria en relación con la reclamación formulada.

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.-** El reclamante interesa una indemnización por los daños y perjuicios dimanantes de la pérdida de visión en un ojo, que imputa tanto al centro penitenciario en el que estaba interno como a los servicios sanitarios que le prestaron asistencia.

Analizando los informes médicos obrantes en el expediente, en especial los emitidos por el Servicio de Oftalmología del centro hospitalario, queda acreditada la realidad del daño. Sin embargo, la mera existencia de unos daños efectivos, individualizados y susceptibles de evaluación económica surgidos 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 aquéllos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento de dicho servicio y que son antijurídicos.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir 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 garantía de obtención de unos resultados concretos.

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

El interesado basa su argumentación en la existencia de un nexo causal entre el actuar de los servicios sanitarios y el daño acaecido, pero no imputa este ni al diagnóstico ni al tratamiento prescrito, sino a la falta de diligencia del centro hospitalario, que le permitió el alta voluntaria a pesar de conocer sus problemas psíquicos, lo que impidió que siguiera el tratamiento adecuado a su patología.

El reclamante, pese a ser a él a quien incumbe la prueba de la mala praxis médica que denuncia y su relación causal con los daños que alega, se limita a exponer en su escrito de reclamación los problemas que tiene para gobernarse por sí mismo con diligencia, pero sin presentar otra prueba que la derivada de los informes médicos obrantes en su historia clínica, que no avalan su pretensión, y, al no existir en el expediente documentación alguna que permita mantener tales imputaciones, la incorrección de la asistencia sanitaria prestada únicamente encuentra justificación en sus propias afirmaciones, lo cual no es bastante para tenerlas por ciertas.

De los informes aportados por la Administración se constata que no fue declarado incapaz, que no actuaba por medio de tutor, que tomaba sus propias decisiones, siendo él mismo quién planteó y firmó la reclamación, y que, aunque se le explica la necesidad del ingreso hospitalario y entiende los problemas derivados de su actitud, solicita el alta voluntaria.

En el presente caso, nada de lo sucedido es ajeno a la propia actitud del paciente, ya que es él mismo el que, siendo conocedor de los riesgos de su enfermedad, rechaza el tratamiento médico; rechazo que encuentra natural justificación en sus antecedentes personales, pues su historia clínica está salpicada de episodios y anotaciones relativas al incumplimiento de los tratamientos pautados por los especialistas.

A la vista de ello, este Consejo comparte la opinión del Consejo de Estado cuando, ante el mismo supuesto y con relación a la imputación que se realiza al centro penitenciario, concluye que el factor decisivo fue la propia conducta del paciente, que no estando incapacitado interrumpió el tratamiento, por lo que las consecuencias dañosas de su actuación imprudente no se pueden imputar a la Administración. En consecuencia, este Consejo Consultivo entiende que todo el proceso se ha desarrollado con arreglo a la *lex artis*; que no se ha probado mala praxis médica y que el daño que se imputa al servicio público no puede hacerse derivar de una inadecuada atención sanitaria, sino que se debe a la negativa del paciente a permanecer ingresado en el centro hospitalario, y

por tanto a recibir el tratamiento pautado, que, según todos los informes incorporados al procedimiento, resultaba necesario.

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.