

Expediente Núm. 2/2010  
Dictamen Núm. 278/2010

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

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*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 25 de noviembre 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 enero de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños sufridos como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 21 de julio de 2008, el reclamante presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños ocasionados por el mal funcionamiento del servicio público sanitario.

Inicia su relato precisando, con carácter previo, que circunscribe el objeto de la reclamación a su condición de “víctima de un error médico, una incorrecta diagnosis y un negligente tratamiento de una neumonía por los que

ha permanecido durante más de 50 días en la UCI del Hospital ....., y derivado de los cuales ha sufrido, además de una serie de perjuicios claros en su estado de salud, un perjuicio psíquico y económico grave, como más adelante se detallará”.

Indica que en el mes de marzo de 2008 ingresa en el Sanatorio ....., por una “neumonía basal derecha”; tras ser dado de alta, vuelve a ingresar en el mismo centro el día 14 de marzo, “debido a un deterioro del nivel de conciencia y disnea”, y desde ese centro, se le traslada al Hospital ....., donde “ingresa en la UCI”, permaneciendo intubado y conectado a ventilación mecánica, y se inicia “un tratamiento con antibióticos para tratar la infección, que después de siete días (...) no mejora”.

Refiere que el día 17 de marzo de 2008, se le practica una broncoscopia, “de la que resulta un aislamiento de Staphylococcus epidermidis y Candida spp, comenzándose un nuevo tratamiento contra dichas infecciones”. El día 19 del mismo mes “se realiza un TAC torácico en el que se observa derrame pleural en pequeña cuantía, trombosis de arterias segmentarias de lóbulo superior derecho y lóbulo medio derecho, áreas de infiltración en lóbulo superior derecho y lóbulo inferior derecho y trombosis en vena femoral superficial izquierda (...). Tras la realización de un escáner de tórax se descubre un embolismo en el pulmón derecho que había sido el causante de las dificultades padecidas durante los últimos días (...). Sin realizar más pruebas, se comienza un tratamiento con anticoagulantes que deriva en una hemorragia digestiva”, por lo que precisará la transfusión de “varias bolsas de sangre, debido a un proceso de anemia”. Se reanuda el tratamiento con anticoagulantes a la vez que se realizan desconexiones progresivas de la ventilación mecánica, presentando durante ese proceso “episodios de desorientación, delirio y tendencia a la agitación nocturna, por lo que permanece atado”. Afirma que, “con posterioridad (...) se observa una mejoría del embolismo (...), se produce un notable avance respiratorio, pasando (...) muchas horas desconectado de la ventilación mecánica, respirando únicamente ayudado de oxígeno por vía nasal

(...), teniendo unos niveles normales de saturación y los niveles carbónicos, aún altos, dentro de la normalidad” y siendo capaz de “moverse por sí mismo (...), sentarse en una silla sin ayuda de grúa (...). Se inicia la fisioterapia respiratoria, a los dos días de la cual se observa una buena ventilación en las bases y una respiración diafragmática activa”. Añade que, sin embargo, “a pesar de la aparente mejoría, tan sólo un par de días después le es colocada una máscara con la finalidad de coadyuvar la respiración, pero sus pulmones se colapsan, volviendo a tener (...) unos niveles de carbónico demasiado altos” procediendo los médicos a sedarle de nuevo. Sostiene el reclamante que la fuerte sedación a la que es sometido “imposibilitaba (...) su posible recuperación y le privaba de manifestar sus dolencias”.

Debido a la “continuada situación febril”, se investiga de nuevo la “causa” de la infección, “señalándose a la familia, finalmente, la posibilidad de que (el paciente) padezca esclerosis lateral amiotrófica (ELA), y de que esta hubiese sido la causa de su enfermedad desde el principio”, a lo que, según el reclamante, apunta un informe del Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital ..... en el consta que “el estudio realizado determina alteraciones en la conducción de los segmentos (...) en extremidades inferiores, indicativos de una polineuropatía sensitivo-motora, de tipo mixto, que no cumple criterios de polineuropatía del enfermo crítico y que tampoco parece justificar la insuficiencia respiratoria./ En el examen EMG únicamente se ha observado actividad de denervación ocasional en el músculo gastronemio izquierdo, sin otras anomalías. Estos hallazgos no son concluyentes de enfermedad de motoneurona en la actualidad”. El interesado estima que, “ante la ineficacia de un primer tratamiento, prescrito (...) para la curación de una neumonía, y en lugar de realizar más pruebas tendentes a descubrir el por qué de dicha insuficiencia y a fijar un método alternativo más adecuado a su caso, se opta por buscar una nueva causa clínica, inexistente, de sus dolencias, dando un nuevo diagnóstico, y un nuevo tratamiento, absolutamente diferentes con el

anterior, prueba clara de que efectivamente los facultativos realizaban pruebas al azar sin criterio alguno, poniendo en peligro” su vida.

Ante lo que considera “incertidumbre (...) del diagnóstico clínico, que los médicos no eran capaces de concretar, y el empeoramiento” de su salud, la familia decide “el traslado a la Clínica .....”, donde ingresa el día 14 de mayo de 2008. Afirma que en este centro sanitario, “desde un primer momento, se descarta totalmente la posibilidad de que (...) padezca ELA (...). Sólo dos días después del ingreso le es retirada la VM, y el 20 de mayo de 2008, 6 días después (...), es trasladado a planta, donde evoluciona favorablemente”. Es diagnosticado finalmente de “neumonía basal derecha con insuficiencia global derecha, neumonía que ya había sido detectada ab origine y que, no habiendo sido debidamente tratada por no comprenderse de modo claro por los facultativos del Hospital ..... su etiología, intentar cobijar los síntomas padecidos por (el reclamante) bajo el velo de una enfermedad degenerativa, incurable y mortal”, se desiste de prestarle “la más mínima atención sanitaria (...) por considerarlo abocado a un desafortunado final”.

Manifiesta que, “a consecuencia del traslado (...) y de su tratamiento” en la Clínica ..... se ha visto obligado a asumir una serie de gastos, “con los que, de haber recibido un correcto tratamiento en el Hospital ....., no habría tenido que correr”, y añade que sufre una serie de secuelas de carácter físico y psíquico que son consecuencia de la “negligente intervención” de este hospital.

Solicita una indemnización por importe de treinta y cuatro mil ochocientos noventa y nueve euros con diez céntimos (34.899,10 €), más los intereses de demora y los honorarios de los letrados que le han prestado su asistencia jurídica.

Adjunta copia de la siguiente documentación: a) “Informe médico provisional”, emitido al alta por el Servicio de Neumología de la Clínica ....., de fecha 30 de junio de 2008; b) Informe del Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital ....., de a 2 de abril de 2008. c) Informe del Servicio de Neurofisiología Clínica del mismo hospital, de 29 de abril de 2008. d) Informe del Servicio de

Medicina Intensiva de ese hospital, de 5 de mayo de 2008. e) Recibo del importe del traslado del paciente en ambulancia a la Clínica ..... f) Facturas emitidas por esta clínica.

**2.** Mediante escrito de 8 de agosto de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el 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.

**3.** Con fecha 26 de agosto de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto solicita al Gerente del Hospital ..... una copia de la historia clínica del perjudicado, así como un informe del Servicio de Neumología, responsable del proceso asistencial.

**4.** El día 3 de septiembre de 2008, el Gerente del Hospital ..... remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del perjudicado.

Consta en ella, entre otra documentación, un informe de la Jefa del Servicio de Neumología, de 3 de septiembre de 2008, en el que refiere que el perjudicado “no ha estado ingresado a cargo del S<sup>o</sup> de Neumología, ya que ingresó directamente en UCI desde el Servicio de Urgencias; por nuestra parte se nos solicitó la realización de una broncoscopia durante su estancia en la UCI”.

**5.** Con fecha 24 de octubre de 2008, el reclamante presenta en una oficina de correos un escrito en el que modifica el importe de la indemnización, al haberse sometido a nuevas “revisiones médicas”, quedando fijada esta en un total de cincuenta y seis mil setecientos ocho euros con ochenta y dos céntimos (56.708,82 €). Adjunta nuevas facturas emitidas por la Clínica .....

6. El día 4 de febrero de 2009, comparece el interesado en las dependencias administrativas y otorga su representación a una letrada.

7. Con fecha 8 de junio de 2009, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias traslada al Servicio instructor un oficio de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias en el que se solicita la remisión del expediente administrativo. El día 29 de junio de 2009, el Servicio instructor envía al Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias la copia solicitada.

8. Con fecha 17 de junio de 2009, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos, señala que “la neumonía en una persona de edad avanzada es un problema sanitario importante, tanto por su frecuencia como por su mal pronóstico (...), que hacen muy prolongadas las estancias hospitalarias (...). En el proceso sufrido por el reclamante, de 81 años en la época de los hechos, al igual que en otras enfermedades infecciosas del anciano, la clínica suele ser más larvada y escasa, lo que a veces lleva a un diagnóstico más tardío, o con más dificultad, como así ocurrió los días que estuvo ingresado” en el Sanatorio ....., hasta que fue enviado el día 14 de marzo de 2008 al Hospital ....., donde a su llegada, “la impresión diagnóstica fue de infección de los pulmones, de extrema gravedad, por lo que fue ingresado directamente desde el Servicio de Urgencias del hospital a la Unidad de Cuidados Intensivos del mismo”.

Expone que “la evolución del proceso fue tórpida, haciendo múltiples complicaciones que fueron tratándose todas (...) acorde a la `lex artis´ (...). El paciente presentaba inicialmente sintomatología sugestiva de neumonía y, ante esta sospecha, se inició el tratamiento oportuno y correcto, previa identificación del germen productor al objeto de pautar el antibiótico específico./ La gravedad (...) aumentaba, sumándose a los síntomas típicos (...), fiebre, disnea, otros a

los que se fue aplicando tratamiento adecuado, acorde y ajustado a cada complicación que el paciente presentaba./ Como era necesario filiar y establecer una confirmación diagnóstica de cada complicación, no conformándose con una diagnóstico de presunción, se llevaron a cabo estudios sofisticados e innumerables”.

Concluye indicando que el estudio “de los informes médicos incorporados al procedimiento, y de toda la documentación clínica que compone el expediente administrativo, permite considerar que el paciente fue correctamente diagnosticado, tras el solapado debut del proceso, el tratamiento (...) fue el correcto y el personal sanitario interviniente en su proceso asistencial lo hizo conforme a las reglas de una buena praxis médica” y manifiesta que fueron los familiares del enfermo quienes decidieron “por iniciativa propia trasladar al mismo a la Clínica ....., donde se siguieron pautas similares y se le aplicó tratamiento idéntico” al del Hospital .....

**9.** Mediante escritos de 26 de junio de 2009, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

**10.** El día 20 de octubre de 2009, se notifica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. Con fecha 23 de ese mismo mes, su representante se persona en las dependencias administrativas y obtiene copia de alguno de los folios que lo integran, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

**11.** El día 6 de noviembre de 2009, el reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reafirma en los términos de su reclamación inicial y vuelve a modificar el

importe de la indemnización que solicita, fijándola ahora en sesenta y siete mil cincuenta y cuatro euros con cincuenta y siete céntimos (67.054,57 €).

**12.** Con fecha 10 de diciembre de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella sostiene que “el paciente, afecto de sintomatología específica, fue tratado adecuadamente tras confirmación diagnóstica, abordando las múltiples complicaciones aparecidas y sus consecuencias, encauzándola el personal facultativo de forma correcta y ajustada a una buena praxis médica, empleando los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para la patología presentada por el paciente y las circunstancias que sus síntomas demandaban”.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de enero de 2010, 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.

**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, pudiendo actuar a través de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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 21 de julio de 2008, habiendo recibido el alta en la clínica privada a la que acude tras ser asistido en el hospital público al que se imputan los daños el día 30 de junio 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.

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

Sin embargo, se observa que no se ha dado cumplimiento al trámite de incorporación de informe de los servicios afectados. Así, tal y como pone de manifiesto el Servicio de Neumología, al que el órgano instructor solicita informe, el paciente no ha estado ingresado en dicho Servicio, sino en la Unidad de Cuidados Intensivos, correspondiendo por tanto emitir el referido informe al Servicio de Medicina Intensiva, al que no consta que se haya solicitado. Ahora bien, teniendo en cuenta que el interesado no realiza ninguna observación sobre aquella omisión en el escrito de alegaciones y a la vista de la documentación contenida en el expediente, especialmente de los dos informes emitidos por el Servicio de Medicina Intensiva -durante el ingreso, a petición de la familia (el día 5 de mayo de 2008) y en el momento del alta por traslado a otro centro (el día 14 de mayo de 2008)-, este Consejo, en aplicación de los principios de eficacia y de economía procesal, no considera necesaria la retroacción de actuaciones para la subsanación del defecto expuesto, pues obra en la historia clínica documentación suficiente para suponer, en buena lógica, que aunque el indicado Servicio emitiera otro informe, específico sobre la reclamación, el sentido del presente dictamen no variaría.

Asimismo, 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 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

Finalmente, y puesto que de la documentación incorporada al expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que el procedimiento judicial esté aún pendiente de conclusión y sentencia, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en caso contrario habría de estarse al pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

**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, tanto personales como patrimoniales, derivados de su ingreso hospitalario, pues considera haber sido “víctima de un error médico, una incorrecta diagnosis y un negligente tratamiento de una neumonía”, a consecuencia de los cuales ha experimentado, “además de una serie de perjuicios claros en su estado de salud” (entre los que precisa haber sufrido “una hemorragia digestiva baja”, consecuencia de la administración de anticoagulantes), “un perjuicio psíquico y económico grave”, este último ocasionado -a tenor de lo alegado- por la necesidad de acudir a la asistencia sanitaria privada para subsanar el “deficiente tratamiento” recibido en el hospital público.

Respecto a los mismos, resulta acreditado que el paciente estuvo ingresado por insuficiencia respiratoria aguda global en el hospital al que imputa los hechos en el periodo comprendido entre el 14 de marzo y el 14 de mayo de 2008. Consta igualmente que se trasladó, por decisión de la familia, a un centro privado en el que continuó el tratamiento por la dolencia respiratoria padecida; asistencia por la que fueron emitidas diversas facturas que aporta y que acreditan el desembolso efectuado por el reclamante (incluidos gastos de desplazamiento). En suma, sin perjuicio de una completa valoración de todos los alegados y de su cuantificación, que habremos de realizar, en su caso, si concluimos que concurren los requisitos para una declaración de responsabilidad patrimonial, consta un daño real y efectivo, evaluable económicamente.

No obstante, debe recordarse que la naturaleza de la pretensión de indemnización por el coste de la estancia en la clínica privada se corresponde, en principio, con la de una solicitud de reintegro de gastos, a la que se adiciona el daño personal, pues aduce el reclamante que su determinación de acudir a la sanidad privada ha venido motivada por el “deficiente tratamiento”, el “empeoramiento” de su salud y la “incertidumbre” del diagnóstico clínico que atribuye al hospital público. A este respecto, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización, determina en su artículo 4.3 las condiciones para que sea exigible el reintegro de gastos sanitarios generados en centros que no pertenezcan al Sistema Nacional de Salud y dispone que se reembolsarán los gastos en tales centros en los casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, y una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquel y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción.

Sin embargo, el interesado no se decanta por el ejercicio de esa acción de reembolso, sino por la exigencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública, y solicita una indemnización por el funcionamiento

anormal del servicio público sanitario, con expresa invocación de los artículos 106.2 de la Constitución y 139 y siguientes de la LRJPAC.

Como ya hemos manifestado en anteriores dictámenes, tal planteamiento -y su consecuente reclamación- es admisible, pero para que pueda prosperar deberán concurrir los requisitos generales que hemos señalado en la consideración jurídica quinta. Por tanto, habrá que analizar si nos hallamos ante un daño ocasionado por el funcionamiento del servicio público sanitario y si es antijurídico.

En todo caso, la mera constatación de la existencia de un daño 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 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 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. 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.

El reclamante sostiene que durante su ingreso fue objeto de un “negligente tratamiento” de la neumonía que padecía, consistente, por una parte, en la administración de un “erróneo tratamiento de anticoagulación causante de una fuerte hemorragia” digestiva y por otra, de la realización de “pruebas” al azar, sin criterio alguno, poniendo en peligro” su vida y que no se le prescribió el tratamiento “adecuado a la curación de una neumonía”, pues los síntomas, afirma, son “confundidos”, llegando a manifestar que “los facultativos” intentan cobijarlos “bajo el velo de una enfermedad degenerativa, incurable y mortal, desistiendo de prestar la más mínima atención sanitaria” a quien suscribe, “por considerarlo abocado a un desafortunado final”, ante lo cual se ve obligado a dirigirse a la clínica privada. Sin embargo, no aporta prueba alguna que nos permita establecer el necesario nexo causal entre el daño padecido y la asistencia prestada durante la hospitalización, por lo que debemos formar nuestra opinión con base en la documentación e informes técnicos incorporados al expediente.

Examinados estos informes resulta, en primer lugar, que la administración de anticoagulantes es necesaria para el tratamiento del tromboembolismo pulmonar agudo detectado al interesado durante su ingreso y tras la realización de la prueba pertinente, TC torácico, al que se sumó la detección de una trombosis en la vena femoral superficial izquierda. Sin

perjuicio de que tras la aparición de la “hemorragia digestiva” se ajuste dicho tratamiento (tras lo cual “no vuelven a aparecer nuevos sangrados”), los estudios realizados concluyen que aquella sea “posiblemente secundaria a divertículos colónicos”, constando además en la historia clínica que el paciente había ingresado con anterioridad por dicha patología. En segundo lugar, no puede afirmarse que durante el ingreso no se efectuara tratamiento de la “insuficiencia respiratoria aguda global” existente, ya que en el informe de alta, en la síntesis del “que está recibiendo (el paciente) a la salida de la Unidad”, se evidencia de manera clara. A tenor del informe técnico de evaluación, “la gravedad” de la afección padecida radica tanto en la “alteración de las funciones propias de las estructuras que realizan el intercambio gaseoso” como en los “cambios en su sistema inmunitario”, que implican una “menor defensa ante la infección y la disminución del reflejo tusígeno”, lo que, en definitiva, “condicionaría una afectación global de todo el organismo secundaria al proceso infeccioso”, constituyendo la neumonía “en una persona de edad avanzada” como el paciente (de 81 años) “un problema sanitario importante (...) por su mal pronóstico”, pudiendo “evolucionar con grandes complicaciones” como ocurrió en este caso, en el que fueron “múltiples”, y “todas” ellas objeto de tratamiento de acuerdo con la *lex artis*. Por tanto, tampoco puede compartirse la tesis del reclamante de que los facultativos “realizaban pruebas al azar, sin criterio alguno”, pues las que se llevaron a cabo, muy numerosas (broncoscopia, gastroscopia, colonoscopia, ecocardiograma, EMG, TC torácico, entre otras), no tenían otro objeto que tratar tanto la patología que motivó el ingreso como las que surgieron y se fueron detectando durante el mismo, a fin de “filiar y establecer una confirmación diagnóstica de cada complicación, no conformándose con un diagnóstico de presunción”, practicándosele lo que el informe técnico de evaluación califica como “estudios sofisticados e innumerables”, cuya existencia contradice abiertamente la aseveración del reclamante de que “los facultativos” desistieron “de prestar la más mínima

atención sanitaria a quien suscribe, por considerarlo abocado a un desafortunado final”.

En cuanto a la existencia de “una incorrecta diagnosis”, consistente en “cambiar el diagnóstico por uno equivocado, diagnosticándose una enfermedad degenerativa incurable”, resulta que tal patología no consta ni en el informe emitido el día 5 de mayo de 2008 por el Servicio de Medicina Intensiva, “a petición de la familia y con el interno aún ingresado en UCI”, ni en el de alta, de fecha 14 de mayo de 2008. En ellos, ante los problemas respiratorios del paciente y atendiendo a que “tanto su médico habitual como su familia niegan clínica compatible con EPOC”, únicamente se incluye la mención “a descartar patología neurológica”. Con tal finalidad, “descartar” patología neuromuscular, se realizan estudios electrofisiológicos, sin que se emita tal diagnóstico en ningún momento, ni se cambie en modo alguno el de “insuficiencia respiratoria global aguda”, claramente establecido en ambos informes y respecto del cual se precisa la existencia de “infección broncopulmonar” y “disfunción orgánica: respiratoria, renal, de la coagulación y metabólica”, así como de “infección por micoplasma pneumoniae”.

Por último, ha de resaltarse que, según el informe técnico de evaluación, en la clínica privada en la que recibió asistencia por iniciativa propia “se siguieron pautas similares y se le aplicó tratamiento idéntico” al del hospital público.

En definitiva, a la vista de la documentación obrante en el expediente y del contenido de los informes técnicos incorporados al mismo, debe concluirse que la actuación sanitaria con el paciente se ha adecuado en todo momento a la *lex artis*. Por tanto, no apreciamos relación de causalidad entre el daño alegado y la asistencia prestada, que fue correcta.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y,

en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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.