

Expediente Núm. 257/2011  
Dictamen Núm. 77/2012

**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 15 de marzo de 2012, 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 5 de octubre de 2011, 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 a su madre por el servicio público sanitario, que causó su fallecimiento.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 10 de septiembre de 2010, los interesados, hijos de la perjudicada, presentan en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la, a su juicio, deficiente asistencia prestada a su madre por el servicio público sanitario, que causó su fallecimiento.

Refieren que el día 12 de agosto de 2009 su madre es trasladada en ambulancia al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, donde se le diagnosticó

“una arritmia completa por fibrilación auricular (...), diabetes mellitus tipo 2, neumonía, así como angina de pecho o angor hemodinámico”, siendo ingresada en planta el 13 de agosto, donde permaneció hasta el 24 del mismo mes, en que fue dada de alta “con un deterioro importante”.

El día 27 de agosto trasladan a la enferma de nuevo al referido Servicio de Urgencias “porque continuaba encontrándose mal”. Señalan que durante su estancia en ese Servicio se cayó de la cama, insinuándose por parte de una facultativa que la familia tenía “algún tipo de responsabilidad en la caída”, a pesar de lo cual la paciente fue dada de alta “ese mismo día”. Con fecha 29 del mismo mes la trasladan de nuevo al Servicio de Urgencias porque “presentaba síntomas de ahogamiento” y, “sin ser vista por ningún especialista, le pusieron Seguril como tratamiento y volvimos de nuevo al domicilio”. El día 31 de agosto es ingresada nuevamente hasta el 7 de septiembre, en que fue dada de alta sin habersele realizado la placa de tórax prevista.

El día 9 de septiembre acuden al domicilio los médicos del Servicio de Salud “en dos ocasiones” y en la segunda el médico “llamó en la mañana del día 10 a su médico de cabecera (...) para que acudiera a visitarla (...), contestando (este) por teléfono que solo era necesario aumentar la medicación que ya estaba indicada”; ese mismo día por la tarde, “ante el estado cada vez más grave” que presentaba la enferma, piden una ambulancia que la traslada al hospital, donde quedó ingresada por “insomnio incontrolable y agitación nocturna”, aunque “la placa de tórax demostraba un aumento del índice cardiorrespiratorio con hipertensión venocapilar empeorada”, instaurándose un tratamiento con “ciproflaxacino, diuréticos intravenosos, sueroterapia con insulina (y) oxigenoterapia, añadida a su terapéutica habitual”. La perjudicada falleció el día 11 de septiembre de 2009 por “parada cardiorrespiratoria”.

Los reclamantes consideran que, “dejando a un lado el deficiente trato humano recibido por parte de algunos profesionales del Servicio de Salud, la asistencia médica que recibió (la perjudicada) no fue adecuada”, sino que fue víctima de una “mala praxis”, pues, “a pesar de los evidentes síntomas de ahogamiento que presentaba desde el primero de los ingresos, no se realizaron las pruebas pertinentes” para descubrir la causa, lo que motivó su fallecimiento.

Solicitan una indemnización por importe de ochenta y siete mil trescientos sesenta y cuatro euros con sesenta céntimos (87.364,60 €).

**2.** Mediante escrito de 24 de septiembre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a los reclamantes la fecha de entrada 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 requiere para que en el plazo "de diez días, contados a partir del siguiente al de la recepción de la presente notificación", acrediten su "parentesco (...) con la perjudicada, por cualquier medio válido en derecho".

**3.** Con fecha 4 de octubre de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para emitir el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Hospital "X" una copia de la historia clínica de la perjudicada, así como los informes del Servicio de Urgencias, de aquel en el que estuvo ingresada y del Médico de Atención Primaria que le prestó asistencia.

**4.** El día 15 de octubre de 2010, los reclamantes presentan en el registro de la Delegación del Gobierno en Cantabria un escrito al que acompañan copia de sus certificados de nacimiento.

**5.** Con fecha 19 de octubre de 2010, el Gerente del "X" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la perjudicada y los informes de los Servicios de Medicina Interna y de Urgencias.

El Jefe de la Unidad de Urgencias refiere en su informe, de fecha 19 de octubre de 2010, que se trataba de "una enferma pluripatológica con múltiples y graves enfermedades" y que era "previsible y esperable un deterioro evolutivo hasta su defunción por proceso natural", siendo las "más relevantes": "Diabetes mellitus II insulinizada./ Miocardiopatía valvular con insuficiencia mitral con arritmia cardíaca con fibrilación auricular con insuficiencia cardíaca y ángor hemodinámico./ Deterioro cognitivo y síndrome depresivo./ Fibrosis pulmonar./

Anemia ferropénica y hernia de hiato". Añade que "fue vista en el Servicio de Urgencias (...) en múltiples ocasiones", entre ellas, el 13 de agosto, el 31 de agosto, el 10 de septiembre con ingreso hospitalario posterior y "en las fechas 27 de agosto y 29 de agosto una vez realizadas las pruebas pertinentes fue alta del Servicio tras consultar al médico internista de guardia". Señala, además, una "incidencia" que tuvo lugar el "27 de agosto a las 4 a. m.", cuando la paciente "se cayó de la cama al levantarse y tratar de saltar sobre las barandillas de protección (...), sin ningún familiar acompañante, a pesar de las recomendaciones del médico de guardia (...), que había indicado (a la familia) que debería quedarse un acompañante".

En el informe del Servicio de Medicina Interna, de fecha 18 de octubre de 2010, se expone que la paciente, diagnosticada en 2008 en el Hospital "Y", de "enfermedad pulmonar intersticial tipo neumonía intersticial usual" y de un "ventrículo izquierdo hipertrófico con función de eyección normal", también tenía "diabetes mellitus insulinizada, gran hernia de hiato con esofagitis y bocio multinodular con proyección endotorácica". Indica que "el primer contacto (...) con el Servicio de M. Interna es de febrero de 2009, ingresando por disnea, que se pone en relación con su NIU, mejorando la enferma tras aumentar la dosis de esteroides. Se aumenta la dosis de insulina, en relación con el aumento de las resistencias periféricas causadas por los esteroides./ El segundo contacto se realiza a mediados del mes de agosto, que se mantendrá de forma reiterada hasta su fallecimiento (...). Ingresas por dos motivos que de una u otra forma se sostendrán constantes hasta su fallecimiento: disnea y deterioro cognitivo progresivo con niveles de conciencia fluctuantes./ En este ingreso se objetiva por primera vez dolor torácico anginoso que se pone en relación con fibrilación auricular rápida (...). Se hace constar por primera vez deterioro cognitivo que se objetiva en TAC craneal de fecha 12 de agosto, con leves signos de atrofia córtico subcortical", recibiendo el alta el día 24 de agosto. El tercer contacto se produce "el día 27, esto es, tres días después del alta (...). Acude a Urgencias por disnea y dificultad para la deambulación. Tras dejarla en observación en boxes es dada de alta (...). Se realiza un segundo TAC craneal donde no se objetivan cambios significativos./ El cuarto contacto tiene lugar 24 horas

después del alta (...). Ni la analítica ni la radiología ni el ECG ofrecen cambios, por lo que se remite a su domicilio./ Cuarenta y ocho horas después tiene lugar su quinto contacto. Acude de nuevo por disnea, objetivándose datos de fallo cardíaco. Se realiza una ecocardiografía" el día 1 de septiembre "que objetiva calcificación severa del anillo mitral posterior, insuficiencia mitral significativa de probable origen multifactorial (...). PASP de 45 mmHg. Ventrículo izquierdo normal con fracción de eyección conservada (65%)./ Durante todo el ingreso la enfermería relata en su curso que la enferma está intranquila, desorientada, con alteraciones importantes del ritmo vigilia sueño". Al alta "se añade el diagnóstico de insuficiencia mitral significativa./ Su sexto y último contacto tiene lugar 72 horas después del alta. Acude de nuevo por alteraciones del comportamiento con agitación nocturna e insomnio intratable./ Se realiza un nuevo TAC craneal que pone de manifiesto severa atrofia córtico subcortical. Se objetivan así mismo datos de infección urinaria./ En la Rx de tórax se sigue observando un aumento del índice cardiorácico y el patrón intersticial de origen multifactorial. La gasometría arterial es similar a la del alta (...) y en el ECG se objetiva un FA a 105 lat/mit con extrasístoles ventriculares ocasionales, apareciendo como único dato nuevo la extrasistolia ventricular./ Menos de 24 (horas) después fallece la enferma con disociación electromecánica./ No se realizó la necropsia".

El firmante del informe manifiesta que "llama poderosamente la atención el ir y venir continuo de la paciente desde su segundo ingreso. No es razonable que una enferma que permanece estable, según consta en el curso clínico médico y de enfermería, se deteriore a las 24 horas de su alta una y otra vez. No puedo hacer un juicio de valor, ya que desconozco el entorno familiar e ignoro de qué forma el deterioro cognitivo contribuyó a ello, pero (la) causa más frecuente de este tipo de reingresos suele ser el incumplimiento terapéutico", y deja constancia de que en "dos ocasiones" médicos del Servicio fueron objeto de "agresiones verbales" por parte de la familia de la paciente.

**6.** El día 26 de octubre de 2010, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio instructor el informe del médico de familia del Centro de Salud .....

En él, emitido el 18 de octubre de 2010, se indica que “el 12 de agosto de 2009 un familiar (...) me demanda que acuda al domicilio de la paciente. Concertamos la visita tan pronto como me lo permitiera la consulta./ Sé que con posterioridad solicitaron una ambulancia al 112 para trasladarla al Servicio de Urgencias del hospital, donde es ingresada en el Servicio de Medicina Interna hasta el 24 de agosto, en que es dada de alta con los diagnósticos de arritmia cardíaca por fibrilación auricular, diabetes mellitus tipo II, neumonía, ángor hemodinámico, ansiedad y agitación./ Entre esta fecha y el 9 de septiembre la familia (...) solicita asistencias reiteradas en el Servicio de Urgencias del hospital, donde es ingresada de nuevo el día 31 de agosto y dada del alta por el Servicio de Medicina Interna el 7 de septiembre de 2009./ El día 9 de septiembre la familia solicita asistencia en horario de atención continuada y es visitada en su domicilio por dos médicos de guardia, uno en cada ocasión, siendo la agitación el motivo de consulta./ En la mañana del 10 de septiembre de 2009 los médicos de guardia se ponen en contacto conmigo y me comunican las incidencias de la guardia con la paciente./ Tras contacto telefónico con un familiar acuerdo comentar el caso con su internista para ajustar la medicación, ya que en ese momento desconocía los detalles del proceso de la paciente por haber estado de (...) vacaciones. Hecho esto, contacto de nuevo con el familiar para que acuda a buscar unas recetas con la medicación pautaada al centro de salud. El familiar no acude./ Esa misma tarde solicitan al médico de guardia del centro una ambulancia para acudir al Servicio de Urgencias del hospital, donde es ingresada nuevamente./ El 11 de septiembre la paciente es exitus”.

Concluye que la paciente tenía una “pluripatología grave y deterioro importante, que durante un mes fue vista en reiteradas ocasiones por diferentes facultativos, 5 en el Servicio de Urgencias y 2 en su domicilio, así como ingresada en otras dos. En todo momento presentó una evolución muy poco favorable con descompensaciones tan pronto era devuelta a su domicilio”.

**7.** Con fecha 15 de noviembre de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos, sostiene que “era una paciente con pluripatología

grave y deterioro importante que durante un mes fue vista en reiteradas ocasiones por diferentes facultativos del centro hospitalario y en su domicilio. Permaneció ingresada en cuatro ocasiones. En todo momento presentó una evolución muy poco favorable, con descompensaciones tan pronto era devuelta a su domicilio. En resumen, se trata de una paciente octogenaria que en (el) último año ingresa en el hospital en el Servicio de Medicina Interna y en el Servicio de Urgencias de forma reiterada. Es más, entre agosto y septiembre estuvo más tiempo ingresada en el hospital que en su domicilio. Padece una fibrosis pulmonar tipo neumonía intersticial usual, en tratamiento crónico con esteroides durante al menos nueve meses, con una espirometría realizada en diciembre del año 2008 informada como normal. Como comorbilidades presentaba una diabetes mellitus, así como una gran hernia de hiato. El primer contacto pone de manifiesto que la enfermedad pulmonar está en actividad, lo que obliga a mantener dosis de esteroides, contribuyendo esta patología a su progresiva disnea. Se realiza una nueva espirometría, cronológicamente tres meses más tarde que la realizada en el Hospital "Y", que objetiva una reducción significativa de la capacidad vital, pasando de 1.671 cc (96%) a 1.080 cc (60%). Pero no es hasta el segundo y sucesivos ingresos donde se objetiva un rápido y progresivo deterioro tanto de su función cognitiva como de su disnea, al añadirse al componente respiratorio el componente cardíaco propio de la alteración del ritmo cardíaco por la fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca diastólica. La aparición de la fibrilación auricular en una paciente añosa no es de sorprender, y máxime si es diabética. Fibrilación auricular que va a contribuir de forma muy importante al progresivo y severo deterioro cognitivo con desarrollo de una atrofia corticosubcortical por multiinfarto cerebral, sin que se pueda descartar asociado un componente tipo Alzheimer. Esto explica las progresivas dificultades de la paciente tanto a nivel cognitivo como de comportamiento, verosímilmente agravadas en el último ingreso al sumarse a la patología ya mencionada una infección urinaria".

Finaliza afirmando que "en todas las ocasiones (en) que la enferma fue atendida por el sistema sanitario se le practicaron todas las pruebas oportunas que la paciente requirió en su momento. Se le hicieron TAC craneal, pruebas de

función respiratoria y un eco doppler para troncos supra-aórticos, así como una eco-cardiografía. Estaba sobrada y perfectamente diagnosticada y controlada, descompensándose de forma inmediata tras cada alta, y se explicó de forma reiterada a la familia el progresivo deterioro físico y mental” que presentaba, así como las “causas que a ello contribuían”.

**8.** Mediante escritos de 24 de noviembre de 2010, 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.

**9.** Con fecha 18 de marzo de 2011, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cinco especialistas en Medicina Interna. En él concluyen que “la paciente falleció a consecuencia de una insuficiencia cardíaca derecha, insuficiencia respiratoria hipoxémica por neumopatía intersticial crónica y descompensación diabética en relación con probable infección urinaria (...). La neumopatía intersticial crónica es un grave proceso que se agrava progresivamente sin que ningún tratamiento evite esta progresión (...). La insuficiencia cardíaca derecha que tenía esta paciente era multifactorial, interviniendo la cardiopatía isquémica, el cor pulmonale por la neumopatía y el agravamiento de la insuficiencia mitral que presentaba (...). La enferma estaba diagnosticada correctamente de insuficiencia cardíaca y no eran necesarias exploraciones añadidas para saber lo que tenía. Solo era necesario hacer (un) ajuste en el tratamiento y tratar las causas desencadenantes. Así se hizo cada vez que consultó (...). La enferma sufrió una caída de la cama (a) pesar de que se colocaron barras” en la misma y de que se les “indicó a los familiares que siempre hubiese uno” con ella. Estas son las “medidas que hay que tomar cuando una enferma está consciente y desorientada y con pocas posibilidades de movilización (...). La caída de la cama no tuvo consecuencias significativas (...). Creemos que la actuación médica seguida con esta paciente ha sido correcta y acorde a la lex artis ad hoc”.

**10.** El día 27 de junio de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. Mediante escrito de 30 de junio de 2011 les remite una copia del expediente completo, compuesto en ese momento por trescientos ochenta y nueve (389) folios.

**11.** Con fecha 22 de julio de 2011, los interesados presentan en el registro de la Delegación del Gobierno en Cantabria un escrito de alegaciones en el que se reafirman en los términos de la reclamación inicial.

**12.** El día 25 de agosto de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que “en todas las ocasiones (en) que la enferma fue atendida por el sistema sanitario se le practicaron todas las pruebas oportunas que (...) requirió” y que estaba “perfectamente diagnosticada y controlada, descompensándose de forma inmediata tras cada alta”. Añade que se explicó “de forma reiterada a la familia el progresivo deterioro físico y mental” de la misma, así como “las causas que a ello contribuían, lo que hace suponer a uno de los médicos que atendieron a esta paciente que existía incumplimiento terapéutico en el domicilio y por ello empeoraba”. Por tanto, “no se puede mantener la afirmación de que a la paciente no se le hicieron las exploraciones necesarias para aclarar la causa de la disnea”, que estaba “clara”, pues “era debida a la neumopatía intersticial crónica agravada por episodios de insuficiencia cardíaca”, y su muerte fue “consecuencia de la evolución natural, a pesar del tratamiento de sus dos graves enfermedades: la neumopatía intersticial y la insuficiencia cardíaca de causa múltiple”.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 5 de octubre de 2011, registrado de entrada el día 11 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 Sanidad, 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.

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 10 de septiembre de 2010, habiendo tenido lugar los hechos de los que

trae origen -el fallecimiento de la perjudicada- el día 11 de septiembre de 2009, 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.-** Los interesados, hijos de una paciente fallecida en un hospital de la red pública del Principado de Asturias, solicitan una indemnización por los daños sufridos a consecuencia de esa muerte que atribuyen a la inadecuada asistencia prestada a su madre.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta probado que la perjudicada falleció el día 11 de septiembre de 2009 en un hospital público. Por ello, hemos de presumir que los interesados han sufrido un daño moral como consecuencia de esa muerte, daño que en su momento habremos de cuantificar si se cumplen el resto de los requisitos que permiten apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, puesto que, como venimos declarando con carácter de principio, la mera constatación de un daño en algún modo relacionado con 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 un 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 concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los interesados 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que la paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Se atribuye en este caso a la Administración la existencia de una atención sanitaria con infracción de la *lex artis* que concretan los interesados en la falta de realización de pruebas diagnósticas para conocer y valorar el verdadero estado de salud de la paciente, lo que, a la postre, habría impedido el tratamiento correcto y ocasionado su muerte. Sin embargo, pese a que incumbe a quienes reclaman la prueba de las imputaciones que sostienen, los reclamantes no han desarrollado en la vía administrativa ninguna actividad probatoria, ni en lo que se refiere a la falta de atención que imputan ni en lo relativo al supuesto nexo causal con el fallecimiento. En efecto, pese a la gravedad máxima del resultado lesivo que atribuyen a los servicios públicos sanitarios (la muerte de la paciente), la reclamación se fundamenta en un reproche genérico y carente de la imprescindible concreción, limitándose a señalar que, "a pesar de los evidentes síntomas de ahogamiento que

presentaba desde el primero de los ingresos, no se realizaron las pruebas pertinentes tendentes a descubrir el porqué de dicho ahogamiento, lo que motivó que cuando se acudió a Urgencias en el último de los ingresos ya fuera demasiado tarde”; fórmula que se repite en el trámite de alegaciones, habiendo renunciado a presentar pericia médica o principio de prueba similar sobre el que apoyar tal reproche.

A la vista de ello, ha de resultar incuestionable, incluso para los propios interesados, que este Consejo Consultivo ha de formar su juicio al respecto de la posible existencia de infracción de la *lex artis* y de su relación causal con la muerte de la paciente sobre la base de la documentación que obra en el expediente, documentación e informes médicos de toda índole que no han discutido ni con ocasión de su escrito inicial ni en el trámite de alegaciones.

Entrando en el análisis del fondo de la cuestión que se debate, acabamos de dejar constancia de la inculpación realizada por los interesados, que se resume en afirmar que el servicio público sanitario no habría realizado “las pruebas pertinentes tendentes a descubrir el porqué” del ahogamiento que, según su relato, presentaba la paciente “desde el primero de los ingresos”. A la vista del relato de hechos que refieren, ese primer ingreso se habría producido el día 12 de agosto de 2009 al acudir al Servicio de Urgencias del hospital, permaneciendo ingresada hasta el día 24 de ese mismo mes. No obstante, omiten que se trata de una paciente “en seguimiento en el ‘Y’”, donde se le diagnostica, en el año 2008, una “neumonía intersticial usual”; que el 2 de febrero de 2009 es atendida en Urgencias por una “intoxicación de CO”, y que el 18 de marzo del mismo año ingresa en el hospital al que ahora imputan la negligencia “durante 17 días, siendo dada de alta el 3 de marzo (*sic*) con los diagnósticos de enfermedad pulmonar intersticial, DM (diabetes mellitus), hernia de hiato (y) anemia ferropénica”, a tenor del informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna de 18 de octubre de 2010. De ello deduce este Consejo Consultivo que los problemas que definen los reclamantes como de “ahogamiento” eran conocidos con anterioridad al ingreso al que aluden, constando al menos un diagnóstico de “enfermedad pulmonar intersticial” establecido un año antes por un hospital ajeno a la red pública del Principado

de Asturias, y un ingreso anterior a los que indican en su reclamación (en este caso entre los días 18 de marzo y 4 de abril de 2009) con la valoración al alta que acabamos de citar.

Dado que los interesados sostienen que no se le realizaron las pruebas diagnósticas necesarias, sin señalar a qué prueba o pruebas se estarían refiriendo, hemos de comenzar por dejar constancia de las pruebas diagnósticas que, según la historia clínica, le fueron practicadas a la enferma, y entre ellas las que, *prima facie*, pudieran guardar relación con la causa de su fallecimiento, haciendo abstracción del resto.

Analizada la historia clínica, consta en ella que a la ahora fallecida se le efectuaron, entre otras analíticas generales, las siguientes pruebas diagnósticas: del 18 de marzo al 4 de abril de 2009, "gasometría arterial", "espirometría", "Rx (radiografía) de tórax", "TAC torácico de alta resolución" y "EKG" (electrocardiograma) (folio 279); del 13 al 24 de agosto de 2009, "radiografía de tórax", "eco Doppler de troncos supraaórticos", "TAC craneal" y "EKG" (folio 151); el día 27 de agosto de 2009, "EKG" y "TAC craneal" (folio 244); el día 29 de agosto de 2009, "EKG" y Rx tórax" (folio 140); del 31 de agosto al 7 de septiembre de 2009, "TAC torácico de alta resolución", "ecocardiograma" y "EKG" (folio 77).

También consta en ella que con ocasión del primero de los ingresos (del 18 de marzo al 4 de abril de 2009) los servicios de Trabajo Social hospitalarios realizaron un informe sobre las condiciones en las que vivía la paciente, que en aquel momento contaba con 81 años de edad. El informe, obrante a los folios 350 y siguientes, refiere que es ayudada por una vecina y, respecto al apoyo familiar, señala que el que está "recibiendo en la situación actual no es el adecuado, pues su hijo no asume todos los cuidados", añadiendo que "la paciente no puede seguir en esas condiciones porque precisa unos cuidados que el hijo no le está proporcionando". Indica que otra hija que vive en Madrid "explica que durante un tiempo se la va a llevar con ella, aunque tiene claro que será temporal, pues (...) prefiere estar en su domicilio, dice que buscarán apoyos para entonces".

Al respecto, el informe emitido por el Jefe de la Unidad de Urgencias consigna que “el 27 de agosto a las 4 a. m. se cayó de la cama al levantarse y tratar de saltar sobre las barandillas (...), estando sin ningún familiar acompañante, a pesar de las recomendaciones del médico de guardia del Servicio de Urgencias que había indicado que debería quedarse un acompañante”.

Por su parte, el Jefe del Servicio de Medicina Interna también subraya que “llama poderosamente la atención el ir y venir continuo de la paciente desde su segundo ingreso. No es razonable que una enferma que permanece estable, según consta en el curso clínico médico y de enfermería, se deteriore a las 24 horas de su alta una y otra vez”, aclarando que la “causa más frecuente de este tipo de reingresos suele ser el incumplimiento terapéutico”. Añade que se le “explicó de forma reiterada, así como reiterativa, a la familia el progresivo deterioro físico y mental de su familiar” y las “causas que a ello contribuían”.

Por último, el Médico de Familia que también aparece citado en la reclamación, manifiesta que la fallecida “era una paciente con pluripatología grave y deterioro importante, que durante un mes fue vista en reiteradas ocasiones por diferentes facultativos, 5 en el Servicio de Urgencias y 2 en su domicilio, así como ingresada en otras dos. En todo momento presentó una evolución muy poco favorable, con descompensaciones tan pronto era devuelta a su domicilio”.

Por lo que se refiere a la valoración del proceso asistencial, se han incorporado al expediente el informe técnico de evaluación, realizado por la propia Administración sanitaria, y el emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias. Por su parte, ya hemos señalado que los interesados no presentan prueba alguna.

El primero de estos informes, elaborado por un Inspector de Prestaciones Sanitarias, concluye que “en todas las ocasiones (en) que la enferma fue atendida por el sistema sanitario se le practicaron todas las pruebas oportunas que (...) requirió en su momento (...). Estaba sobrada y perfectamente diagnosticada y controlada, descompensándose de forma inmediata tras cada alta y se explicó de forma reiterada a la familia el

progresivo deterioro físico y mental de su familiar, así como (las) causas que a ello contribuían”.

El segundo, suscrito colegiadamente por cinco especialistas en Medicina Interna, sostiene que “la enferma estaba diagnosticada correctamente de insuficiencia cardíaca y no eran necesarias exploraciones añadidas para saber lo que tenía. Solo era necesario hacer (un) ajuste en el tratamiento y tratar las causas desencadenantes. Así se hizo cada vez que consultó”. Añaden que “la caída de la cama no tuvo consecuencias significativas” y que “la actuación médica seguida con esta paciente ha sido correcta y acorde a *lex artis ad hoc*”.

A la vista de ello, hemos de comenzar por afirmar que no corresponde al Consejo Consultivo efectuar valoraciones propias de la ciencia médica. Por tanto, ante una reclamación que se fundamenta en la alegación de que se privó a la enferma de los estudios diagnósticos pertinentes nuestro papel ha de limitarse a valorar la prueba puesta a nuestro alcance. Y en este caso todos los informes que analizan la actuación de los servicios sanitarios coinciden en señalar que la actividad desplegada por los diferentes servicios y facultativos intervinientes se ajustó al criterio de la *lex artis* y que las patologías que desarrolló la paciente estaban perfectamente diagnosticadas y no era precisa la realización de nuevas pruebas diagnósticas, tan solo requerían el ajuste de la medicación, tal y como se hizo.

Teniendo esto en cuenta, este Consejo Consultivo considera que los interesados no han probado la existencia de la mala praxis que atribuyen a los servicios públicos sanitarios, y menos aún la relación causal del funcionamiento del servicio público con el fallecimiento de su madre. Al contrario, con los datos que obran en el expediente, estimamos probado que se dispuso a la paciente una atención médica exhaustiva, practicando las pruebas diagnósticas y pautando los tratamientos médicos adecuados a la evolución de sus múltiples patologías. Igualmente, entendemos acreditado que las constantes descompensaciones que sufrió a lo largo del último mes de vida se produjeron en su domicilio, sin otra causa del fallecimiento que el propio progreso de la enfermedad.

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