

Expediente Núm. 310/2011
Dictamen Núm. 85/2012

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 19 de diciembre de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños dimanantes del fallecimiento de un paciente como consecuencia de la asistencia sanitaria que se le dispensó en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 7 de marzo de 2011, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida a la “Consejería de Sanidad”, por los daños derivados de la asistencia sanitaria que se dispensó a su pariente, que falleció.

Relatan que el paciente, con 79 años de edad y diagnóstico de Alzheimer, “comenzó el día 5 de diciembre de 2009 a presentar malestar general con fiebre y sudoración”. Fue trasladado al Hospital “X” donde, según afirman, le atendió “una médico residente que no había completado su

formación". Se le diagnosticó neumonía "y se le indicó que debía expulsar la mucosidad, por lo que se solicitó al médico de Atención Primaria un aparataje específico para ello", indicando que se extravió la solicitud.

Exponen que su familiar empeoraba y que con fecha 15 de diciembre volvió a ser trasladado al Hospital "X". El facultativo del Servicio de Urgencias "observó que, además de la neumonía, presentaba una pierna torcida, preguntando al hijo (...) si había sufrido alguna caída". Hacen constar que el paciente tenía dos prótesis de cadera y que "durante el verano sufrió una caída (...) que al parecer no había tenido ninguna repercusión, pues se levantó y no volvió a presentar dolor./ Tras realizar unas radiografías se objetivó que la prótesis del lado izquierdo se había desplazado, por lo que fue ingresado en el Servicio de Traumatología con el fin de realizar una intervención quirúrgica para colocarla". Reprochan varios "déficits asistenciales, entre ellos, la falta de información a la familia" por el traumatólogo y el especialista en Neumología, la desatención por este de la solicitud de traslado del paciente a la planta de Neumología y la falta de cuidados de higiene y atención por el personal asistencial. Señalan que "tras la intervención la situación del paciente empeoró. No se le administraba medicación para el Alzheimer, no se le dan alimentos (...) para evitar una broncoaspiración. Sin embargo, ni el especialista en Traumatología ni el neumólogo habían prescrito que no se le diera alimento./ Dado que se le había retirado la medicación (...), está en una situación muy lamentable, desorientado, agresivo. La familia solicita que sea visto por un neurólogo, pero (...) no es visto hasta el lunes siguiente. Finalmente, desde Medicina Interna se da orden de continuar con la medicación, a petición de la familia". Con fecha 5 de enero, dada la mejoría respiratoria, es dado de alta hospitalaria, dejando constancia de que el paciente "presentaba úlceras (...) debido a la inmovilización. Es citado para el día 16 de enero de 2010./ Se realizan las curas por distintos enfermeros y empeora notablemente la situación, dado que no se hacen (...) conforme se había establecido en el informe hospitalario". Añaden que en la consulta del día 16 de enero el médico "no realiza exploración alguna, limitándose a escribir el pase de visita como un mero trámite administrativo rutinario". En la del día 22 de enero "realizó radiografías e indica a la familia del paciente que se encuentra bien". Ese

mismo día es ingresado en el hospital "a consecuencia de una broncoaspiración (...). Le realizan pruebas analíticas. Se indica a la familia que ha contraído una neumonía y es diagnosticado de fallo renal". Tras apreciar un grave deterioro, su hijo "explica al médico que observa a su padre hinchado en sus extremidades (...), a lo que este contesta que es que 'su constitución es fuerte', que no es hinchazón". El día 3 de marzo de 2010 se le realiza al paciente un TAC de tórax, "del que no se informó (...) a la familia". Finalmente, manifiestan que tras un grave deterioro su familiar "fallece el día 8 de marzo de 2010".

Consideran que ha habido una negligencia asistencial clara y evidente por parte del personal que tenía a su cuidado al paciente, que hizo caso omiso al deterioro que presentaba, "restando importancia al cuadro cuando era claro el malestar y empeoramiento del enfermo", y que "no se prestó atención alguna" al mismo, "ni se tomó ninguna medida directa ni indirecta" para detenerlo, "dejando pasar el tiempo hasta que la situación se hizo irreversible". Sostienen que la responsabilidad es del Principado de Asturias, "al haber actuado sus empleados con una clara acción reprochable, pues el sistema sanitario público en el momento del proceso clínico del paciente permitía facilitar la pauta asistencial y cuidados clínicos pertinentes que hubieran evitado" su muerte.

Por lo que se refiere a los daños, aducen el sufrimiento causado al paciente "por el retraso diagnóstico (...) y falta de tratamiento adecuado" y a la familia por el desasosiego y ansiedad al ver sufrir a un ser querido a consecuencia de la mala praxis médica y por su pérdida irreparable. Valoran el daño ocasionado en doscientos mil euros (200.000 €), de los cuales, 108.406,51 € serían para la esposa y 36.282,16 € para los cuatro hijos mayores de edad, a lo que había que añadir el 10% de factor de corrección, aunque, según indican, el "importe que fija el baremo de accidentes no recoge de modo alguno todas las circunstancias que han de tenerse en cuenta", por lo que cifran la indemnización en la cantidad que señalan.

Por medio de otrosí, interesan que se aporte al expediente la historia clínica completa del paciente. Adjuntan los siguientes documentos: a) Informe del Área de Urgencias del Hospital "X", de 5 de diciembre de 2009, por "disnea", con antecedentes de "síndrome ventilatorio restrictivo 2^{ario} a

toracoplastia. Cor pulmonale crónico". Consta en él que "el paciente no colabora nada para realizar ningún tipo de anamnesis. Refiere el hijo (cuidador principal) catarro estos días sin fiebre. Deterioro cognitivo (que) ha avanzado muy rápido", aumento de "secreciones". Come igual que antes (no anorexia). "No clínica miccional". En impresión diagnóstica se anota "neumonía base dcha." y tratamiento. b) Informe de alta del Servicio de Traumatología, por mejoría, de 5 de enero de 2010, relativo a un ingreso el día 15 de diciembre de 2009 por "luxación PTC I". En antecedentes personales consta "síndrome ventilatorio restrictivo, secundario a toracoplastia. Tratamientos crónicos"; en historia actual, que "acude al Servicio de Urgencias por presentar caída hace aproximadamente 2 semanas. Desde entonces dolor en cadera I, deformidad e impotencia funcional"; en procedimientos quirúrgicos, que "se procede a reducción de la luxación e inmovilización, con tracción blanda; en evolución y comentarios, que "el paciente es controlado durante el periodo de hospitalización por los Servicios de Respiratorio y Medicina Interna", y en recomendaciones, que "se pondrá en contacto con su médico de Atención Primaria para control de su problema respiratorio". c) Informe de alta por exitus, del Servicio de Medicina Interna, de 8 de marzo de 2010, tras ingreso el día 23 de febrero, por "broncoaspiración". En antecedentes personales constan, entre otros, "TDABVD. Vida cama-sillón. Deterioro cognitivo severo multifactorial, con lenguaje ininteligible. Atragantamientos frecuentes y doble incontinencia. Úlceras por presión. HTA de larga evolución. Hipercolesterolemia. No DM conocida. Síndrome ventilatorio restrictivo secundario a toracoplastia en la juventud, secundario a TBC. Cor pulmonale crónico con insuficiencia respiratoria global a tratamiento con oxígeno crónico domiciliario. Parálisis facial izquierda desde 1989. PTC izquierda luxada en diciembre 09 que precisó reducción bajo sedación, complicándose con una neumonía nosocomial, por lo que recibió tratamiento con Piperacilina-Tazobactam, siendo alta el 5 de enero de 2010./ Tratamientos crónicos: Omeprazol, Ventolín, Atrovent, Ameride, Permixon, Urotrol, Axura, Aricept, Risperdal, Distraneurine, oxígeno crónico domiciliario". En el apartado relativo a historia actual, se consigna que "desde el alta reciente en Traumatología el paciente se mantuvo en su situación basal, aunque con abundantes secreciones respiratorias que no conseguía expectorar,

con aparición de disnea de forma brusca tras ingesta de líquidos, seguida de fiebre, tos y expectoración marronácea, asociado todo ello a episodio de pérdida de conciencia con cianosis y palidez y sudoración posterior. Taquipnea ante mínimos esfuerzos. Ingestas muy escasas habituales. Hábito intestinal irregular, alternando estreñimiento y diarrea. Úlceras por presión de tiempo de evolución, sobre todo talares bilaterales con exudación purulenta". En la exploración física se indica que el paciente está "consciente. Poco colaborador. Lenguaje ininteligible. Moviliza espontáneamente las 4 extremidades. Temblor de actitud. Mioclonias. Rigidez generalizada. Taquipnéico en reposo con O₂. Deshidratación de piel y mucosas". Como datos complementarios y procedimientos significativos figuran "Hemograma (...). Bioquímica (...). Gasometría arterial (...). S-S de orina (...). Urinocultivo (...). EKG (...). Rx de tórax", estando el informe incompleto.

2. Mediante escrito de 18 de marzo de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la primera reclamante la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, les requiere para que acrediten su parentesco con el perjudicado.

Figura incorporada al expediente una copia compulsada del Libro de Familia del ahora fallecido, en el que consta la anotación de los reclamantes como esposa e hijos del mismo.

3. El día 24 de marzo de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia de Atención Especializada del Área Sanitaria IV la historia clínica del paciente, así como un informe de los servicios implicados.

Mediante oficios de 28 y 30 de marzo, 18 de abril y 4 de mayo de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "X" remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica del perjudicado y de los informes de los Servicios de Urgencias, de Medicina Interna y de Traumatología.

En la historia clínica obran, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Área de Urgencias, de 15 de diciembre de 2009, por síndrome febril. En enfermedad actual se anota "últimas 2 semanas encamamiento (previamente cama-sillón)./ Hoy fiebre", descenso del "nivel conciencia-atragantamientos (...), secreciones que no expectora y disnea reposo". En exploración física, consta "desconectado del medio (...). Deformidad (...) cadera I". Se aprecia "luxación cadera I (...). Probable broncoaspiración". Se ingresa en Traumatología y se indica que su hijo "no recuerda dosis" de tratamiento, recomendándosele "dieta absoluta" y Haloperidol, si "agitación nocturna". b) Hojas de curso clínico del Servicio de Traumatología, en las que se señala, el día 15 de diciembre de 2009, que se aprecia "talón escara" y se pautan curas, así como "mala situación basal, pasa a ser visto por M. Interna mañana"; el día 16, "mal estado general./ Escara talón izdo./ Cta. urgente a Neumología"; el día 17, que tiene "secreciones importantes./ Está con O₂./ Incorporamos en cama"; el día 18, "afebril. Más despierto (...). Visto por S^o Neumología./ Muchas secreciones" y que "avisan a la guardia porque la familia exige la presencia del neumólogo para colocación de CPAP. Se lo ordenó esta mañana su neumólogo pero no lo escribió en órdenes. Hablo telefónicamente con el neumólogo de guardia que comenta que la CPAP la lleva una empresa privada y que lo hable la familia con dicha empresa para arreglarlo. El hijo está bastante alterado"; el día 19, "afebril. Continúa postrado. Valorado por Neumo"; el día 20, "menos postrado./ Ayer se le dejó en dieta absoluta./ Aviso a Med. Interna para control y recomendaciones. Pido hemograma y (bioquímica) de sangre urgente"; el día 21, "afebril. A seguimiento con Interna y Neumología por patología pulmonar (...). Escaras talones con curas"; el día 22, "más disneico. Ortopédicamente sin cambios"; el día 25, "mejoría. Menos disnea"; el día 26, "sin cambios"; el día 27, "sin cambios. Pte. de verlo Neurología hoy por agitación"; el día 29, "sentamos"; el día 4 de enero, "pendiente de recomendaciones de M. I. para alta". En hoja aparte, en una consulta del día 16 de febrero de 2010, figura "no lo he visto nunca./ Hijo muy conflictivo (...). Opino que no va a caminar más", y en la consulta del día 22 de febrero de 2010, "control Rx: cadera I no luxada./ Rehabilitación" Hospital "Y". c) Hojas de consulta médica de M. Interna, por "deterioro del nivel de conciencia". Consta que "avisan por mal estado general y

leucocitosis" y la petición de pruebas diagnósticas para "descartar ACU (...). Sepsis" y "dudosa neumonía en Rx. Mantengo AB y actitud". El día 22 se refleja "explicamos situación, paciente de alto riesgo"; el día 28, "hijo muy muy demandante"; el día 29, "mejor estado general. Mucho más despierto (...). Hablado con familia, contentos por (tratamiento) psiquiátrico, explicamos que por parte de Interna ya solo ajustaremos el (tratamiento) para quitar ABT". d) Hojas de consulta de Neumología, en las que se hace constar, el día 17 de diciembre de 2009, que no se ven signos de cuadro respiratorio agudo actual y pide ajuste de tratamientos, pues aprecia ligero empeoramiento de la situación crónica del paciente, probablemente por la analgesia y la medicación neurológica. El día 18 de diciembre se anota que "parece claro que el 'coma' no es de origen respiratorio. Hablo con Psiquiatría de Enlace que recomienda suspender esta medicación"; el día 22, que "no me parece que la situación respiratoria del enfermo sea ahora diferente de la habitual en él" y se piden nuevos controles y consulta a Psiquiatría de Enlace para evaluar el tratamiento neuropsiquiátrico; el día 23, "situación respiratoria estable, similar a la habitual en él. El problema de este paciente es la medicación neuropsiquiátrica que había que ajustar (...). Por nuestra parte no necesita ningún otro tratamiento./ Puede dársele de comer"; el día 29, "alta por nuestra parte". e) Hojas de consulta de Psiquiatría de Enlace, del día 28 de diciembre de 2009, por alteraciones de la conducta y petición familiar, se consigna "acompañado por esposa e hijo (...) muy querulantes con todo el sistema sanitario". Consta recomendación de tratamiento y exclusión de Seroxat, que no tiene sentido en este momento. f) Hojas de órdenes terapéuticas con anotaciones diarias, en las que pautan, entre otras, el día 15 de diciembre, la de "dieta absoluta" y tratamiento farmacológico "pendiente de completar con la familia"; el día 16, "cura diaria de escara del talón izdo."; el día 18, "probar tolerancia oral con líquidos mañana", y el día 19, "dieta absoluta". g) Informe clínico asistencial del SAMU, del día 22 de febrero de 2010, por "atragantamiento x líquidos", con tos y aumento de disnea habitual. Según un familiar, "en los días previos presentaba febrícula, tos y expectoración 'marrón'". h) Hojas de curso clínico con anotaciones a partir del día 22 de febrero de 2010, en las que se consigna ingreso del paciente por insuficiencia renal aguda, posible episodio de

broncoaspiración, ITU, deterioro cognitivo avanzado, anemia normocítica, síndrome ventilatorio restrictivo, diabetes mellitus tipo 2, dolor abdominal en FID, el plan de tratamiento y la solicitud de pruebas complementarias; el día 23 de febrero, que se encuentra "algo mejor", el resultado de la exploración y que "no hay familiar para informar"; el día 24, consta "mala evolución", el resultado de la exploración y que "hablé con la familia y les explico el mal pronóstico del (paciente), tanto a corto como a medio plazo"; el día 25, "mala situación general" y el resultado de la exploración y de la eco abdominal; el día 26, que "el paciente se encuentra en una situación similar", el resultado de la exploración y "comentado (a) la familia"; el día 1 de marzo, "situación clínica mala", la exploración y que se comenta con la familia; el día 2 de marzo, "parece empeoramiento clínico", la exploración, petición de pruebas y resultado Rx tórax; a las 15:00 horas del mismo día, "el paciente se encuentra mejor"; el día 3, "aunque analíticamente ha mejorado la F(x) renal, clínicamente sigue igual de mal", la exploración "sin cambios" y el plan; el día 4, está "igual, e incluso peor", la exploración y el plan, "muy mala evolución, la familia está informada de la situación./ Mantenemos medidas básicas" y la solicitud de pruebas; el día 5, "mal estado general", el resultado de la exploración y las pruebas, indicándose que "impresiona de insuficiencia cardíaca en paciente con cor pulmonale, en relación con sobrecarga de volumen. No descartaría isquemia intestinal. Pauto furosemida" y reducción "sueroterapia", con "mal pronóstico. Familia informada"; el día 8, "avisan por exitus". i) Hojas de órdenes terapéuticas y petición de estudios complementarios. j) Hojas de observaciones de enfermería, con varias anotaciones diarias desde el día 23 de febrero de 2010, relativas al estado del paciente, a la cura de escaras, a la administración de medicamentos, a la higiene bucal y a la aspiración de secreciones. k) Informe de alta del Servicio de Medicina Interna por exitus, el día 8 de marzo de 2010, ya adjuntado parcialmente a la reclamación. En el apartado evolución y comentarios se hace constar que "durante el ingreso en nuestro Servicio se administran medidas básicas como sueroterapia con antibioterapia empírica (...), con muy mala respuesta, persistiendo el paciente con muy mal manejo de secreciones (y) mala mecánica respiratoria (...), siendo exitus el 8 de marzo de 2010". Como causa inicial del exitus consta "deterioro cognitivo severo", como

causa inmediata "broncoaspiración" y como proceso intercurrente "IRA secundaria a bajas ingestas".

En el informe emitido el día 29 de marzo de 2011 por el Coordinador del Servicio de Urgencias se hace constar que "la asistencia realizada en Urgencias el 5 de diciembre de 2009 nada tiene que ver con el desenlace posterior, ya que se produce 3 meses después y con dos ingresos hospitalarios por el medio", añadiendo que "en la historia clínica que obra en este hospital, y cuya fotocopia del informe de alta los demandantes aportan, consta que fue atendido y firma el alta la (...) facultativa especialista de área, médico adjunto del Servicio de Urgencias y especialista con formación MIR en este mismo hospital en aquella fecha".

El día 8 de abril de 2011, la Médica Adjunta de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna informa que "desde su ingreso consta en historia que el paciente tiene edemas hasta rodillas (...). El TAC toraco-abdominal fue solicitado el día 4 de marzo y realizado el día 5 de marzo de 2010 (...). Fue visto por varios médicos que coinciden en sus comentarios, y en todos los cursos clínicos se constata la mala evolución y la información en todo momento a la familia", señalando que "toda esta información está recogida de la historia clínica" y que el informe de exitus fue realizado recogiendo toda la información de la misma, "dado que los facultativos que fundamentalmente vieron al paciente ya no se encontraban en este centro".

El día 29 de abril de 2011, el médico del Servicio de Traumatología responsable del paciente informa que este ingresa el 15 de diciembre de 2009 y que, "debido a su importante patología previa, es controlado por los Servicios de Medicina Interna y Respiratorio hasta la mejoría de su estado general, permitiendo el alta con medicación tras permanecer dos semanas a tracción sin producirse episodios de relajación de la prótesis./ Es alta hospitalaria el 5-01-2010, siendo las recomendaciones desde el punto de vista ortopédico: evitar el encamamiento y permitiéndose la deambulaci3n asistida con apoyo sobre el miembro inferior izquierdo./ Con fecha 22-02-10 acude a revisi3n en consultas externas por impotencia para la marcha, realizándose control radiográfico de la cadera izquierda y comprobándose que no existe luxaci3n de la misma".

4. Con fecha 6 de mayo de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él concluye que “la actuación de los profesionales del servicio sanitario público que en los distintos episodios intervinieron en la asistencia del perjudicado fue correcta y conforme a la lex artis, empleando los medios necesarios y tomando las decisiones terapéuticas adecuadas en cada momento al estado del mismo. La mala evolución del paciente, su deterioro progresivo y, a la postre, su fallecimiento no se deben como los reclamantes afirman sin apoyo probatorio alguno a una deficiente asistencia ni a la falta de adopción de medidas terapéuticas efectivas, sino a la mala situación de partida del paciente, que presentaba una pluripatología sumamente grave e incapacitante”.

5. Mediante escritos de 11 de mayo de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

6. Obra incorporado al expediente el informe de una asesoría privada, emitido a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias el 3 de julio de 2011 y suscrito colegiadamente por cinco especialistas en Medicina Interna. En él concluyen que “el paciente falleció en situación de insuficiencia cardíaca derecha por descompensación de cor pulmonale crónico en el seno de una grave demencia tipo Alzheimer, rápidamente progresiva (...). Como consecuencia de esta demencia (...) había tenido broncoaspiraciones y una caída por la que sufrió una luxación de una de las prótesis de cadera que tenía y que fue reducida en quirófano por sedación (...). Debido a lo avanzado de la demencia y el alto grado de dependencia que tenía el paciente podemos decir que su expectativa de vida era muy corta (...). El enfermo padeció una neumonía, probablemente por aspiración, que se decidió tratar en el domicilio del enfermo con el antibiótico adecuado y buena evolución posterior (...). Ingresó diez días después por una luxación de una prótesis de cadera y la sedación para la reducción y la inmovilización posterior empeoraron la situación

respiratoria y dieron lugar a la aparición de úlceras de decúbito en pies (...). El último ingreso fue debido a una insuficiencia cardíaca por descompensación de cor pulmonale crónico debida a las múltiples broncoaspiraciones y a la infección de la úlcera de decúbito (...). La evolución fatal del paciente ha sido debida a la progresión natural de sus enfermedades crónicas, especialmente la demencia, y no a una deficiente atención sanitaria”.

7. El día 19 de septiembre de 2011, se notifica a la primera 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. Examinado este el día 27 de septiembre de 2011 por otro de los reclamantes, obtiene una copia del mismo, compuesto en ese momento por ciento noventa (190) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

Con fecha 14 de octubre de 2011, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se ratifican en lo expuesto en su reclamación inicial. Reiteran “la existencia de mala praxis en los siguientes aspectos: el paciente presentaba un grave deterioro que pasó desapercibido para el personal asistencial que lo tenía a su cuidado”. Se remiten a informes en los que se recoge que el paciente presentó un grave empeoramiento desde su ingreso el 22 de febrero de 2011, y reprochan que no se realizara un TAC hasta el día 5 de marzo, sosteniendo que “se les debió informar de las posibles consecuencias, permitiéndoles conocer y decidir las alternativas terapéuticas”.

8. El día 28 de octubre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, por considerar que la actuación de los profesionales del servicio público sanitario que intervinieron en la asistencia prestada al perjudicado fue correcta y conforme a la *lex artis*, empleando los medios necesarios y tomando en cada momento las decisiones terapéuticas adecuadas al estado que el mismo presentaba.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de diciembre de 2011, registrado de entrada el día 29 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 7 de marzo de 2011, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del paciente- el día 8 de marzo de 2010, 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.- Es objeto de análisis un procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por reclamación de daños derivados del fallecimiento del pariente de

los reclamantes, que atribuyen a la asistencia sanitaria que se le dispensó en un hospital público.

Consta en el expediente que el familiar de los interesados acudió a Urgencias del Hospital "X" el día 5 de diciembre de 2009, y de nuevo el día 15 del mismo mes, quedando ingresado hasta el 5 de enero de 2010 y siendo reingresado el 22 de febrero del mismo año. También consta su fallecimiento en el hospital el día 8 de marzo de 2010, por lo que podemos apreciar que aquellos, como esposa e hijos del ahora fallecido, han sufrido un daño moral cuya valoración económica realizaremos si procede.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar 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 resultados concretos.

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

caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Los reclamantes consideran que hubo negligencia asistencial clara y evidente y que no se prestó atención al deterioro que presentaba el paciente, ante el que no se tomó ninguna medida directa ni indirecta. Reprochan, en concreto, omisión de cuidados e higiene; retirada de medicamentos para su demencia y de alimentación sin que se hubiera pautado dieta absoluta; realización de curas al margen de las indicaciones dadas; falta de exploración en la consulta del día 16 de enero; falta de información a la familia, en particular, sobre el resultado del TAC de tórax que se le realizó el día 3 de marzo de 2010, y que no se les permitió decidir sobre las alternativas terapéuticas.

Sin embargo, no aportan prueba alguna de que los cuidados que dicen haberse omitido pudieran haber evitado el fallecimiento del paciente, ni han descartado la incidencia en el mismo de la difícil situación basal que este presentaba. Tampoco han probado la mala praxis que alegan.

Por el contrario, consta en el expediente diversa documentación en la que figuran los cuidados dispensados al paciente, que se valoró la medicación que tomaba, pues afectaba a su situación respiratoria, y las órdenes terapéuticas de dieta absoluta que se impartieron en varias ocasiones. También figuran en él las pruebas diagnósticas que se le realizaron -entre ellas una ecografía abdominal el 22 de febrero de 2010, mismo día del segundo ingreso- y los tratamientos que se le pautaron, sin que los interesados hayan especificado y acreditado la necesidad de otros. Tanto los especialistas en Medicina Interna como el informe técnico de evaluación señalan que la evolución fatal del paciente fue debida a la progresión natural de sus enfermedades crónicas, especificando el informe técnico de evaluación que la asistencia del perjudicado fue correcta y conforme a la *lex artis*, empleándose los medios necesarios y tomándose las decisiones terapéuticas adecuadas en cada momento al estado del mismo.

Por último, también hay constancia en las hojas de curso clínico obrantes en la historia del paciente de las ocasiones en las que se informó o se intentó

informar a la familia de su situación, por lo que apreciamos que la mujer y los hijos se hallaban al corriente de ella. La eventual falta de comunicación del resultado de una prueba diagnóstica no constituye infracción del deber de información, pues estos están englobados en aquel testimonio sobre el estado del enfermo.

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.