

Expediente Núm. 17/2012
Dictamen Núm. 122/2012

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 26 de abril 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 25 de enero de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su madre, que atribuyen a la asistencia que se le dispensó en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 2 de junio de 2011, los reclamantes presentan en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a la, entonces, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, en relación con el fallecimiento de su madre, que atribuyen a la asistencia sanitaria que se le dispensó en un hospital público.

Refieren que su familiar “tuvo varios ingresos en el Hospital “X” desde el mes de febrero de 2009”, y se remiten a un informe de Geriátría en el que “no

consta isquemia ni alteraciones vasculares en su MI (y) acredita que ya en el año 2009 era una paciente anticoagulada". Manifiestan que en el ingreso del 13 al 26 de febrero de 2010 "los familiares comenzamos a notarle los dedos del pie izquierdo morados y (...) la planta del pie, poniendo dichos hechos en conocimiento de enfermería. Como no vimos que adoptasen ninguna medida al respecto", solicitamos el traslado al Hospital "Y" "para Cirugía Vascolar. El 25 de febrero de 2010 visitan (...) a mi madre" dos facultativos "comunicándonos que el color del pie no tenía importancia", siendo dada de alta al día siguiente. Sostienen que es mentira que su madre haya "tenido muy buena evolución clínica y analítica" como consigna el informe de alta y que este no hace "referencia a ninguna sintomatología en relación a isquemia en miembros inferiores".

Exponen que en la noche del mismo día del alta su madre "nuevamente se volvió a poner como en estado de coma" y que la médica de guardia emitió un volante en el que "ya indicaba la necesidad de derivarla" al Hospital "Y" "por el aspecto que presentaba la pierna, independientemente de otras complicaciones". Señalan que se les denegó otra vez el traslado al Hospital "Y", y que fue ingresada en "Medicina Interna, donde permaneció sin que tomaran ninguna medida (...) respecto a la prenerosis de primero y tercer dedo de pie izquierdo" hasta que el cardiólogo "urgentemente nos remite al Servicio de Cirugía Vascolar" del Hospital "Y". Indican que no es cierto que "hubiera sido el día 6 de marzo de 2010 cuando inicialmente se hubiera quejado mi madre de dolor y observado el pie isquémico", como se dice en el informe de ese especialista. Reprochan también falta de aislamiento de contacto, "a pesar de que el cultivo de bacterias aerobias realizado el día 1 de marzo de 2010 resultó positivo para E. coli".

El 7 de marzo de 2010 la madre de los reclamantes ingresa en el Hospital "Y", "donde acreditan paciente derivada del Hospital 'X' por 'frialdad, cianosis y prenerosis del 1º y 3º dedos pie izquierdo de unos 8 días de evolución', realizándole una intervención quirúrgica urgente, tromboembolectomía femoral izquierda, apreciándose material embólico

antiguo, siendo el diagnóstico principal el de isquemia subaguda miembro inferior izquierdo./ En el posoperatorio recupera pulso poplíteo izquierdo persistiendo la necrosis de 1º y 3º dedos, que evoluciona posteriormente a necrosis establecida en el dorso, planta y dedos del pie izquierdo, siendo dada el alta el 19 de marzo de 2010 con analgesia". Mencionan que "se siguió agravando su situación y finalmente mi madre fallece con fecha 11 de junio de 2010".

Se preguntan "cómo es posible que desde el 26 de febrero de 2010, en que mi madre ingresó en el Hospital 'X', hasta el 7 de marzo de 2010 nadie haya detectado la isquemia, a pesar de las advertencias del color del pie por la familia, ni en las diferentes exploraciones nadie haya apreciado la ausencia de pulsos distales en MII que finalmente llevó al resultado señalado".

Afirman que la prestación del servicio sanitario del Hospital "X" fue irregular y deficiente, al no haber empleado los medios para detectar la prenerosis que la paciente presentaba, que cuando ingresó en el Hospital "Y" llevaba ocho días de evolución, "habiéndose acreditado finalmente en la intervención material embólico antiguo".

Valoran los padecimientos sufridos en treinta y cinco mil doscientos veinticinco euros con cuarenta céntimos (35.225,40 €), solicitando una indemnización por dicho importe.

Por medio de otrosí, interesan la incorporación al expediente de una copia de la historia clínica de la paciente, pericial médica, testifical y documental de los siguientes documentos que aportan: a) Informe de seguimiento en consultas externas del Hospital "X", del día 20 de febrero de 2009, para "valoración geriátrica", en la que se aprecia demencia mixta en "paciente anticoagulada". b) Informe de alta hospitalaria en el Servicio de Medicina Interna del mismo hospital, de 26 de febrero de 2010, relativo a un ingreso el día 13 del mismo mes por "fiebre y síndrome confusional". Constan antecedentes de "hipertensión arterial (...), dislipenia, diabetes mellitus tipo 2 (...), "cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular, insuficiencia tricuspídea moderada/severa, episodio de insuficiencia cardíaca congestiva en 2009 (...),

“enfermedad cerebrovascular, leucoaraiosis en resonancia magnética en marzo 2009, ACV isquémico frontal izquierdo cardioembólico sin secuelas en agosto 2009”. Consta exploración física, con “extremidades sin edemas”. Se comenta que “se trata de una paciente de 80 años de edad con múltiples antecedentes, que ingresó con un cuadro compatible con síndrome febril probablemente secundario a gastroenteritis./ Ha tenido muy buena evolución clínica y analítica, por lo que decido el alta el día de hoy”. En impresión diagnóstica se anota “síndrome febril probablemente secundario a gastroenteritis./ Anemia./ Se mantienen los diagnósticos anteriores”. c) Informe del Servicio de Microbiología del citado hospital del día 2 de marzo de 2010, relativo a cultivo de orina, positivo para “E. coli”, en el que se indica que “requiere aislamiento de contacto”, con anotación manuscrita en la que figura que “en ningún momento la tuvieron aislada de contacto, como ellos han dicho”. d) Informe del día 7 de marzo de 2010, de Servicio que no consta, en el que se refiere “ingresada el 27-02-10 por fiebre de posible origen urinario (había sido dada de alta el día anterior (...)). En la noche de ayer la paciente se quejó de dolor en pie izdo., observándose pie isquémico con dos dedos cianóticos y dolorosos a la palpación” y que “se remite al S. de Cirugía Vasculardel (Hospital `Y´) para su valoración”. Hay una nota manuscrita en la que se lee que “las cosas no sucedieron así como ponen ellos, fueron muy distintas”. e) Informe de alta del Servicio de Cirugía Vasculardel Hospital “Y” del día 19 de marzo de 2010, relativo a ingreso el día 7 de marzo de 2010, tras haber sido “derivada por el Hospital `X´ por frialdad, cianosis y pre necrosis del 1º y 3º dedos pie izquierdo de unos 8 días de evolución”. En “evolución” se anota que, “tras valorar a la paciente y dado que presenta antecedentes de arritmia cardíaca se decide realizar intervención quirúrgica urgente el 7-3-2010, llevándose a cabo tromboembolectomía femoral izquierda, apreciándose material embólico antiguo. En el posoperatorio recupera pulso poplíteo izquierdo, persistiendo la necrosis de 1º y 3º dedos que evoluciona posteriormente a necrosis establecida en el dorso, planta y dedos del pie izquierdo. Durante su estancia hospitalaria se encuentra consciente, aunque con respuesta únicamente a órdenes sencillas,

por lo que es valorada por Neurología que tras la realización de TAC cerebral” la diagnóstica de “síndrome confusional agudo. La paciente (...) presenta mala evolución de las lesiones necróticas (...), por lo que tras comentar el caso con la familia se decide darle el alta con analgesia. Si presentase mala evolución reingresaría con la idea de realizar amputación supracondílea de miembro inferior izquierdo”. El diagnóstico es “isquemia subaguda miembro inferior izquierdo”. f) Dos fotografías del estado del pie, sin precisar fecha. g) Certificado literal de defunción de la paciente, el día 11 de junio de 2010 en su domicilio particular. h) Libro de Familia de la paciente, en la que constan anotados, como hijos, los reclamantes.

2. Mediante escrito de 8 de junio de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a los reclamantes 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 la capacidad de representación.

3. El día 13 de junio de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a las Gerencias del Hospital “Y” y del Hospital “X” una copia de la historia clínica de la paciente y a esta última, además, un informe de los servicios que atendieron a la paciente e información sobre la asistencia que se le haya podido prestar en Atención Primaria tras su ingreso en el Hospital “Y” el día 7 de marzo de 2010. Consta en el expediente la reiteración de la petición al Hospital “X” el día 28 de julio de 2011.

4. Mediante escrito presentado en una oficina de correos el día 21 de junio de 2011, se indica que la reclamación iba firmada por todos los reclamantes y que se hacía constar el domicilio de un despacho de abogados a los solos efectos de notificación, por lo que consideran improcedente el requerimiento efectuado; no

obstante, se aporta poder notarial otorgando la representación, entre otros, a quien firma este escrito.

5. El día 21 de junio de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "Y" remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente relativa a la atención prestada en el Servicio de Cirugía Vasculuar. Entre otros documentos, figuran en la misma: a) Hoja de anamnesis, en la que consta "paciente derivada del H. "X" por frialdad + cianosis dedos pie izdo., de tiempo de evolución desconocido (la familia refiere que de > 8 días", y que en la exploración física se aprecia "pulso femoral izdo. alto, resto ausentes. Lesiones preneocróticas en 1º y 3º dedos pie, con pie de aspecto isquémico. Movilidad y sens. no valorables por falta de colaboración". b) Hoja de curso clínico en la que consta, el día 7 de marzo de 2010, "embolectomía transfemoral izda. con éxito./ Gran reacción periarterial inflamatoria: embolia antigua".

6. Con fecha 18 de agosto de 2011, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica existente en el hospital, el informe emitido por el Servicio de Medicina Interna y copia de la historia sobre la atención prestada en el centro de salud desde el 7 de marzo al 11 de junio de 2010.

En la historia clínica figuran, además de los documentos aportados por los reclamantes, los siguientes: a) Informe de Urgencias, del día 1 de febrero de 2010, relativo a un ingreso por síndrome confusional, probable ITU, consignándose como diagnóstico "ITU, ICC". b) Notas de progreso, relativas a observaciones de curso clínico a partir del día 13 de febrero de 2010. El día 24 se anota que "solo refiere astenia y dolor mecánico en tobillo MII. No eritema, signos artritis o gota. Pulso pedio positivo, aunque débil. No edemas. No impotencia funcional, varices con signos insuf. venosa crónica". c) Notas de progreso de observaciones de enfermería a partir del día 13 de febrero de 2010. El día 22 de febrero se indica que "a primera hora pide un calmante por

dolor piernas"; el día 23, "quejosa, refiere dolor en MII, a la observación el pie aparece más cianótico, más frío y la paciente (también) se queja de úlcera grado I en dedo pequeño pie mismo lado, que tratamos"; el día 24, a las 7:30 horas, que "avisa por dolor en MII, dado paracetamol"; el día 25, "no refirió `dolor piernas´". d) Volante P-10 sin data, aunque parece corresponder al día 27 de febrero de 2010, en el que consta que "la familia desea valoración" en Hospital "Y" y que "avisan por posible pérdida de conciencia con relajación de esfínteres en relación a cambio postural"; consta exploración física y que "llama la atención, paciente muy quejosa y desorientada, a pesar de permanecer afebril". Se diagnostica "deterioro estado gral./ Dolor abd." y como plan "envío Urg. Jarrio". e) Formulario de historia clínica general correspondiente al Servicio de Urgencias, del día 27 de febrero de 2010, en el que figura que la paciente está "muy quejumbrosa en la exploración (tanto en movilización como exploración abd. y MMII) (...). MMII dolorosos, no signos de TVP, induraciones en tracto venoso, MII sin eritema, no palpo pedios en ninguno de los miembros". f) Hojas de curso clínico, correspondientes a un ingreso del día 27 de febrero de 2010, en las que consta, el día 6 de marzo, "signos de isquemia en 1^{er} y 3^{er} dedo pie izdo., al parecer en evolución en estos días./ Pauto analgesia./ Añado tto./ Solicito cta. a Vascular". g) Notas de progreso correspondientes a observaciones de enfermería a partir del día 27 de febrero de 2010. El día 2 de marzo se refleja "cura seca con Betadine en fisura entre el tercer y cuarto dedo del pie izdo."; el 3 de marzo, que "llaman del Servicio de Calidad para iniciar aislamiento de contacto, avisado su médico decide no aislar a la paciente"; el día 7 de marzo, "viene a verla MG, para valorar isquemia de 1^o y 3^o dedo pie izdo."; a las 11:00 horas del mismo día, "dedos isquémicos pie izdo. Se avisa MG y se traslada a Oviedo". h) Informe fechado el 21 de enero de 2011, relativo al alta del Servicio de Medicina Interna del día 7 de marzo de 2010 por traslado al Hospital "Y" tras ingreso el día 27 de febrero por "fiebre y síndrome confusional". Comentan que "durante el ingreso presentó mejoría del estado confusional (...), si bien el día 26 de marzo (*sic*) presentó dolor con signos de isquemia en pie izquierdo con dos dedos cianóticos y dolorosos,

remitiéndose el día 7 de marzo al Servicio de Cirugía Vascolar para su valoración". En juicio diagnóstico figura "síndrome febril secundario a infección del tracto urinario./ Secuelas de ACV./ Isquemia de pie izquierdo./ Diabetes mellitus descompensada". i) Informe de alta del Servicio de Neurología, del día 31 de mayo de 2010, tras ingreso el día 21 del mismo mes por "estatus epiléptico". Se diagnostica "estatus epiléptico./ ACV hemisférico izquierdo con afectación de ac. media y anterior./ Crisis parciales con generalización secundaria de etiología isquémica".

En el listado de episodios del centro de salud consta iniciado el de isquemia de pie el día 21 de marzo de 2010 e intervenciones de enfermería consistentes en curas; el día 6 de abril del mismo año se inicia otro correspondiente a un accidente cerebrovascular por el que recibió atención en su domicilio, con anotaciones hasta el día 31 de mayo de 2010, y el día 20 de mayo de 2010 figura abierto otro por convulsiones-crisis apoplejía. Concluye el listado con la anotación del fallecimiento de la paciente el día 11 de junio de 2010.

El día 23 de junio de 2011, el Jefe de Sección del Servicio de Medicina Interna señala que se trata de una paciente con múltiples antecedentes de riesgo cardiovascular" y que "llama la atención que, habiendo sido vista por varios médicos de distintos Servicios, incluido el Director Médico del Hospital "X"./ Diariamente, durante 3 turnos, por el Servicio de Enfermería del Hospital "X"./ Diariamente, durante 3 turnos, por las Auxiliares de Enfermería del Hospital "X"./ No consten notas de las 'advertencias' de la familia sobre la coloración o isquemia de los dedos del pie izquierdo./ Durante el reingreso el 27 de febrero de 2010, se habla de 'fiebre y síndrome confusional', no se menciona (...) que hubiera algún problema vascular en el pie, ni por parte de la médico que la ingresó ni por el que siguió su evolución./;Que en la exploración de Urgencias y de Medicina Interna no se menciona el 'problema vascular' ". Indica que en el volante de reingreso de la paciente "no se menciona ningún problema vascular y solo que 'la familia desea valoración en (Hospital `Y`)'iii'./ Que la primera mención de la isquemia en 2 dedos de MII la hace el S. de Enfermería

(...) el día 6 de marzo, por observación directa, no por aviso de la familia. Se corrobora posteriormente y se solicita cta. a Vascular (...). El día 7 de marzo, tras avisar a M. de G., se traslada" al Hospital "Y".

7. Con fecha 29 de agosto de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él subraya que "los reclamantes centran su atención de manera exclusiva para imputar una deficiente asistencia a la Administración sanitaria en la lesión isquémica de dos dedos del pie izquierdo. Esta lesión no guarda relación alguna con la evolución y fallecimiento de la paciente. Su aparición no es más que una consecuencia de la evolución natural de una paciente de 80 años diabética e hipertensa de larga evolución y con problemas severos circulatorios con accidentes cerebrovasculares isquémicos repetitivos e insuficiencia cardíaca. De hecho, se observó la evolución de la enferma y hay referencia a sus problemas vasculares, con insuficiencia venosa, una pequeña úlcera en el quinto dedo del pie izquierdo y cianosis y frialdad del pie, pero manteniendo pulso pedio aunque débil. En el momento en que se hace presente la prenerosis se actuó diligentemente, derivando a la paciente al centro correspondiente, donde fue intervenida". Afirma que "la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la lex artis".

8. Mediante escritos de 31 de agosto 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.

9. Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, datado el 12 de octubre de 2011 y realizado por un especialista en Cirugía Cardiovascular. En él se concluye que "la paciente sufría una serie de patologías que, bien por

separado o combinadas, podrían producir accidentes isquémicos en cualquier lugar del organismo, produciendo lesiones graves e irreversibles, incluso la muerte (...). Si en todos los ingresos anteriores al día 27 de febrero del año 2010, incluso en este, en las distintas exploraciones realizadas no se objetivan alteraciones vasculares en la extremidad inferior izquierda se deduce que el accidente isquémico se genera en la noche del día 6 al 7 de marzo, cuando se traslada” al Hospital “X”. Si el “cuadro isquémico se hubiese producido en la fecha que cita la familia -13 de febrero- las lesiones isquémicas se habrían hecho irreversibles, es decir en un grado IV en pocas horas, afectando a toda la extremidad, dejando como única alternativa la amputación por encima de la rodilla; sin embargo, con una simple embolectomía femoral realizada el 7 de marzo (casi cuatro semanas más tarde) se consigue salvar la pierna dejando como secuela alteraciones necróticas que no plantean la amputación ni del antepié, ni siquiera de algún dedo, pudiendo ser dada de alta con curas en su domicilio (...). La paciente fallece el 11 de junio, después de haber sufrido distintos cuadros de ictus cerebral en abril y mayo”.

10. Con fecha 2 de noviembre de 2011, el Jefe del Servicio instructor notifica 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.

No consta que se hayan presentado alegaciones durante este trámite.

11. El día 11 de enero de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 25 de enero de 2012, registrado de entrada el día 30 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 2 de junio de 2011, habiendo tenido lugar el fallecimiento del que trae origen el día 11 de junio 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por reclamación de daños por el fallecimiento de una paciente, que se atribuye a la asistencia que se le dispuso en un hospital público.

Consta en el expediente el fallecimiento de la madre de los reclamantes el día 11 de junio de 2010 en su domicilio particular, por lo que debemos considerar que han sufrido un daño moral cuya evaluación económica realizaremos si procede.

También consta que la finada había permanecido en un hospital público entre el 13 y el 26 de febrero de 2010 y entre el 27 de febrero y el 7 de marzo de ese mismo año.

Ahora bien, la mera constatación de un daño después de haber tenido contacto con el 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 vinculan el fallecimiento de su madre con la isquemia de dos dedos del pie izquierdo que se le apreció en el segundo de los indicados periodos de ingreso hospitalario. Afirman que la prestación del servicio sanitario fue irregular y deficiente, al no haber empleado el hospital los medios necesarios para detectar la prenerosis que presentaba la paciente.

Sin embargo, no han aportado prueba alguna de la relación de causalidad que alegan; en concreto, no consta en el expediente informe o pericia que permita destruir la evidencia de que el fallecimiento se produjo por un accidente cerebral. En este sentido, el informe técnico de evaluación señala que la isquemia en los dedos no guarda relación alguna con la evolución y el fallecimiento de la paciente. Tanto este informe como el emitido por el especialista en Cirugía Cardiovascular coinciden en que la isquemia fue consecuencia de las patologías sufridas por la enferma, por más que se hallase con tratamiento anticoagulante, como indican los reclamantes.

El informe del especialista en Cirugía Cardiovascular descarta también que el cuadro isquémico se haya producido el día que dicen los reclamantes y que guarde relación con el fallecimiento.

Además, se han incorporado al expediente las "hojas de observaciones" en las que constan anotaciones de las que se desprende que los dedos lesionados fueron objeto de atención y curas. Los indicados informes avalan la actuación de los profesionales de la sanidad pública.

En definitiva, no podemos apreciar que los daños alegados hayan sido ocasionados por el servicio público sanitario, cuyo funcionamiento ha sido correcto, en este caso.

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.