

Expediente Núm. 170/2012  
Dictamen Núm. 258/2012

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

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*García Gutiérrez, José María*  
*Zapico del Fueyo, Rosa María*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 19 de septiembre de 2012, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente acuerdo:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 25 de junio de 2012, 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 por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 30 de septiembre de 2011, las interesadas -hija y viuda del perjudicado- presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que entienden derivados de la incorrecta asistencia prestada a aquel por parte del servicio público sanitario.

Inician su escrito con un detallado relato de los antecedentes médicos del fallecido desde una inicial consulta en el Servicio de Neumología del Hospital “X”, el día 10 de agosto de 1995. Tras indicar que “en los años sucesivos

continúan las revisiones con clínica estable y disnea de muy grandes esfuerzos”, refieren que “a partir del año 2006 aumenta la disnea de esfuerzo y en septiembre de 2009 sufre un empeoramiento con disnea de esfuerzo moderado”. Exponen que, “ante el progresivo empeoramiento de su estado de salud”, el 27 de abril de 2010 acude a un centro privado donde se le efectúan pruebas “con unos resultados similares a las pruebas realizadas en los meses de enero y febrero” (en la sanidad pública, según se deduce de su propia exposición), si bien consideran “conveniente” la práctica “de estudios complementarios, TAC, rinoscopia y biopsia transbronquial”. En mayo siguiente acude a consulta en el Servicio de Neumología del Hospital “X”, “donde se le pauta tratamiento farmacológico”, y el 12 de agosto de 2010 “a revisión (...), refiriendo un importante aumento de la disnea de esfuerzo, practicándosele una Rx de tórax (...), triplicándosele la dosis de corticoides orales/. El 10 de septiembre de 2010 se le realiza TAC de tórax (...), confirmando (...) el diagnóstico de fibrosis pulmonar”.

Manifiestan que en un control rutinario de la diabetes (el 3 de septiembre de 2010) se comprueba una descompensación del “nivel de azúcar”, por lo que se le pauta tratamiento cuyos efectos se comprueban el día 9 del mismo mes, indicándole su médico de Atención Primaria que “su nivel de azúcar (...) había disminuido por debajo de 180 (...). El día 18 de octubre de 2010 acude nuevamente a su (médico de Atención Primaria) al presentar un severo aumento de sus dificultades respiratorias, así como un gran hinchazón abdominal”, que el facultativo atribuye a una “mala tolerancia a la Metformina” que se le había pautado. Por tal razón suspende su administración y le prescribe “Eucreas (...), siendo a continuación remitido a su domicilio”.

El día “20 de octubre, presentando (el perjudicado) un gran aumento de su dificultad para respirar”, su hija se persona en el centro de salud solicitando “consulta domiciliaria para su padre, recibiendo como respuesta que al facultativo le resulta imposible desplazarse, indicándole que llame al (...) 112 y solicite transporte sanitario para trasladar al paciente al Hospital `X´”, todo ello sin haberlo visitado “y emitiendo un informe datado a las 9:02 horas del propio día 20 en el que afirma falsamente haber explorado y valorado al paciente,

pautando oxigenoterapia (...) en el traslado, entregándosele en mano en ese momento a la hija del finado". Solicitado el transporte, acude la ambulancia con un "conductor y una técnico que, haciendo una primera valoración del paciente, el cual se encontraba en estado muy grave, contactan telefónicamente" con el médico de Atención Primaria, "recabando su presencia urgentemente, resultando que cuando este acude al lugar (el perjudicado) ya había fallecido. En el lapso de tiempo transcurrido entre la presencia de la dotación del SAMU y el óbito no se practicó maniobra de reanimación o soporte vital alguna".

Tachan las reclamantes la actuación de la "Administración demandada" de "negligente (...), tanto en lo que se refiere a la administración de un fármaco que agravó el estado de salud del paciente como en el defectuoso seguimiento de su patología, desatención por parte del (médico de Atención Primaria) y falta de medios en la prestación del servicio de atención médica urgente que requería el hoy finado, motivos todos ellos que son causa directa del óbito".

Por lo que se refiere a la valoración del daño, solicitan una indemnización por importe de "sesenta mil euros (60.000 €) por los daños y perjuicios sufridos".

Junto con el escrito acompañan la siguiente documentación: a) Certificado de defunción. b) Certificación de la Dirección General de los Registros y del Notariado sobre la existencia de testamento. c) Copia simple del testamento notarial. e) Informe de "Atención Urgente", suscrito el día 20 de octubre de 2010 por su Médico de Familia.

**2.** Mediante escrito de 17 de octubre de 2011, notificado a las reclamantes el 27 de ese mismo mes, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios les comunica 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.

**3.** Con fecha 25 de octubre de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia

del Hospital "Z" y a la de "X" una copia de la historia clínica del paciente y un informe de los servicios implicados en la asistencia. Igualmente, requiere a la entidad pública 112 Asturias un informe sobre diversas cuestiones que plantea.

**4.** Con fecha 3 de noviembre de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "Z" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del perjudicado.

Con posterioridad, el día 7 del mismo mes, le traslada el informe emitido por el Director del Instituto Nacional de Silicosis. En él refiere una consulta médica realizada con fecha 16 de septiembre de 2010, "después de una consulta previa con un neumólogo del Hospital "Y"". Relaciona las pruebas diagnósticas realizadas y precisa que "en la fecha de su valoración, el día 28 de octubre de 2010", el paciente había fallecido. Acompaña una copia del informe de la consulta, fechado el 3 de noviembre de 2010, en el que se establece, una vez valoradas las pruebas practicadas, el diagnóstico de "fibrosis pulmonar idiopática". Recoge el informe que el paciente contaba con 81 años, que acudió a un hospital de Barcelona "para valorar una segunda opinión" y que estaba siendo tratado por "fibrosis pulmonar" con "Prednisona (45 mg/día)". En el apartado denominado "comentarios" consigna que, "según lo referido por los familiares (...), sufrió agravamiento progresivo y falleció".

**5.** El día 9 de noviembre de 2011, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de las historias clínicas del perjudicado existentes en el propio hospital y en el "consultorio de Puerto de Vega", así como el informe librado por el Jefe del Servicio de Medicina Interna del hospital. Este último, al analizar la imputación que se realiza a la actuación de dicho Servicio ("administración de un fármaco que agravó el estado de salud del paciente" y "defectuoso seguimiento de su patología"), señala que aquel "ha tenido un seguimiento a lo largo de 15 años con revisiones periódicas y pruebas de control que demostraron la estabilidad de la enfermedad durante un largo periodo en el que no precisó tratamiento de ningún tipo. En los últimos meses (...) evolucionó negativamente, como es

habitual en este tipo de enfermedades, y se le pautó tratamiento con corticoides, que es el único que puede tener alguna efectividad en el momento actual para paliar ligeramente las agudizaciones, si bien no existe ningún tratamiento que sirva para modificar la evolución de la enfermedad a medio y largo plazo. Es posible que los corticoides en algún momento influyesen elevando la glucemia, lo cual es una pequeña complicación, frecuente e inevitable en ese tipo de tratamientos”.

Adjunta al informe copia de otros dos: el primero de “seguimiento”, fechado el día 3 de noviembre de 2010, donde se resume la atención prestada desde agosto de 1995 hasta septiembre de 2010, y el segundo, de fecha 16 de febrero de 1998.

**6.** Con fecha 9 de noviembre de 2011, el Médico de Familia que atendió al perjudicado suscribe un informe sobre la asistencia prestada. En él señala que se trata de “un paciente de 81 años de edad que presenta pluripatología entre las que destacan, por su gravedad, una fibrosis pulmonar idiopática de más de 10 años de evolución”, siendo “seguido y atendido por su patología pulmonar” en el Hospital “X”. El día 18 de octubre de 2010 es atendido por “presentar un agravamiento de su disnea habitual y para realizar el seguimiento de una descompensación en su diabetes producida por el tratamiento que debe realizar para su enfermedad pulmonar (...). En esa consulta se ajusta el tratamiento, se le informa de su situación clínica, de la gravedad de la misma y, en consecuencia, de la necesidad de solicitar asistencia médica urgente y de proceder a su traslado al Hospital “X” en caso de no mejorar o de empeorar su salud./ El día 20 de octubre de 2010 acude su hija al centro para informarme de la evolución de su padre y, como ya se le había indicado, para proceder a trasladarle al Hospital “X” al haber empeorado, tal y como ya habíamos acordado en la última consulta. En ese momento se emite el informe siguiendo el protocolo de atención urgente del OMI a partir de los datos de la última revisión y de la información que su hija me refirió en su día. Así mismo, le indiqué (...) que pidiese con urgencia la ambulancia (...) y le dije que yo acompañaría al paciente en su traslado al hospital”. Cuando acude al domicilio,

“la situación clínica (del perjudicado) empeora entrando en agonía y después en parada respiratoria, falleciendo a continuación (...). Por la situación de su enfermedad, en fase terminal, y la irreversibilidad del cuadro clínico no se le practican maniobras de reanimación”.

Finalmente, refiere que “tanto el paciente como sus familiares eran conocedores desde hacía tiempo de la gravedad de las enfermedades” y, de acuerdo a tales circunstancias, “se consensuaron y se pactaron las actuaciones a realizar en consonancia con la evolución, la situación clínica y los deseos del paciente”, afirmando que “la información que refiere y aporta el escrito de reclamación es sesgada y parcial en lo relacionado con la atención médica prestada y con los aspectos clínicos de la misma”.

**7.** Mediante fax remitido al Servicio instructor el 5 de diciembre de 2011, el Gerente de la empresa que prestó el servicio de ambulancia le traslada una copia de la declaración escrita de las dos personas que acudieron al domicilio del perjudicado, en la que consta que “se nos avisa de un servicio el día 20 de noviembre por la mañana (...). Al llegar al domicilio nos espera una señora (la hija del paciente estaba en la entrada principal del domicilio, dicha señora estaba alterada y disgustada.). Nos comenta que su padre estaba bastante mal en la habitación, subimos al lugar en donde se encontraba con signos de disnea (...). Acto seguido mi compañera llamó al SAMU explicando lo que nos pasaba y reclamando la presencia del médico (...). Cuando llegó el médico subió a ver al paciente y comenta a la familia que (...) había fallecido. Nosotros esperábamos fuera de la habitación a que el médico terminara de hablar con la familia. Una vez que terminó nos comenta que podíamos recoger todo y marcharnos”.

**8.** Con fecha 14 de diciembre de 2011, el Coordinador del Centro Coordinador de Urgencias del SAMU Asturias resume la asistencia prestada en relación con el traslado en ambulancia, según los datos del Sistema de gestión de comunicaciones de la entidad pública 112 Asturias, cuya copia en soporte digital acompaña. Indica en dicho resumen que la solicitud de la ambulancia se recibe a las 10:05 y que a las 10:07 se da aviso a la ambulancia de soporte vital

básico 10 (ASVB 10) con base en Navia. A las 10:20 “un alertante reclama, por agravamiento del paciente la ambulancia ya solicitada”. A las 10:22 la ambulancia ya se encuentra en el domicilio, y a las 10:24 los técnicos de la misma reclaman la presencia de un médico, cuya llegada al domicilio se constata en una comunicación realizada a las 10:33.

**9.** Mediante escrito de 22 de diciembre de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita a la Gerencia del Hospital “X” una “certificación” respecto a la “hora en que se genera el informe de atención urgente (del perjudicado) a través de OMI-AP”. El Gerente del referido hospital informa, el 12 de enero de 2012, que el Servicio “de Informática comunica que es imposible obtener la huella con la hora en la que el doctor (...) genera el informe de atención urgente”. Acompaña una “copia de la pantalla donde constan los pacientes atendidos (...) y los horarios de consulta”. En la misma se refleja que el perjudicado fue atendido en dos ocasiones: a las 9:20 y a las 11:11 horas.

**10.** Con fecha 20 de enero de 2012, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él concluye que “el paciente estaba diagnosticado desde hacía años de una fibrosis pulmonar idiopática, de pronóstico fatal y sin tratamiento efectivo (...). Como ocurre en estos casos, a partir de un determinado momento de la evolución de la enfermedad se produce un deterioro de la función pulmonar que es irreversible (...). Durante todo el proceso de su enfermedad, el paciente y sus familiares fueron informados en todo momento de la situación clínica (...). Dos días antes del fallecimiento el (médico de Atención Primaria) informó a la familia de la gravedad de la situación clínica del paciente y de la necesidad de trasladarlo al (hospital) en caso de no mejorar o empeorar su salud (...). El facultativo llegó al domicilio del paciente antes de que este falleciese (...). Dado que el paciente estaba en situación de fase terminal de su enfermedad no estaban indicadas maniobras de reanimación, según los criterios de la Sociedad Española de Medicina Intensiva”. Sobre la base de todo ello, considera que la reclamación ha de ser desestimada.

**11.** Mediante escrito de 30 de enero de 2012, 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.

**12.** Con fecha 31 de marzo de 2012, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cinco especialistas en Medicina Interna. En él refieren que “en este enfermo no se realizaron exploraciones agresivas, inicialmente porque estaba asintomático y, cuando experimentó el empeoramiento final, por la edad avanzada que no justificaba esta actuación agresiva” (se refiere a una “broncoscopia y/o biopsia pulmonar”). El “rendimiento de la biopsia después del amplio estudio realizado previamente al enfermo no habría aportado información importante, ya que casi todas las causas estaban descartadas, y sobre todo las tratables”.

Sobre la deficiente actuación médica “en el episodio final, ya que el médico del centro de salud no acudió a ver al paciente y le envió al hospital sin exploración previa”, señalan los especialistas que se trata de una actuación “correcta cuando un médico conoce bien al paciente y presenta alguna de las complicaciones esperables de su enfermedad”. Así, cuando la hija avisó de la agravación de su estado, “el médico hizo lo único que puede hacer fuera del hospital: indicar oxigenoterapia e indicar el traslado al hospital”. El hecho de que en el informe de derivación hospitalaria aparezca una exploración física no realizada “no influye en nada en la actuación a seguir, que está decidida antes de hacer el informe y posteriormente en el hospital se actuará de acuerdo a lo que se detecte allí”.

En cuanto a la respuesta del servicio de traslado en ambulancia, resaltan que el tiempo de llegada “fue de 13 minutos, lo cual es un tiempo de respuesta excelente. A pesar de ello falleció por causa no conocida”, pero en ninguno de los casos posibles “puede realizarse un tratamiento adecuado en el domicilio del paciente”. Además, añaden que “la decisión de no reanimar después de sobrevenir la parada cardiorrespiratoria es correcta porque (...) en un enfermo

de estas características (edad avanzada, fibrosis pulmonar terminal y ausencia de respuesta a tratamiento con oxígeno) no tiene ninguna posibilidad de tener éxito y conseguir que (el) paciente tenga de nuevo latido cardíaco espontáneo”.

Concluyen “que la actuación seguida con este paciente fue correcta y acorde a *lex artis ad hoc*”.

**13.** El día 2 de mayo de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la primera interesada la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

**14.** Con fecha 11 de mayo de 2012, toma vista del expediente la hija del perjudicado y obtiene una copia del mismo, integrado en aquel momento por ciento noventa y seis (196) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

**15.** El día 22 de mayo de 2012, las interesadas presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que, tras reiterar el relato fáctico de su reclamación inicial, insisten en que “en el lapso de tiempo transcurrido entre la presencia de la dotación del SAMU y el óbito no se practicó maniobra de reanimación o soporte vital alguna distinta de la administración de oxigenoterapia”. También en el hecho de que el médico de Atención Primaria no visitó al paciente en el domicilio, y de ahí “el falseamiento de los datos” que contiene el último de los informes elaborados por dicho facultativo.

En resumen, sostienen que “ha existido una total descoordinación en el servicio de atención médica urgente, ofreciendo versiones contradictorias el médico de Atención Primaria y la dotación del SAMU, una demora injustificada en el desplazamiento del (médico de Atención Primaria) al domicilio del paciente” y que “no se le practicó maniobra de reanimación alguna, sin haber consultado a sus familiares, los cuales se encontraban en el propio domicilio (...), si deseaban o no que la misma se llevara a efecto”.

Añaden que “los hechos acaecidos en el domicilio del causante fueron presenciados” por la persona que identifica, “vecina de puerta (...), sin que se le haya tomado declaración en el presente expediente administrativo”.

**16.** Con fecha 31 de mayo de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios acuerda denegar la práctica de la prueba consistente en tomar declaración a la testigo identificada, toda vez que con “la documentación que obra en el expediente (...) quedan perfectamente acreditados los hechos ocurridos durante la asistencia domiciliaria”.

**17.** Con fecha 5 de junio de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Afirma que “el fallecimiento (del perjudicado) se debió a la natural evolución de la grave enfermedad que padecía desde hacía años y que siempre fue correctamente tratada. De la gravedad de su proceso pulmonar estaban perfectamente informados tanto el paciente como sus familiares, no teniendo nada que ver el fatal desenlace con la actuación de los servicios sanitarios”, por lo que propone la desestimación de la reclamación.

**18.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 25 de junio de 2012, registrado de entrada el día 2 de julio de 2012, esa Presidencia 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 las interesadas activamente legitimadas 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 30 de septiembre de 2011, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del paciente- el día 20 de octubre 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 una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de un paciente de 81 años que su viuda e hija atribuyen a una deficiente atención prestada por los servicios públicos sanitarios.

La muerte del familiar no ofrece duda alguna, y por ello hemos de presumir que las interesadas han sufrido un daño moral como consecuencia de tal hecho. 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 y que resulta antijurídico.

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 el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*. 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 en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el 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 solicita.

En su escrito inicial, las interesadas responsabilizan al servicio público sanitario por "la administración de un fármaco que agravó" su estado de salud, un "defectuoso seguimiento de su patología (...), desatención" por parte del médico de Atención Primaria (afirmando la existencia de un informe con datos falsos sobre una asistencia domiciliaria) y "falta de medios en la prestación del servicio de atención urgente". En el escrito de alegaciones aluden a un "falseamiento de los datos" de la última asistencia prestada, "una total descoordinación en el servicio de atención médica urgente (...), una demora injustificada en el desplazamiento" del médico de Atención Primaria "al domicilio del paciente" y la falta de práctica de "maniobra de reanimación (...) sin haber

consultado a los familiares” para saber si estos “deseaban o no que la misma se llevara a efecto”.

Por lo que atañe al primero de los reproches, parecen referirse las interesadas al incremento de la dosis de corticoides al triple y al fármaco Metformina pautado por su médico de Atención Primaria en septiembre de 2010 como consecuencia de una glucemia provocada por los corticoides. Ante una reacción adversa al medicamento, en octubre el mismo médico sustituye este último por Eucreas. Al respecto, figuran las siguientes anotaciones en las hojas de episodios del centro de salud: “03-09-2010 (...). Con el uso de Dacortin el azúcar va subiendo”; “09-09-2010 (...). El azúcar va disminuyendo por debajo de 180”; 18-10-2010 (...). Tolera mal la Metformina. Hinchazón abdominal que le agrava la disnea por la fibrosis pulmonar./ Plan: suspender Metformina./ Paso a Eucreas”.

Según afirma el Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital “X”, ante la agudización de la enfermedad de base (fibrosis pulmonar) se pautó el único tratamiento que puede “paliar ligeramente” los síntomas, y “es posible que los corticoides (...) influyesen elevando la glucemia, lo cual es una pequeña complicación frecuente e inevitable en ese tipo de tratamientos”.

Más allá de la mera constatación de los hechos (fármacos pautados y posibles efectos secundarios), las interesadas han de acreditar también la existencia de una mala praxis asistencial y la relación causal de esta con el fallecimiento del perjudicado. En el supuesto que analizamos, no se ha aportado ningún elemento de prueba, ni tan siquiera indicio, de ninguno de esos condicionantes. No hay duda de cuáles fueron los tratamientos descritos, ni de los motivos para su administración; ahora bien, salvo que se acredite una infracción de la *lex artis* (como habría de ser en este caso el error en su prescripción), la mera descripción del proceso asistencial no permite la declaración de responsabilidad de la Administración sanitaria. Según los datos y valoraciones médicas de las que dispone este Consejo, se triplicó la dosis de corticoides a la vista de la agudización del cuadro respiratorio del paciente, lo que le produjo una glucemia que fue tratada por su médico de Atención Primaria mediante un fármaco, y, ante la evidencia de la mala tolerancia, se

sustituyó posteriormente por otro. En ninguno de los informes médicos obrantes en el expediente se afirma la existencia de error alguno en los tratamientos; es más, en todos ellos se indica que el paciente fue correctamente atendido. Por tanto, de una mera secuencia de hechos, desprovista de una posible valoración técnico-médica en sentido contrario cuya aportación incumbiría a quienes reclaman, no puede este Consejo concluir la existencia de infracción alguna de la *lex artis* asistencial en la prescripción de los fármacos señalados.

El resto de reproches, pese a lo genérico del enunciado, parecen referirse a la actuación del médico de Atención Primaria en los instantes previos al fallecimiento del paciente, a quien atribuyen un “defectuoso seguimiento” y “desatención” del mismo, y también al servicio de urgencias, al que imputan una “descoordinación”. Y en la base de todo ello sitúan las interesadas un “falseamiento” de los datos de la última asistencia prestada.

En efecto, analizada la documentación relativa al caso, resulta que el propio médico de Atención Primaria concernido admite que la última consulta se produce cuando la hija acude al centro de salud para informar de la negativa evolución del paciente, y no en el domicilio de este, como consta en el “informe de atención urgente” que las interesadas aportan con su reclamación. Tanto en el escrito inicial como en sus alegaciones se detienen estas en detallar tan evidente contradicción, acusando al facultativo responsable de falseamiento de los datos. Ahora bien, dado que no es objeto de este procedimiento el posible enjuiciamiento personal del médico de Atención Primaria, sino la responsabilidad patrimonial en la que haya podido incurrir la Administración sanitaria, lo que debe indicarse (y probarse) es en qué medida la actuación llevada a cabo por un profesional al servicio de la sanidad pública resulta contraria a los postulados de la *lex artis*, y, posteriormente, detallar y acreditar las consecuencias de tal contravención en la causación del daño; en este caso, la relación existente entre la decisión de trasladar al enfermo al hospital sin reconocerle en el domicilio y su posterior fallecimiento. Nada de eso se prueba por las reclamantes, y, según todos los informes analizados, lo correcto desde el punto de vista asistencial era el traslado del paciente al hospital, que es lo

que pautó el médico de Atención Primaria. Por tanto, y al margen de cualquier otra consideración ajena a este procedimiento, lo cierto es que todos cuantos informan en el procedimiento afirman que la decisión de trasladar al enfermo de modo urgente al hospital, en ambulancia con oxigenoterapia, era la adecuada. Ha de tenerse en cuenta también, a la hora de resolver esta cuestión, que el médico de Atención Primaria refiere en su informe sobre la reclamación que dos días antes del fallecimiento (y por tanto de la atención urgente que venimos analizando), en presencia del propio paciente y de su hija, ya se había puesto de manifiesto la gravedad del proceso y la forma de actuación en caso de empeoramiento, "consensuando" para esa eventualidad el traslado al hospital, sin que las interesadas hayan cuestionado, en el escrito de alegaciones, la veracidad de tal relato.

En resumen, hemos de considerar acreditado que el médico de Atención Primaria reconoció al paciente dos días antes del fallecimiento y que en ese momento ya indicó que de empeorar la situación habría de ser trasladado al hospital, lo que efectivamente pautó el día 20 de octubre de 2010 en consulta con su hija. Desde un punto de vista asistencial, según los especialistas de la entidad aseguradora, tal actuación "es correcta cuando un médico conoce bien al paciente", y, por ello, en el momento en el que la hija avisó del empeoramiento "el médico hizo lo único que puede hacer fuera del hospital: indicar oxigenoterapia e indicar el traslado al hospital".

Resta por analizar lo sucedido en los instantes previos al fallecimiento. Respecto a la actuación de los servicios de emergencia, hemos de concluir que ha sido correcta, con unos tiempos de respuesta óptimos. De los datos que obran en el expediente, y que confirman las interesadas, resulta que el médico de Atención Primaria emite el informe para el traslado en ambulancia a las 9:20 horas, a las 10:05 se solicita y a las 10:18 llega al domicilio. Ante la gravedad de la situación, el servicio de emergencias requiere la presencia del médico a las 10:23, y queda acreditado que a las 10:33 este ya se encontraba en la residencia del paciente.

Por último, y sobre lo que pudo o debió hacer el médico de Atención Primaria una vez personado en el domicilio del paciente, el único reproche que

vierten las reclamantes es la falta de realización de maniobras de resucitación sin consultar con los familiares tal conducta.

Al respecto, el médico de Atención Primaria confirma que efectivamente “no se practican maniobras de reanimación”, dado que -según indica- se trata de un paciente en “fase terminal” y por “la irreversibilidad del cuadro clínico”. El Inspector de Prestaciones Sanitarias que realiza el informe técnico de evaluación añade que tales maniobras no “estaban indicadas (...) según los criterios de la Sociedad Española de Medicina Intensiva”. Finalmente, en el informe que aporta la entidad aseguradora se afirma que la decisión de “no reanimar es correcta porque (...) en un enfermo de estas características (edad avanzada, fibrosis pulmonar terminal y ausencia de respuesta al tratamiento con oxígeno) no tiene ninguna posibilidad de tener éxito y conseguir que (el) paciente tenga de nuevo latido cardíaco espontáneo”.

A la vista de ello, resulta acreditado que el médico de Atención Primaria actuó correctamente al no practicar maniobras de reanimación, y tal conclusión no varía aun admitiendo que no se consultó con los familiares presentes en el domicilio, dado que la deontología profesional le obliga a hacer lo correcto en cada momento y no lo que le pueda ser indicado por terceros. Los informes técnicos obrantes en el expediente confirman que así lo hizo y, por otra parte, que incluso un hipotético intento de reanimación estaba abocado al fracaso. Una vez más, y ante la falta de prueba por parte de las interesadas, hemos de concluir que, en el caso concreto de este paciente, no estaba indicada la realización de maniobras de reanimación, por lo que la actuación del médico de Atención Primaria resulta correcta y adecuada a los criterios de la *lex artis ad hoc*.

De ello hemos de concluir que el perjudicado falleció, con 81 años de edad, como consecuencia del agravamiento final de una fibrosis pulmonar idiopática diagnosticada unos 15 años antes, habiendo experimentado la evolución habitual en estos casos, con un rápido empeoramiento de la función respiratoria en poco tiempo. Durante el largo proceso que sufrió fue correctamente atendido por los servicios públicos sanitarios, sometiéndolo a los controles y tratamientos precisos hasta que se produce el desenlace final,

frente al que la Administración sanitaria nada puede hacer, dado que no le es exigible revertir un proceso incurable. En definitiva, estimamos que el daño ha de considerarse ajeno jurídicamente al hacer del servicio público sanitario, que ha de calificarse como acorde a la *lex artis ad hoc*.

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.