

Expediente Núm. 82/2013
Dictamen Núm. 108/2013

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 30 de mayo de 2013, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 23 de abril de 2013, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia recibida en el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 3 de julio de 2012, el interesado presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia recibida en el servicio público sanitario.

Señala que “fue intervenido quirúrgicamente en el Hospital “X” el pasado (...) 24 de junio de 2011 de prostatectomía radical por laparotomía y linfadenectomía. Posteriormente y según se refiere en los informes médicos

emitidos al respecto 'comienza con disnea en reposo y dolor torácico opresivo, iniciándose VM no invasiva y tratamiento antibiótico empírico. El día 2-07-11 sufre empeoramiento tanto hemodinámico como respiratorio asociado a cambios electrocardiográficos, realizándose cateterismo urgente donde se observa enfermedad coronaria de tronco y oclusión crónica de la circunfleja, implantándose stent desde tronco hasta origen de descendente anterior, procediéndose a intubación oro-traqueal y conexión a ventilación mecánica. En los días siguientes se procede a retirada progresiva de la sedación, observándose el día 13-07-11 hemiplejia izquierda, solicitándose TAC craneal urgente, donde presenta ictus isquémico en territorio de la ACM y lesiones subcentimétricas localizadas en ambos hemisferios cerebelosos de etiología incierta".

Indica que como consecuencia de la patología descrita en la actualidad ha sido declarado en situación de gran invalidez y, tras acotar que a la fecha de presentación de este escrito aún se encuentra recopilando la información precisa a los efectos de fundamentar en todos sus extremos la reclamación que promueve, "sí (...) está en condiciones de afirmar que todos los indicios apuntan a una responsabilidad de este Servicio de Salud por (...) no haber reaccionado en la forma y el tiempo adecuados a las distintas complicaciones surgidas después de la intervención quirúrgica inicial, con las consecuencias que de todo ello se derivan, entre las que también se encuentran las de la aparición de la escara sacra, lo cual es claro que en ningún momento debería haberse producido si los cuidados y las atenciones proferidas al paciente durante su estancia hospitalaria hubieran sido los adecuados".

Finaliza solicitando que se dé "por instada en tiempo y forma reclamación de responsabilidad patrimonial del Servicio de Salud del Principado de Asturias".

Adjunta a su escrito, entre otra, la siguiente documentación: a) Informe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital "X", de fecha 29 de julio de 2011, donde permaneció ingresado desde el 30 de junio de ese año. En él figura como motivo del ingreso "disnea y dolor torácico en posoperatorio de

neoplasia de próstata”. Como impresión diagnóstica se anotan “insuficiencia respiratoria aguda secundaria a síndrome de distress respiratorio agudo./ Síndrome coronario agudo con enfermedad del tronco del 75%, cateterismo urgente. Stent en tronco./ Infarto esplénico y renal./ Infarto isquémico de arteria cerebral media derecha. Hemiplejia izquierda./ Lesiones cerebelosas de posible origen metastásico pendiente de filiar./ Traqueobronquitis por *Pseudomonas aeruginosa*./ Traquetomía. Escara sacra”. b) Solicitud de traslado del Servicio de Neurología del mismo hospital al Servicio de Rehabilitación del Hospital “Y”, de 23 de septiembre de 2011 en la que se hace constar, en el apartado relativo a diagnósticos, “ictus isquémico hemisferio dcho. (...). Cardiopatía isquémica con enfermedad del tronco de 75%. Stent en tronco (...). Insuficiencia respiratoria aguda secundaria a (síndrome) de distress respiratorio (...). Traqueobronquitis por *Pseudomona aeruginosa* (...). Escara sacra y en ambos pies (...). Infarto esplénico y renal (...). Infección de tracto urinario. c) Resolución de la Dirección Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social por la que se declara al reclamante en situación de incapacidad absoluta para todo trabajo con efectos de 2 de diciembre de 2011. d) Resolución de la Dirección Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 23 de marzo de 2012, en la que, previa reclamación, se le declara en situación de gran invalidez como consecuencia del cuadro clínico que presenta, “adenoca. próstata, insuficiencia respiratoria aguda, cardiopatía isquémica, ictus en territorio de ACM y lesiones ambos hemisferios cerebelosos de etiología incierta. Actualmente ingresado en RHB por hemiplejia izda. secundaria al ictus”.

2. Mediante escrito de 16 de julio de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria comunica al interesado 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. El día 18 de julio de 2012, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Hospital "X" una copia de la historia clínica del proceso asistencial al que se refiere la reclamación, así como un "informe de los servicios implicados (Urología, UCI y Neurología)".

4. Con fecha 31 de julio de 2012, la Gerencia del Hospital "X" remite al Servicio Instructor una copia de la historia clínica requerida.

5. Mediante escrito de 3 de agosto de 2012, la Gerente del Hospital "X" envía al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios los informes emitidos por los Servicios de Urología y de Medicina Intensiva.

En el primero, elaborado el 25 de julio de 2012 por el Jefe del Servicio de Urología y el Médico Adjunto, se reflejan los antecedentes personales del reclamante al momento del ingreso para la realización de la "prostatectomía radical laparoscópica y linfadenectomía" -"fumador. Hipertensión arterial. Enfermedad coronaria. Claudicación intermitente. Dislipemia. Obstrucción femoropoplítea. Depresión. Varicectomía"-, y se indica que, "tras estudio preoperatorio que no contraindica la intervención y con el diagnóstico de adenocarcinoma de próstata estadio clínico T2c N0 M0, se realiza con fecha 24-06-2011 prostatectomía radical laparoscópica + linfadenectomía ilio-obturatriz bilateral, previa profilaxis antibiótica y trombo-embólica según protocolo (...). Curso posoperatorio sin incidencias de interés para la cirugía practicada que presenta 5 días después (...) disnea y sensación de opresión torácica, por lo que, tras ser valorado por el Sº de Medicina Interna, ingresa en la UVI presentando las complicaciones referidas en los informes del Sº de UVI". Finalmente, señalan que "el paciente es visto en revisión en consulta externa de Urología en enero y febrero de 2012, presentando una buena continencia y un PSA de 0,0, por lo tanto con una buena evolución de su enfermedad desde el punto de vista urológico hasta el momento actual".

Por su parte, la Jefa del Servicio de Medicina Intensiva suscribe un informe el día 26 de julio de 2012. En el apartado relativo a evolución y comentarios se consigna “paciente de 57 años con antecedentes de tabaquismo, dislipemia, enfermedad vascular tipo claudicación intermitente con obstrucción femoropoplítea, disfunción eréctil y enfermedad coronaria de 1 vaso (55% circunfleja), así como apnea obstructiva del sueño moderada y bronquiectasias, que ingresa en el Sº de Medicina Intensiva en el posoperatorio de neoplasia de próstata con cuadro de fallo respiratorio severo en relación con síndrome de distress respiratorio del adulto. Se inicia soporte con ventilación mecánica no invasiva pero, ante la gravedad del fallo respiratorio, el paciente precisa intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Ante la observación de las alteraciones electrocardiográficas se solicita consulta a Cardiología y se realiza cateterismo urgente que objetiva una enfermedad coronaria severa con obstrucción de 75% de tronco y oclusión crónica de la circunfleja, con una función de ventrículo izdo. claramente deprimida (FE 35%), con hipoquinesia muy severa anterolateral y apical./ Tras mejoría progresiva hemodinámica y respiratoria se inicia retirada de sedación, apreciándose un déficit neurológico (hemiplejía izquierda). Se realiza TAC craneal urgente donde se observa un ictus isquémico en territorio de arteria cerebral media y lesiones en ambos hemisferios cerebelosos cuya naturaleza quedaba pendiente de completar estudios con RNM./ Dado el fallo respiratorio severo y el trastorno neurológico el paciente precisa ventilación mecánica prolongada, por lo que se realiza traqueotomía (...). Presenta como complicación añadida una escara sacra, recomendándose seguimiento por el Sº de Cirugía General./ Ante la buena evolución del paciente, tras 29 días de ingreso en la Unidad, es alta al Sº de Neurología”.

6. El día 27 de agosto de 2012, la Gerente del Hospital “X” traslada al Servicio instructor el informe del Servicio de Neurología de 24 de agosto de 2012. En él consta que “el paciente fue atendido en interconsulta durante su estancia en la UCI por objetivarse, al retirar la sedación, una hemiplejía izquierda de origen

vascular./ En los estudios posteriores realizados durante su estancia en planta de Neurología se confirma la existencia de un infarto cerebral extenso de presumible origen embólico, dados los antecedentes cardiológicos del paciente./ Cuando se trasladó de la UCI (...) presentaba una úlcera sacra por decúbito que recibió el tratamiento adecuado y se encontraba pendiente de cicatrización”.

7. Con fecha 10 de octubre de 2012, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él concluye que “la asistencia prestada al reclamante fue correcta y adecuada en todo momento a los criterios de la *lex artis*. Las graves complicaciones que presentó tras la intervención quirúrgica no fueron debidas a una incorrecta asistencia sanitaria prestada por el sistema sanitario público, sino a la materialización de una serie de consecuencias derivadas de los importantes factores de riesgo cardiovascular que presentaba y que obligaron a una hospitalización prolongada. En la asistencia prestada por el servicio sanitario público se pusieron todos los medios posibles para curar dichas complicaciones cuando fue posible, o minorarlas cuando ello no lo fue, por lo que se propone la desestimación de la reclamación”.

8. Mediante escritos de 15 de octubre de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria 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. El día 20 de diciembre de 2012, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones. En él señala que, “ante la dificultad que entraña la acreditación de la responsabilidad” del Servicio de Salud del Principado de Asturias “en las patologías sufridas por el reclamante a raíz del tratamiento médico referido en el escrito inicial, la reclamación se centra en la aparición y posterior desarrollo de la escara sacra de gran tamaño que igualmente se reseñaba”. Al respecto, indica que “no

admite discusión de que en caso de haberse prestado los servicios médicos adecuados, movilizándolo más al paciente, reduciendo en lo posible la presión corporal y realizando unas curas más frecuentes y efectivas, se hubiera evitado no solo la aparición de la escara, sino también su desarrollo tan desproporcionado. Hay que tener en cuenta que se trataba de un riesgo previsible y que, precisamente por ello, había que extremar las precauciones para evitarlo, por lo que o bien la insuficiencia de medios o, en su caso, la ineficiente utilización de los mismos ha sido la causa directa e inmediata de la escara”.

A continuación, aplicando analógicamente el “sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a la personas en accidentes de circulación”, procede a fijar el total indemnizatorio reclamado, que cifra en la cantidad de noventa mil euros (90.000 €), con arreglo al siguientes desglose: “25 puntos” por “algias, parestesias en partes sacras, trastorno depresivo reactivo y perjuicio estético”, incluyendo un “factor de corrección del 10%”, 31.629,67 €; 151 días impeditivos, “desde el (...) 24 de junio de 2011 hasta la fecha de reconocimiento de la incapacidad permanente” -22 de diciembre de 2011-, 8.546,60 €, y la escara, estimando que “dicha secuela, por sí sola y como mínimo, es susceptible de considerarse como constitutiva de incapacidad permanente total”, 49.823,73 €, precisando que la misma, “conforme al sistema valorativo indicado, determina una indemnización de entre 18.576,48 y 92.882,35 €”.

10. Con fecha 10 de febrero de 2013, emite informe una asesoría privada a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna. En él, tras recoger los antecedentes personales del interesado -“fumador de un paquete de cigarrillos al día, diagnosticado de dislipemia, litiasis ureteral derecha, arteriopatía periférica con obstrucción femoropoplítea con claudicación intermitente, posible pericarditis aguda en 2002, disfunción eréctil, apnea obstructiva del sueño, bronquiectasias, cardiopatía isquémica e

insuficiencia aórtica moderada (...), obesidad, artrosis lumbar"-, se repasa el proceso asistencial prestado.

En cuanto a la aparición de las escaras, señalan que "desde que ingresó en la UCI se indican en el tratamiento medidas de protección de decúbitos. Se mantuvo sin cambios posturales, por indicación médica, hasta el día 3 de julio. A partir del día 13 de julio aparecen escaras en sacro y en talones, por lo que se inicia cuidado de escaras y se coloca colchón antiescaras. Las escaras evolucionan mal y el día 22 se solicita interconsulta a Cirugía para desbridar las mismas (...). Llevaron una evolución tórpida, mejorando a partir de agosto, y persistían en el momento de solicitar el traslado a Rehabilitación" del Hospital "Y", "pendiente de valoración por Cirugía Plástica".

En relación con las "úlceras o escaras por decúbito o por presión", consignan las causas que normalmente las desencadenan y reseñan los factores favorecedores de que la misma derive en la aparición de una úlcera, señalando, al respecto, que "en este paciente los dos factores más importantes fueron la aplicación de presión, al estar intubado e inconsciente durante varios días por el distress respiratorio que padecía, junto al pésimo estado circulatorio que (...) presentaba por la arterioesclerosis que había afectado a múltiples órganos. Además, la presión aplicada fue mayor de lo normal por la obesidad. A este deterioro vascular se añadió la hipotensión que presentó cuando tuvo el síndrome coronario agudo. Junto a estos dos factores principales existían otros que favorecieron la aparición y mantenimiento de úlcera por presión, como son la hemiplejía, que hizo que la inmovilización fuese mayor, y que presentase incontinencia de esfínteres, lo que dificulta la limpieza de la úlcera sacra".

Por lo que se refiere a la falta de cuidados como causa de aparición de las úlceras por presión, sostienen que no es posible mantener esta afirmación, ya que desde el ingreso en la UCI se instauraron medidas preventivas para evitar su aparición, y en cuanto se visualizaron lesiones en estadio I, en el día 13 de estancia en UCI, se tomaron las medidas oportunas para evitar la progresión, pero no fueron eficaces. El problema surge de que las úlceras suelen aparecer en enfermos en grave estado en los que no es posible hacer

desaparecer los factores favorecedores de ulceración que hemos enumerado antes, y lo único que a veces se consigue es evitar que las consecuencias sean mayores de lo que hubiesen sido sin cuidados especiales hasta que mejoren los factores favorecedores de la úlcera./ Por otro lado, la aparición de las escaras en la UCI, donde la vigilancia y cuidados son extremos, hacen pensar que su aparición era difícilmente evitable y no se debió a la falta de cuidados”.

Concluyen que “el enfermo presentaba múltiples factores para la aparición de escaras. Los dos (...) más importantes fueron la aplicación de presión al estar intubado e inconsciente durante varios días por el distress respiratorio que padecía, junto al pésimo estado circulatorio que (...) presentaba por la arterioesclerosis que había afectado a múltiples órganos. Otros factores eran la obesidad, que aumentaba la presión, la hemiplejia, que mantenía la inmovilización, la incontinencia urinaria y la hipotensión durante el síndrome coronario agudo (...). Desde el primer día de ingreso en la UCI se tomaron las medidas preventivas para evitar la aparición de escaras (...). Cuando (...) aparecieron se iniciaron las medidas posibles encaminadas a evitar su progresión, aunque fueron poco eficaces por la persistencia de los factores que favorecieron su aparición (...). Creemos que la actuación seguida con este enfermo ha sido correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*, y gracias a ella el paciente ha sobrevivido a un proceso de elevada mortalidad (...). La aparición de escaras de decúbito y su persistencia no fueron debidas (...) a un déficit de cuidados sino al estado del paciente, y especialmente a su malísimo estado vascular por la arterioesclerosis que padece”.

11. Mediante escrito notificado al reclamante el 25 de febrero de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Dentro del plazo concedido comparece en las dependencias administrativas una letrada que acredita la representación del interesado mediante poder notarial, y se le hace entrega de la documentación que obra en el expediente, constituida en ese momento por mil sesenta y dos -1.062- folios.

Con fecha 11 de marzo de 2013, el perjudicado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que manifiesta su disconformidad con las conclusiones que se contienen en los informes obrantes en el expediente, que, a su juicio, “no hacen sino intentar negar la responsabilidad por razón de las circunstancias concurrentes en el paciente, fundamentalmente por la aplicación de presión por la estancia durante días en la UCI, así como por el estado circulatorio del mismo”.

El reclamante entiende que “ninguno de dichos factores -ni otros que igualmente se citan- pueden servir como excusa justificativa para la aparición de una escara de las características concretas de la que nos ocupa” y cita, al respecto, dos trabajos científicos que reflejan un porcentaje de éxito en materia de prevención de escaras por presión del 95 y del 98 ciento, respectivamente. Por lo demás, denuncia la omisión de ciertas pruebas y datos y afirma que, “ante un riesgo alto de UPP en el paciente, deberían haberse realizado exámenes diarios en la piel en los que se vigilasen las prominencias óseas y puntos de apoyo, la posible o eventual presencia de sequedad, eritemas y maceraciones”.

Finaliza reafirmando en los términos expuestos en su reclamación inicial.

12. Con fecha 21 de marzo de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella señala, sobre la alegación del reclamante de que “no constan en la historia clínica las medidas preventivas que se adoptaron para evitar la aparición de las escaras”, de lo que deduce que “estas no se tomaron, lo que determinó la aparición de las mismas”, que “en todos los pacientes ingresados y que están en situación de reposo absoluto (más en el caso de una UCI) se adoptan medidas preventivas para la aparición de las úlceras por presión, aunque estas no se anoten, ya que se hacen sistemáticamente en todos los casos, teniendo prioridad las anotaciones en relación con la evolución clínica y el tratamiento del paciente. El día 10 de julio de 2011 se le coloca un

colchón antiescaras (hecho relevante, y por eso aparece anotado en la historia clínica). Pretender, como aduce el reclamante, que prácticamente en ningún caso deben aparecer úlceras por presión, y si estas aparecen se deben a un fallo en las medidas de prevención, es desconocer la realidad de la situación en relación con la aparición de este tipo de lesiones, ya que en los propios estudios que cita en su escrito de alegaciones nunca se establece una evitabilidad del 100%./ El reclamante presentaba múltiples factores que favorecían la aparición de escaras (arteriosclerosis, grave estado circulatorio, obesidad, que aumenta todavía más la presión, la hemiplejia, la incontinencia urinaria y la hipotensión durante el síndrome coronario agudo). Es evidente que, como su propio nombre indica, en la UCI los pacientes están sometidos a una intensa vigilancia por parte de personal (la ratio es un profesional de enfermería por cada dos pacientes), pero esto a veces no es suficiente cuando se presentan circunstancias tan favorecedoras de la aparición de las úlceras por presión, como es este caso. Con el tratamiento oportuno las escaras fueron curadas totalmente”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de abril de 2013, registrado de entrada el día 26 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), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 3 de julio de 2012, y consta en el expediente que el paciente obtuvo el alta por mejoría el día 16 de diciembre de 2011, tal y como se desprende del informe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital “Y” de tal fecha -folio 775-, 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 nuestro análisis una reclamación de daños que el interesado, tras una cierta indeterminación inicial, atribuye al servicio público sanitario y que se concretarían en “la aparición y posterior desarrollo de la escara sacra de gran tamaño” en el curso de un posoperatorio que, con graves riesgos y complicaciones para su salud, se originó tras la práctica de una cirugía radical prostática que le había sido indicada.

La realidad del daño alegado, que resulta incuestionable a la vista de la historia clínica obrante en el expediente, ha sido admitida por la Administración

sanitaria, por lo que, dejando ahora al margen la cuantificación o valoración económica que, en su caso, deba efectuarse, consta la realidad de un daño físico efectivo que reúne los elementos necesarios para legitimar la pretensión de responsabilidad patrimonial.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado 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 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*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*.

Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico, ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o

de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

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

Así las cosas, y a efectos de determinar si en el presente supuesto se respetó la *lex artis ad hoc* en la asistencia prestada al reclamante, adquiere especial relevancia el estado general que, como enfermo, presentaba aquel en el momento del inicio de la asistencia que le fue dispensada. En este sentido, la solicitud de traslado del Servicio de Neurología del Hospital "X" al Servicio de Rehabilitación del Hospital "Y" describe el estado general del paciente, nacido en 1953, "fumador de 1 paq./día. Dislipemia. Claudicación intermitente con obstrucción femoropoplítea. Disfunción eréctil. Enfermedad coronaria de un vaso. Apnea obstructiva del sueño moderada. Bronquiectasias". Con tales antecedentes ingresa en el servicio público sanitario al objeto de serle practicada una cirugía radical prostática que le había sido indicada, y en el curso del posoperatorio surgen una serie de complicaciones -"síndrome de distress respiratorio agudo" que provocó "múltiples infartos (cerebral, renal, esplénico y posiblemente de miocardio)"- que obligaron a que fuera ingresado en la UCI, donde al "día 13" aparecieron "escaras de decúbito" que evolucionan tórpidamente.

Por tanto, el interesado, tras haber sobrevivido a un proceso de elevada mortalidad gracias a la asistencia que le fue prestada por el servicio público sanitario -como ha puesto de relieve alguno de los informes obrantes en el expediente-, y ser declarado en situación de gran invalidez como consecuencia del cuadro clínico que presenta -"adenoc. próstata, insuficiencia respiratoria aguda, cardiopatía isquémica, ictus en territorio de ACM y lesiones ambos hemisferios cerebelosos de etiología incierta", permaneciendo ingresado en aquel momento, además, "por hemiplejia izda. secundaria al ictus"-, formula

una reclamación de responsabilidad patrimonial basada en simples indicios, tal y como él mismo reconoce, pues señala que “está en condiciones de afirmar que todos los indicios apuntan a una responsabilidad” del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Posteriormente, tras esa total indefinición inicial en los motivos en que aquella se fundamenta, presenta un escrito en el que, después de reconocer “la dificultad que entraña la acreditación de la responsabilidad” del Servicio de Salud del Principado de Asturias “en las patologías sufridas por el reclamante a raíz del tratamiento médico referido en el escrito inicial”, centra el motivo de la misma en “la aparición y posterior desarrollo de la escara sacra” que se puso de manifiesto a lo largo del proceso, no dudando en ligar esta concreta patología -las escaras- a la declaración de su situación de gran inválido; aspecto que no aparece ni tan siquiera citado en el cuadro clínico que desembocó en dicha declaración, y que, por otro lado, conviene no olvidar que a fecha actual se encuentran “curadas totalmente”, tal y como pone de relieve la propuesta de resolución que se somete a nuestra consideración.

Ahora bien, incluso situados en la estricta perspectiva de la asistencia prestada al reclamante por el servicio público sanitario en el proceso de aparición, evolución, y tratamiento hasta su total desaparición de la única patología en la que pretende encontrar finalmente un asidero en el que fundamentar su pretensión -las escaras-, tampoco ha acreditado, como es su obligación, infracción alguna de la *lex artis ad hoc*. En este sentido, el perjudicado atribuye “la aparición y posterior desarrollo de la escara sacra de gran tamaño” a “una deficiente o insuficiente atención y cuidado por parte de los servicios médicos que prestaron la asistencia, máxime si se tiene en cuenta (...) la prontitud con la que apareció (...). Ni siquiera se estaba ante un caso de inmovilización largamente prolongado en el tiempo (...). No admite discusión de que en caso de haberse prestado los servicios médicos adecuados, movilizándolo más al paciente, reduciendo en lo posible la presión corporal y realizando unas curas más frecuentes y efectivas, se hubiera evitado no solo la aparición de la escara, sino también su desarrollo tan desproporcionado. Hay que tener en

cuenta que se trataba de un riesgo previsible y que, precisamente por ello, había que extremar las precauciones para evitarlo, por lo que o bien la insuficiencia de medios o, en su caso, la ineficiente utilización de los mismos ha sido la causa directa e inmediata de la escara”.

Pues bien, el dato del que parte el reclamante, cuando afirma que “ni siquiera se estaba ante un caso de inmovilización largamente prolongado en el tiempo”, no se corresponde en absoluto con la realidad de una estancia en la UCI que se dilató a lo largo de 29 días. Pero además, y fundamentalmente, el interesado hace total abstracción de los factores favorecedores de la tórpida evolución de este concreto proceso, puestos de relieve en todos los informes obrantes en el expediente, y de manera específica en el suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna, al subrayar que “en este paciente los dos factores más importantes fueron la aplicación de presión, al estar intubado e inconsciente durante varios días por el distress respiratorio que padecía, junto al pésimo estado circulatorio que (...) presentaba por la arterioesclerosis que había afectado a múltiples órganos. Además la presión aplicada fue mayor de lo normal por la obesidad. A este deterioro vascular se añadió la hipotensión que presentó cuando tuvo el síndrome coronario agudo. Junto a estos dos factores principales existían otros que favorecieron la aparición y mantenimiento de úlcera por presión, como son la hemiplejia, que hizo que la inmovilización fuese mayor, y que presentase incontinencia de esfínteres, lo que dificulta la limpieza de la úlcera sacra”.

En definitiva, a la luz de los hechos acreditados documentalmente y de los informes emitidos en el curso del presente procedimiento, no ha quedado demostrada, a juicio de este Consejo, una mala práctica médica del servicio público sanitario, por lo que no cabe estimar la responsabilidad patrimonial que se pretende, toda vez que la asistencia prestada al reclamante fue adecuada a la situación que en cada momento requerían las patologías que se iban manifestando. La conclusión alcanzada nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

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.