

Expediente Núm. 67/2014
Dictamen Núm. 135/2014

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José 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 12 de junio de 2014, 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 6 de marzo de 2014 -registrada de entrada el día 11 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños que atribuye al funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 6 de septiembre de 2012, el interesado presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que atribuye a la retirada de un tratamiento psiquiátrico por el Servicio de Medicina Interna del Hospital al tratar otras patologías.

Relata que “se halla a tratamiento psiquiátrico desde hace unos 13 años, siéndole diagnosticado en el año 2005 (un) episodio depresivo (...), tomando Seroxat, Valium y Vastat Flas 30”, y añade que en “noviembre de 2011 tenía

diagnosticado síndrome depresivo de larga evolución y como tratamiento crónico, entre otros, Seroxat e Idalprem”.

Con motivo de “otros padecimientos” acude al “Servicio de Medicina Interna, en el Hospital”, donde se le “suspende Idalprem y Seroxat sin ningún medicamento sustitutivo” y sin considerar “propicio su envío” al Servicio de Psiquiatría, a pesar de conocer su “trayectoria médica y su tratamiento crónico”.

Señala que a consecuencia de ello el día “2 de marzo de 2012” tiene un “acto de autolisis, cortándose las venas en muñeca izquierda”, recibiendo “asistencia médica en el centro de salud” y acudiendo a “Salud Mental en fecha 8 de marzo de 2012, donde se le pauta tratamiento con ingreso domiciliario y vigilancia familiar y control de la medicación”.

Tras “lo sucedido su estado ha ido en deterioro con infección de las heridas, debiendo ser ingresado en fecha (...) 28 de abril de 2012 por el Servicio de Nefrología ante un fracaso renal agudo. En este momento, y ante (su) actitud negativa (...) para realizar cualquier tipo de exploración y pruebas para llegar a un diagnóstico, se solicita valoración por el Servicio de Psiquiatría, que considera que tiene un elevado riesgo autolítico y se realizan ajustes en su medicación (...), por lo que se le traslada a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica para controlar su patología (...). Ante la persistencia de clínica depresiva, durante el ingreso se le sustituye el tratamiento antidepresivo previo por su falta de respuesta y se le incrementa la dosis de quetiapina, siendo dado de alta en fecha (...) 27 de junio de 2012 con control y seguimiento del centro de salud mental”.

Afirma que “desde el Servicio de Medicina Interna, sin previa consulta al Servicio de Psiquiatría, no corresponde retirar toda la medicación (Idalprem y Seroxat). Medicación que el paciente necesitaba, puesto que la consecuencia de tan agresiva situación fue un intento de autolisis en fecha (...) 2 de marzo”.

Considera que hay una “relación de causa-efecto entre el anormal funcionamiento del servicio de asistencia sanitaria y las lesiones producidas”, que “consisten en la agravación de la enfermedad padecida por la retirada de la medicación con intento de autolisis y persistencia en la idea con riesgo de

nuevo intento, los perjuicios estéticos irrogados, así como los días hospitalarios e impeditivos”.

Cuantifica los daños sufridos en un importe total que asciende a treinta mil euros (30.000 €).

Adjunta a la reclamación los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Psiquiatría, de 13 de septiembre de 2005, en el que consta, como juicio diagnóstico, “episodio depresivo” y la prescripción de Seroxat y Valium. b) Informe de alta del Servicio de Medicina Interna del Hospital, de 24 de noviembre de 2011, relativo a un ingreso el día 12 del mismo mes por “pérdida de fuerza en MMII”, en el que figuran como antecedentes, entre otros, los de “HTA. Ingesta enólica moderada (...). Episodios de gota úrica. DM tipo 2. Obesidad exógena. SAOS en tratamiento con CPAP. Síndrome depresivo de larga evolución. AC x FA crónica” y como tratamientos crónicos, además de otros, los de Seroxat e Idalprem. En el apartado relativo a historia actual se indica que “el paciente y su familia refieren deterioro general en los últimos tiempos, más marcado últimamente con pérdida de fuerza en los últimos días en MMII y caídas frecuentes. Asimismo desorientación episódica. Astenia e hiporexia sin pérdida de peso. La marcha parece que es inestable con aumento de la base de sustentación y tropiezos frecuentes. Posible visión borrosa ocasional. Dificultad respiratoria con disnea de medianos esfuerzos, incluso mínimos ocasionalmente, pero no en reposo. Ortopnea de dos almohadas sin DPN. No dolor torácico, palpitaciones, alteraciones del hábito intestinal, disfagia, dispepsia, refiriendo únicamente hematoquecia ocasional achacada a hemorroides. Polaquiuria sin disuria ni urgencia”. En evolución y comentarios consta que “se instauró tratamiento con antibióticos por la posible ITU asociada, así como suplementos vitamínicos, pensando que pudiesen ser la causa del trastorno de la marcha del paciente. Con dicho tratamiento (...) mejoró, siendo capaz al alta de caminar de forma casi normal. Fue valorado por el Servicio de Neurología”. La impresión diagnóstica es de “trastorno de la marcha en probable relación con polineuropatía tóxica/metabólica (etanol, DM) (...). Atrofia córtico-subcortical y enfermedad lacunar cerebral (...). Insuficiencia renal crónica (...). Atrofia renal izquierda (...). Nefrolitiasis bilateral con cálculo

coraliforme en riñón izquierdo (...). Gota tofácea crónica. Tofo gotoso sobreinfectado (...). Déficit de ácido fólico". En tratamiento y recomendaciones se señala -en mayúsculas- "prohibición absoluta de ingerir alcohol" y se pautan, entre otros fármacos, Distraneurine, precisando que "suspenderá Idalprem y Seroxat" y que acuda a revisión el 25 de enero de 2012. c) Hoja de interconsulta, de 5 de marzo de 2012, solicitada por el centro de salud al hospital con motivo de "un acto de autolisis" el 2 de marzo de 2012, especificando que "se cortó venas en muñeca" izquierda. d) Pautas de tratamiento y observaciones realizadas el día 8 de marzo de 2012 por un centro de salud mental. e) Informe del Servicio de Urgencias, del Hospital, de 10 de marzo de 2012, por infección de sutura de corte transversal en muñeca y hematuria. f) Informe de alta del Servicio de Nefrología de dicho centro hospitalario, de 4 de mayo de 2012, relativo a un ingreso el 28 de abril por "fracaso renal agudo". g) Informe de alta del Servicio de Psiquiatría del referido hospital, de 27 de junio de 2012, sobre un "ingreso voluntario" el 28 de abril de 2012 "desde el Servicio de Nefrología por persistencia de clínica depresiva". En él consta que "la familia refería inicio de sintomatología depresiva desde la retirada del tratamiento psicofarmacológico, presentando en un principio ansiedad e insomnio pertinaz y posteriormente ideas delirantes de ruina y nihilistas con desconexión progresiva del medio, actitud negativista y abandono del autocuidado. Días previos al ingreso realizó gesto autolesivo (cortes superficiales en las muñecas)". En la exploración física se consignan, entre otros datos, "ideas de muerte y autolíticas" y en el apartado relativo a evolución y comentarios se anota que "al ingreso (...) se sustituye el tratamiento antidepresivo previo por Venlafaxina ante falta de respuesta clínica y se incrementa dosis de quetiapina con evolución clínica favorable./ Al alta persiste ligera apatía y clinofilia; resto de exploración psicopatológica normal".

2. Mediante escrito notificado al interesado el día 1 de octubre de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la fecha de entrada de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se

tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fechas 2, 19 y 22 de octubre de 2012, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital remite al Servicio instructor una copia del historial clínico del perjudicado y los informes emitidos por los Servicios de Medicina Interna y de Psiquiatría del referido hospital y por la psiquiatra de un centro de salud mental.

En la historia clínica figuran, además de los informes que se adjuntan a la reclamación, entre otros, los siguientes: a) Informe del Área de Urgencias, de 12 de noviembre de 2011, por "mareo con caída". Consta en él que los "familiares refieren que en los últimos meses el paciente presenta deterioro de su estado general, presentado debilidad generalizada y múltiples mareos. Hoy sufre caída". b) Hoja de historia clínica del Servicio de Medicina Interna en la que se refleja, el 12 de noviembre de 2011, que es "bebedor moderado". c) Hoja de consulta médica a Nefrología, de 28 de abril de 2012, en la que se indica que el paciente "fue remitido a Urgencias por su MAP por deterioro general, más acusado en las últimas 3 semanas, con imposibilidad para la deambulaci3n. Desde hace 2 meses, que tuvo intento autol3tico tras cambio de medicaci3n antidepressiva, mejoría s3ntomas depresivos pero anorexia y deterioro progresivo sin causa clara (...). Hace \simeq 1 mes (10-3-12) acude a Urgencias por infecci3n heridas (intento autol3tico previo)". d) Hoja de consulta médica a Psiquiatría, de 2 de mayo de 2012, en la que consta que "la familia me dice que (...) lleva a tratamiento por depresi3n desde hace unos 13 a3os (...). El último tratamiento fue Seroxat e Idalprem y estuvo tomándolo ininterrumpidamente durante los últimos siete a3os, hasta noviembre de 2011, (en) que ingresa en Medicina Interna y le retiran los psicofármacos. A partir de ese momento empieza a dormir mal, a tener miedos (ej.: rotura tubería agua, gas, goteo grifos) sobre cosas que pudieran causar mal a los demás. También no comer y meterse en la cama. Así, el 3 de marzo de 2012 se corta las venas. Desde entonces muy avergonzado, empieza a acudir a Salud Mental retomando tratamiento (psiquiátrico). Mejora en cuanto desaparecen los miedos pero persiste la clínica depresiva, encamamiento, no comer, tristeza. Se va

produciendo un deterioro físico que termina provocando el ingreso”. Añade que, “aun sin acabar evaluación, se valora existencia de componentes depresivos y probablemente orgánicos”.

El Servicio de Medicina Interna emite un informe el 4 de octubre de 2012 en el que reproduce parcialmente el de alta de 24 de noviembre de 2011. En él especifica que “la decisión de retirar el tratamiento con Idalprem y Seroxat en ese momento fue debida a las siguientes causas (...): Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, entre los que se encuentra la Paroxetina (nombre comercial de Seroxat), están asociados entre sus efectos adversos con trastornos de la marcha y del movimiento que podrían empeorar el cuadro clínico que presentaba el paciente en relación con su polineuropatía (...). Dichos inhibidores (...) deben utilizarse con precaución en los casos de cardiopatía, diabetes mellitus e insuficiencia renal, las cuales (...) estaban presentes en este paciente (...). Durante todo el ingreso (...) no se objetivó ningún agravamiento de su sintomatología depresiva o aparición de nuevos síntomas que motivasen la necesidad de reanudar dicho tratamiento antidepresivo una vez suspendido (...). Con respecto al tratamiento con Idalprem, el cual es el compuesto Lorazepam de la familia de las benzodiazepinas, se sustituyó el mismo por clometiazol (preparación farmacéutica Distraneurine), el cual está más indicado su uso en pacientes con abuso de alcohol, dado que las benzodiazepinas ansiolíticas como Lorazepam tienen más riesgo de dependencia entre pacientes con antecedentes de abusos de alcohol, drogas o fármacos y entre aquellos con trastornos notables de personalidad”. Manifiesta que posteriormente el paciente acude a consulta de Medicina Interna el día 25 de enero de 2012 y que “se encontraba estable, excepto porque refería insomnio, por lo que se sustituyó Distraneurine por Lorazepam (nombre farmacéutico Orfidal), dado que en ese momento ya no había riesgo de dependencia, puesto que (...) no consumía alcohol. En dicha consulta tampoco hubo ningún dato que sugiriese empeoramiento del trastorno depresivo, por lo que no se realizó ninguna derivación específica a Psiquiatría”. Señala que “si en este periodo hubiese padecido algún cuadro de empeoramiento de sus síntomas depresivos siempre podría haber acudido de forma espontánea a su médico de Atención Primaria

para que se le derivase a consulta especializada de Psiquiatría, por lo que entiendo que si esto no se hizo es porque no había ninguna sintomatología que así lo sugiriese". Añade que en el periodo comprendido entre el alta y la citada revisión "no había existido ningún agravamiento de su patología depresiva a pesar de haberle retirado la medicación (...) referida". Por último, refiere que el día 25 de enero de 2012 "el paciente fue dado de alta para control por su médico de Atención Primaria".

En el informe elaborado por la psiquiatra de un centro de salud mental el 16 de octubre de 2012 se detalla que el paciente "acude a consulta en el Ambulatorio en julio de 2005. Refiere haber acudido anteriormente a consulta con psiquiatras privados". La impresión diagnóstica es de "consumo perjudicial de alcohol./ Episodio depresivo". Se le pauta tratamiento farmacológico. Tras reflejar los antecedentes personales, señala que acude a "consulta en el Centro de Salud Mental el 8 de marzo de 2012. La familia refería que (...) había realizado tentativa de suicidio". A la exploración "estaba consciente, parcialmente colaborador, no presentaba alteraciones sensorio-perceptivas, ni otra sintomatología psicótica". Mostraba "tristeza, falta de humor, encamamiento, insomnio y falta de apetito". Se le "pautó tratamiento farmacológico, así como supervisión de la medicación y acompañamiento familiar debido al intento autolítico referido por la familia". Fue derivado al "neurólogo por presentar atrofia corticosubcortical y enfermedad lacunar cerebral". En la siguiente "consulta (09 de abril de 2012) el paciente presentaba ligera mejoría del estado de ánimo y no presentaba ideas de suicidio (...). Se mantuvo el tratamiento farmacológico".

El 18 de octubre de 2012 emite informe una psiquiatra del Hospital - según consta en el mismo- "responsable de la atención (desde el 9 de mayo de 2012 hasta el 27 de junio de 2012)" del citado paciente. En el apartado relativo a historia actual hace constar que la "familia refería inicio de sintomatología depresiva desde la retirada del tratamiento psicofarmacológico, presentando en un principio ansiedad e insomnio pertinaz y posteriormente ideas delirantes de ruina y nihilistas, con desconexión progresiva del medio, actitud negativista y abandono del autocuidado". Añade que los días "previos al ingreso realizó gesto

autolesivo (cortes superficiales en las muñecas)”. En evolución y comentarios señala que “al ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica se sustituye el tratamiento antidepresivo previo por Venlafaxina ante falta de respuesta clínica y se incrementa dosis de quetiapina con evolución clínica favorable./ Al alta persiste ligera apatía y clinofilia; resto de exploración psicopatológica normal”. El diagnóstico principal es de “trastorno depresivo con síntomas psicóticos” y se pauta como tratamiento “Zyloric (...). Colchicina (...). Digoxina (...). Omeprazol (...). Venlafaxina (...). Quetiapina (...). Rexer (...). Diamben (...). Fraxiparina”.

4. El día 28 de junio de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto elabora el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos y los daños reclamados, afirma que el “proceder de los servicios médicos del (Hospital), especialmente el de Medicina Interna, fue correcto en todo momento”. Cuando ingresó el paciente en el mes de noviembre de 2011 debido a “un cuadro de deterioro general de varios meses de evolución (...) fue estudiado por el Servicio de Medicina Interna llegando a los diagnósticos de polineuropatía tóxico-metabólica, así como de una atrofia córtico-subcortical y enfermedad lacunar cerebral, entre otros, lo que unido a sus antecedentes personales de cardiopatía, diabetes mellitus e insuficiencia renal hizo aconsejable el cambio de la medicación que venía tomando. En el caso concreto del Seroxat (inhibidor de la recaptación de la serotonina), siguiendo las recomendaciones de la ficha técnica del fármaco, autorizada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, y descritas en concreto en los apartados ‘Advertencias y precauciones especiales de empleo’ y ‘Reacciones adversas’ del capítulo Datos Clínicos del citado fármaco’”. Por ello, considera que debe desestimarse la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

5. Mediante oficio de 5 de julio de 2013, 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.

6. El día 2 de septiembre de 2013, a instancias de la compañía aseguradora, una asesoría privada emite un informe suscrito por un especialista en Psiquiatría.

Tras realizar diversas consideraciones generales sobre el tratamiento farmacológico en los ancianos, afirma que el reclamante es “un paciente anciano con pluripatología médica (...), a la que se añade la patología psiquiátrica: consumo abusivo de alcohol y depresión crónica”. Tenía “indicado la toma de hasta 8 tipos diferentes de fármacos a los que se tenían que añadir 2 psicofármacos”, y “el consumo alcohólico (...) interfería en la farmacocinética y farmacodinámica del resto del tratamiento”.

Concluye que “la retirada del tratamiento psicofarmacológico estaba justificada debido al estado de salud precario del reclamante y no constituyó un acto de negligencia”, y precisa que, aunque el médico de Medicina Interna “no le remitió” a un psiquiatra, “el reclamante tenía las capacidades suficientes, lo mismo que su familia, para haber buscado ayuda psiquiátrica a través de su (médico de Atención Primaria)”.

7. Mediante escrito notificado al reclamante el 7 de octubre de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia con vista del expediente durante un plazo de quince días, y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el mismo.

8. Con fecha 18 de octubre de 2013, la esposa del perjudicado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que comunica que este ha “fallecido (...) en fecha 20 de enero de 2013”, por lo que solicita se la “tenga por subrogada en el expediente” iniciado a instancias de su marido.

Adjunta, una certificación literal de la defunción y una copia del testimonio de particulares del protocolo notarial en el que se señala que se ha “iniciado la tramitación del acta de declaración de herederos abintestato (...) en la que se declararán herederos intestados a (...) sus dos hijos (...), sin perjuicio del usufructo legitimario (...) correspondiente al cónyuge viudo”.

9. El día 5 de noviembre de 2013, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios notifica a la esposa del reclamante que se le concede un plazo de 10 días para que acredite debidamente que “le ha sido concedida la representación” de sus hijos, lo que se lleva a cabo mediante comparecencia personal el 11 de noviembre de 2013.

10. Con fecha 11 de noviembre de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia con vista del expediente durante un plazo de quince días, y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el mismo.

11. El día 4 de diciembre de 2013, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que pone de manifiesto que se decidió “retirar (...) el Seroxat (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina)” y que posteriormente “se le trata de nuevo con inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (Prisdal) por el Servicio de Salud Mental”. Detalla que el día “8 de marzo se le restaura tratamiento (...) Prisdal en cantidad de 20 mg y quetiapina en 25 mg”, y que a partir de mayo se “le trata con 300 mg diarios de Venlafaxina, 400 mg diarios de quetiapina, 30 mg de Rexer y 0,6 de Fraxirapina”; dosis que “tuvieron que ser bruscamente incrementadas por la retirada del Seroxat, que se llevó a cabo sin disminuir progresivamente al menos durante dos meses e ir sustituyendo dicho medicamento por otro, que también se debería de incrementar progresivamente, según entender de personal médico”. Indica que “se habla de un consumo de alcohol que no existía ni en noviembre de 2011 ni en enero de 2012 a efectos de poder valorar el cambio de medicación”, afirmando que

“hace años (...) pudo referir tomar dos vasos de vino a la comida”, lo que “no supone que ahora sea alcohólico”.

Sostiene que a “partir de la suspensión de la medicación”, al ir “observando como su estado físico y anímico iba en deterioro”, acudió a su médico de Atención Primaria “en distintas ocasiones, quien refería que no podía hacer nada, que tenía que ser el especialista que le trataba. Consultas que se le mentaron (...) en la revisión de 25 de enero de 2012, así como el progresivo empeoramiento de (el paciente), quien manifestó la imposibilidad de aumentar o cambiar tratamiento, a excepción de quitar Distraneurine y dar Orfidal”. Aduce, asimismo, que “la familia no podía ni imaginar las ideas suicidas que tenía”.

Finalmente señala que, “a raíz de dicho suceso”, se le había reconocido “un grado total de discapacidad de 82%”.

Adjunta copia de la Resolución, de 24 de septiembre de 2012, de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se le reconoce “un grado de discapacidad del 82%” por “limitación funcional de columna (...). Trastorno cognitivo (...). Enfermedad del aparato circulatorio (...). Enfermedad del aparato genito-urinario (...). Enfermedad del sistema endocrino-metabólico (...). Trastorno de la afectividad”.

12. Mediante escrito de 11 de diciembre de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una copia de las alegaciones presentadas a la correduría de seguros.

13. Con fecha 24 de febrero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, con base en similares argumentos a los recogidos en el informe técnico de evaluación y en el realizado a instancia de la compañía aseguradora, concluyendo que “el proceder” de los Servicios de Medicina Interna y de Psiquiatría fueron “correctos y conforme a la lex artis”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 6 de marzo de 2014, 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. Fallecido el interesado, sus herederos se han personado en el procedimiento y se han subrogado en la reclamación, por lo que están activamente legitimados para mantener la solicitud de indemnización. Asimismo, estos pueden actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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 6 de septiembre de 2012, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -la suspensión de la medicación por parte del Servicio de Medicina Interna- el día 24 de noviembre de 2011, 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 el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños -agravación de la depresión que el paciente padecía e intento de autolisis- que se atribuyen a la suspensión, "sin ningún medicamento sustitutivo", del tratamiento con Idalprem y Seroxat.

Obra en el expediente un informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital, de 24 de noviembre de 2011, en el que consta la orden de suspender los fármacos indicados. También resulta del examen de aquel que el día 2 de marzo de 2012 el paciente se lesionó, realizándose cortes superficiales en la muñeca izquierda, y que precisó ingreso hospitalario a cargo del Servicio de Psiquiatría entre el 28 de abril y el 27 de junio de 2012 por persistencia de clínica depresiva, por lo que puede apreciarse una agravación de la misma, dado que hasta ese momento no había requerido ingreso por tal motivo. En consecuencia, debe considerarse acreditada la realidad de tales daños.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido con ocasión 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.

Según la reclamación, los daños se deben a un funcionamiento anormal del servicio público sanitario, consistente en la retirada de "toda la medicación (Idalprem y Seroxat)" por el Servicio de Medicina Interna en noviembre de 2011 sin previa consulta al Servicio de Psiquiatría, y de forma brusca, como se añade en el trámite de audiencia.

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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

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. También hemos de señalar 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.

Los interesados no han aportado prueba alguna que nos permita apreciar la relación de causalidad entre los daños alegados y el funcionamiento del servicio público sanitario más allá de enunciar la secuencia temporal existente entre la asistencia prestada por el Servicio de Medicina Interna y los perjuicios que refieren. Por ello, la valoración de si la asistencia dispensada se ajustó o no a la *lex artis* debemos hacerla a la luz de los informes aportados por la Administración y que obran en el expediente. Del examen del mismo resulta

que el paciente, con antecedentes de cardiopatía, diabetes mellitus e insuficiencia renal, ya presentaba -en noviembre de 2011- cuando recibió asistencia en el Servicio de Medicina Interna un deterioro general, con pérdida de fuerza y caídas frecuentes, desorientación episódica, astenia e hiporexia, dificultad respiratoria y poliaquiuria. Se le apreció trastorno de la marcha, en probable relación con polineuropatía tóxica/metabólica, atrófica córtico-subcortical y enfermedad lacunar cerebral.

El informe emitido por el especialista en Psiquiatría a petición de la compañía aseguradora del Principado de Asturias consigna que estamos ante un paciente anciano con pluripatología médica y psiquiátrica, que tomaba hasta 8 tipos de fármacos y 2 psicofármacos.

El Servicio de Medicina Interna informa que el Idalprem (Lorazepam) se sustituyó por Distraneurine (clometiazol), y explica el cambio por el hábito alcohólico del paciente, justificando la supresión de Seroxat por tener asociados entre sus efectos adversos trastornos de la marcha y del movimiento que podrían empeorar el cuadro clínico que presentaba aquel en relación con su polineuropatía. Añade que durante todo el ingreso del paciente en el Servicio (entre los días 12 y 24 de noviembre de 2011) no se objetivó ningún agravamiento de su sintomatología depresiva o aparición de nuevos síntomas, y que el día 25 de enero de 2012, en que acudió a consulta, solo refería insomnio, por lo que se sustituyó Distraneurine por Orfidal (Lorazepam). El mismo Servicio niega la existencia -ese día 25 de enero- de datos que sugiriesen un empeoramiento del trastorno depresivo que padecía. Es razonable pensar que si después de dicha revisión sufrió un empeoramiento progresivo de su padecimiento psíquico correspondía a su familia solicitar asistencia sanitaria mediante consulta al Médico de Atención Primaria, lo que realizaron, según se deduce del escrito de alegaciones, después del 3 de marzo de 2012, fecha en la que se lesionó. Es más, en dicho escrito se alega que "la familia no podía ni imaginar las ideas suicidas que tenía" el paciente, lo que constituye un indicio del carácter imprevisible del acto autolítico.

Tanto el informe técnico de evaluación como el emitido por un especialista en Psiquiatría avalan el cambio de tratamiento realizado por el

Servicio de Medicina Interna, remitiéndose el primero de ellos a la ficha técnica del fármaco retirado y señalando el segundo que, aunque se hizo sin consulta previa a Psiquiatría, el paciente y su familia tenían capacidades suficientes para solicitar ayuda psiquiátrica en caso de precisarla.

En el trámite de audiencia los interesados niegan que el paciente consumiera alcohol en noviembre de 2011. Sin embargo, en la hoja de la historia clínica del día 12 de dicho mes consta, en la correspondiente anamnesis y como manifestación de aquel, “bebedor moderado”. Además, en el informe del Servicio de Medicina Interna de 24 de noviembre de 2011, que se adjunta a la reclamación, se incluye la prohibición absoluta de ingerir alcohol, sin que en el escrito inicial se haya formulado protesta alguna al respecto.

En definitiva, no resulta probado que la supresión o sustitución de los dos fármacos aludidos constituyera una mala praxis, por lo que no cabe apreciar relación de causalidad entre los daños sufridos por el paciente y el funcionamiento del servicio público sanitario.

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.