

Expediente Núm. 294/2014
Dictamen Núm. 2/2015

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 9 de enero de 2015, con asistencia de los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 9 de diciembre de 2014 -registrada de entrada el día 16 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos por su familiar como consecuencia de la asistencia recibida en un hospital del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 12 de marzo de 2014, las interesadas presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de lo que consideran una deficiente asistencia prestada en un hospital público a su esposo y padre, respectivamente.

Exponen que el perjudicado “falleció el día 9 de octubre de 2012” en el Hospital, al que había acudido el día anterior por Urgencias debido a “malestar general”, consignándose en el correspondiente informe que acudía “por dolor abdominal de horas de evolución en hemiabdomen derecho”.

Señalan que “se desconocen las pruebas que se le realizaron” en dicho Servicio, “ni la hora en que se solicitaron”, y destacan que en el informe de alta se indica que se le practicó una Eco cuyo resultado establece, entre otros, “retroperitoneo no visualizado por interposición de gas”, sin que conste la realización de “prueba alguna posterior que permitiese una visualización adecuada del mismo”. Añaden que la familia fue informada, “sobre las 12:30 horas, de que le han detectado una pequeña disminución de la capacidad renal, por lo que le prescriben pautas de sueros para hidratar y controlar la subida de azúcar, informándonos de que (...) permanecerá ingresado unos cinco días”.

Manifiestan que cuando el paciente sube a la habitación se encuentra “muy alterado y quejándose mucho de dolores de barriga”. Especifican que el día 9 de octubre se emitió un informe sobre la práctica de una gasometría del que “resulta evidente que los valores a que se refiere (...) están alterados, por lo que no es comprensible que no se hiciera nada si es que fueron vistos por algún médico especialista, y mucho menos explicable sería que no hubiesen sido vistos por ningún médico”. En cuanto al “resto de pruebas diagnósticas de las que la familia tiene constancia, se solicitaron el día 9 de octubre de 2012”, a tenor del informe del facultativo que se adjunta, “diversas pruebas, entre ellas un “Tac abdominal”, que no consta entre la documentación que se facilitó a la familia, y cuyo resultado nunca se les entregó, y la Eco realizada en Urgencias, que “no había permitido visualizar el retroperitoneo”.

Subrayan que desde la visita matinal de la médica encargada ningún otro facultativo “acude a comprobar el estado del paciente (...), por lo que, sobre las 18:00 horas, al percatarnos que (...) tiene la barriga hinchada y la frente muy caliente se avisa a los servicios médicos”, que no acuden hasta las 21:00 horas aproximadamente, “a pesar de que sobre las 19:00 horas se solicitó la

intervención del médico de la UCI". Aclaran que cuando llegaron "el paciente está en colapso orgánico", según afirmaron, y precisan que consiguen reanimarlo y que "lo trasladan para estabilizarlo", pero que posteriormente "evoluciona a PCR (parada cardiorrespiratoria)" y es "finalmente exitus". Reseñan que en la autopsia se determina como causa de la muerte un "infarto intestinal a nivel de íleon" con "peritonitis, periesplenitis hialina y estado posapendicectomía".

Consideran que "de los anteriores hechos resulta evidente la deficiencia en la atención médica al paciente por el servicio de salud, al no poner los medios complementarios de diagnóstico a disposición del paciente ni haber solicitado la consulta de un cirujano", pese a tratarse de "un abdomen agudo". Sostienen que "al no visualizarse el retroperitoneo en la ecografía abdominal es obligado realizar un Tac o una RMN abdominal", y que al existir "gas en la cavidad abdominal" debe sospecharse cuando menos de la "existencia de una perforación intestinal, lo que hace obligado solicitar la consulta del cirujano de guardia", sin que nada de ello se haya realizado. Ponen de relieve que como "consecuencia de no haber puesto a disposición del paciente los medios de los que dispone el hospital no se llega a un diagnóstico adecuado, ni siquiera se hace un diagnóstico de sospecha, por lo que no se produce el tratamiento adecuado de urgencia, negándole la posibilidad del mismo con el consecuente fallecimiento".

Solicitan una indemnización de ochenta y tres mil quinientos noventa y cuatro euros con once céntimos (83.594,11 €) para la viuda, y de nueve mil doscientos ochenta y ocho euros con veintitrés céntimos (9.288,23 €) para su hija.

Adjuntan diversa documentación médica y una copia del Libro de Familia del perjudicado.

2. Mediante escrito notificado a las interesadas el 24 de marzo de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario 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 23 de abril de 2014, el Director Económico y de Recursos Humanos del Área Sanitaria III remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica del perjudicado obrante en el hospital en el que fue atendido y los informes emitidos por los Servicios responsables.

El Servicio de UVI emite informe con fecha 7 de abril de 2014. En él se remite, en primer lugar, al "informe médico oficial del alta y cierre de la historia", por cuanto constan en él "las condiciones previas del paciente, su mal estado general en el momento del ingreso" y todas las "actuaciones médicas relevantes". En segundo lugar, y sobre la "propia actuación" desarrollada por el Servicio, precisa que en el momento en el que se decide el ingreso en la Unidad -el día 9 de octubre de 2012, al "verificar" su "empeoramiento"- el paciente "estaba recibiendo las medidas iniciales de resucitación habituales en estos casos, fluidoterapia y oxigenoterapia, habiéndose solicitado además analítica de urgencia y una prueba de diagnóstico de imagen (Tac abdominal), esta última de forma verbal./ Cuando avisan al médico de guardia de la UCI, una vez personado en la habitación, y al comprobar" su mal estado, "se decide el traslado a nuestra Unidad de forma inmediata (...), posponiéndose" aquella prueba "hasta conseguir cierta estabilización". Tras relatar el proceso de deterioro experimentado por el afectado, que culmina con su fallecimiento, afirma que este se produce "por un compromiso severo de su sistema circulatorio a todos los niveles; aterosclerosis generalizada, con compromiso de arterias mesentéricas, entre otras, causando infarto intestinal, así como insuficiencia coronaria (síndrome coronario agudo con elevación de ST). Probable infarto de miocardio tipo 2 sin conclusión".

Niega "taxativamente que la llamada" al médico de guardia "hubiese sido efectuada a las 19 horas", y puntualiza que desde la llamada inicial hasta que se le prestó atención "pasarían escasos minutos, y nunca 2 horas, como se dice", precisando que "la primera llamada (...) sería efectuada sobre las 21 horas, nunca sobre las 19 horas". Por último, reitera que el paciente ya "estaba recibiendo medidas habituales de resucitación, que serían las mismas en caso de ser atendido en la Unidad", y que "solo su mala evolución (...) indicaría el incremento de nuevas medidas, específicas en este caso de nuestra especialidad, como así fue al ingresar".

El día 9 de abril de 2013, el Jefe del Servicio de Medicina Interna manifiesta que el "fallecimiento fue la consecuencia de complicaciones de una arterioesclerosis grave, de larga evolución, secundaria a la existencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus y antecedentes de hábito tabáquico", afectando "dicha arterioesclerosis (...) de forma generalizada a las arterias de su organismo, y consecuentemente era la responsable de múltiples lesiones en los órganos irrigados por las mismas", tal y como confirmó el "estudio necrópsico".

Precisa que "una vez valorado en el Servicio de Urgencias, el motivo del ingreso en Medicina Interna (...) es la presencia de una diabetes mellitus descompensada en situación hiperosmolar (...), con insuficiencia renal importante (...) asociada a dolor abdominal", y detalla que "en las aproximadamente 24 horas (en) que el paciente permaneció en planta a cargo del Servicio de Medicina Interna (...) fue valorado por la guardia del Servicio en la tarde noche del día 8 de octubre, por el especialista en Medicina Interna al que se asignó su atención (...) en la mañana del día 9 y de nuevo por la guardia del Servicio de Medicina Interna en la tarde del día 9 de octubre, decidiéndose en ese momento, ante el deterioro rápido y progresivo del paciente, su traslado a la UCI, donde falleció pocas horas después. Por lo tanto, en ningún momento se puede hablar de falta de atención". Respecto al manejo del mismo, señala que "estuvo condicionado en todo momento, porque, además de la importante

comorbilidad que (...) presentaba, existía una descompensación aguda de su diabetes con situación hiperosmolar, signos de mala perfusión y fracaso renal”, por lo que era necesario “proceder en primer lugar a (su) estabilización”.

Añade que “es necesario recordar que el diagnóstico de isquemia intestinal aguda es (...) difícil de confirmar en los pacientes con situación inestable y descompensada que convierte en exploraciones de muy alto riesgo aquellas que pueden confirmar de forma definitiva el diagnóstico (angiografía convencional o angiografía digital con TC), lo que en la práctica contraindica su realización sin una adecuada estabilización inicial”. A continuación aclara algunos “aspectos concretos” del escrito de reclamación, señalando, en primer lugar, y frente al reproche de falta de realización de “prueba alguna para descartar patología retroperitoneal”, que la misma “no se consideró necesaria, ya que no se sospechaba, ni se demostró en la necropsia, un problema retroperitoneal como causa del dolor abdominal del paciente”. En segundo lugar, y en relación con las afirmaciones relativas a la alteración de la gasometría, aclara “que se trata de una gasometría venosa y no arterial, que se realiza únicamente para descartar la presencia de acidosis en un paciente con una diabetes descompensada (en este caso se descarta la presencia de acidosis metabólica significativa)”. En tercer lugar, reconoce que no consta la solicitud de realización de Tac abdominal, pese a que la médica así lo anotó en la historia, lo que en su opinión se debe, en ausencia de “explicación informática alternativa”, a que “no se realizó la citada petición”, pero -como ya se explicó a la familia- “esto no hubiera cambiado nada la evolución del paciente, dada la rapidez con que se desarrollaron los acontecimientos con posterioridad, puesto que en el mejor de los casos se hubiera realizado al menos 24 horas después de su solicitud./ Por otro lado, considero discutible que se hubiera podido realizar la citada exploración si antes no se conseguía mejorar la situación metabólica y estabilizar adecuadamente al paciente, y que un Tac convencional sin contraste fuera capaz de dar con seguridad un diagnóstico cierto del problema del paciente en un momento en que aún fuera posible un tratamiento

quirúrgico eficaz, que en cualquier caso sería de elevadísimo riesgo en (...) la situación” del afectado. En cuarto lugar, sobre la sugerencia de que “ha existido una falta de información a la familia tras el fallecimiento” del paciente, y “tras comentarlo con el Servicio de Atención al Usuario”, explica “que se canalizaron todas sus peticiones a través del SAU, que se les facilitó la información habitual en forma de informes clínicos del Servicio de Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos e informe clínico de la necropsia, e incluso se facilitó información `no habitual´: pruebas solicitadas, resultados, etc.”, reuniéndose él mismo con la familia para solventar las dudas que se les presentaban. Por último, y en relación con la existencia de “gas en la cavidad abdominal”, interpretada como “existencia de gas en la cavidad peritoneal, y, por tanto, un dato de perforación del intestino”, precisa que “revisados todos los informes de los estudios radiográficos y ecográficos en ningún momento se sugiere esta posibilidad”, debiendo entenderse “que el gas que se visualiza es el que se encuentra en condiciones normales dentro del intestino”.

Concluye que “se trata de un paciente de 74 años de edad con comorbilidades importantes, con una enfermedad vascular muy avanzada de mal pronóstico” a consecuencia de la cual “presentó una grave complicación abdominal que progresó rápidamente y originó su fallecimiento en poco más de 24 horas”, y que se acompañaba “de graves alteraciones metabólicas que dificultaron su diagnóstico y hacían muy difícil el tratamiento de la misma”.

4. Con fecha 5 de agosto de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras reiterar las consideraciones vertidas en los informes anteriores, concluye que “la reclamación estaría prescrita”, dado que “el fallecimiento se produce el 9-10-2012 y la reclamación tiene entrada en la Administración del Principado de Asturias el 12-3-2014”.

En cuanto al fondo del asunto, entiende que “la asistencia prestada al fallecido fue correcta y adecuada a la *lex artis*”, por lo que procede desestimar la reclamación.

5. Mediante escritos de 12 de agosto de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

6. El día 28 de septiembre de 2014, un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica emite, a instancia de la compañía aseguradora, un informe pericial. En él, tras describir la praxis aplicable al caso, advierte de la dificultad del diagnóstico de la isquemia intestinal, “ya que los síntomas y signos son habitualmente inespecíficos”, alcanzando la mortalidad “el 95% en pacientes con trombosis arterial por arteriosclerosis”, y precisa, en cuanto al “tratamiento” de la patología, que “en cualquier caso las intervenciones por isquemia intestinal se suelen hacer en dos o tres tiempos, en urgencia diferida”.

Afirma que con los datos disponibles “no se puede intuir un diagnóstico, salvo algún problema biliar”, siendo la actuación del Servicio de Urgencias correcta al decidir el “ingreso para continuar estudio” en el Servicio de Medicina Interna. Añade que “el Tac es una exploración útil en la urgencia abdominal, pero no es una técnica buena para hacer un diagnóstico precoz de la isquemia intestinal”, pues “solo se llega a diagnosticar menos del 30% de los casos”, por lo que “no hubiera aportado beneficio terapéutico (...), ya que la situación del paciente por su enfermedad arteriosclerótica no hubiera soportado varias urgencias diferidas”.

Sostiene que, “a la vista de los documentos contenidos en la historia clínica y en los informes aportados, no existen datos para concluir que se

prestase una deficiente asistencia sanitaria, ni que existiera negligencia ni mala praxis en el manejo del episodio asistencial del paciente”.

7. Con fecha 6 de octubre de 2014, emite informe un gabinete jurídico privado también a instancias de la compañía aseguradora. En él se aprecia la existencia de prescripción de la acción, pues habiendo fallecido el paciente el día 9 de octubre de 2012, la reclamación presentada el 12 de marzo de 2014 lo ha sido fuera de plazo, careciendo de eficacia interruptiva de la prescripción los e-mails remitidos por la hija del afectado al Servicio de Atención al Paciente, toda vez que en ellos únicamente se solicita determinada documentación, sin plantearse reclamación alguna ni realizarse imputación de ningún tipo de negligencia.

En todo caso, considera que “la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias ha sido diligente, pues la asistencia sanitaria ha sido conforme” a la *lex artis*.

8. Mediante escrito notificado a las reclamantes el 20 de octubre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Consta en el mismo la personación de una de las interesadas el 24 de octubre de 2014 y la obtención de una copia de aquel.

Con fecha 7 de noviembre de 2014, las reclamantes presentan un escrito de alegaciones en el que invocan, en cuanto a la prescripción de la acción, el principio de la *actio nata*, conforme al cual “el plazo de prescripción de la acción comienza en el momento en que esta puede ejercitarse”; coyuntura que “solo se perfecciona cuando concurren los dos elementos del concepto de lesión, es decir, el daño y la comprobación de su ilegitimidad”. Aplicado lo anterior al caso analizado, señalan “que la familia solicita en varias ocasiones los informes médicos referidos al último ingreso del fallecido sin que se les facilite (...) hasta el informe de la necropsia, la cual finaliza el 12 de marzo de 2013, siendo la

fecha de su notificación (en abril de 2013)”, por lo este es el momento en que “se conoce la causa real del fallecimiento” y la que debe considerarse como *dies a quo*.

Añaden que el contenido de la historia clínica a la que se accede durante el trámite de audiencia prueba el deficiente funcionamiento del servicio público sanitario, que concretan en diversos ejemplos. Reiteran que con la realización de un Tac abdominal “se habría diagnosticado el infarto intestinal y se podría haber actuado en consecuencia”, y, en cuanto a la llamada a la UCI, subrayan que de la documentación obrante en el expediente se deduce que se efectúa antes de “las 20:13” horas y que, sin embargo, el ingreso en la Unidad no se produjo hasta las 21:56.

9. Con fecha 24 de noviembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Tras afirmar la extemporaneidad de la reclamación señala, en relación con el fondo del asunto, que a la vista de la documentación incorporada al expediente la asistencia prestada fue acorde a la *lex artis*.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 9 de diciembre 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), en relación con lo establecido en el artículo 31.1.a), 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.- 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.

CUARTA.- 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 concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) que la acción se ejercite en plazo; b) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; c) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y d) que no sea producto de fuerza mayor.

QUINTA.- En el examen de los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración hemos de identificar, en primer lugar, los supuestos daños alegados, para luego determinar si la reclamación ha sido ejercitada dentro del plazo establecido al efecto.

Las interesadas pretenden ser indemnizadas como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que imputan al anormal funcionamiento del servicio público sanitario. Acreditado aquel fallecimiento, cabe presumir que, por su cercano parentesco, han sufrido el daño moral cuyo resarcimiento pretenden.

En lo que al plazo para el ejercicio de la reclamación se refiere, 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”.

Como viene reiterando este Consejo, el primer criterio legal para la determinación del *dies a quo* del cómputo del plazo para el ejercicio de la acción de reclamación lo constituye el momento de la producción del hecho dañoso. No obstante, también venimos señalando que el cómputo de aquel plazo solo puede comenzar, en virtud del principio de la *actio nata*, cuando ello es posible, lo que ocurre cuando se conoce tanto el alcance del daño como su posible ilegitimidad.

En el caso que examinamos, el fallecimiento del paciente se produce el día 9 de octubre de 2012, y la reclamación se presenta en el mes de marzo de 2014. Las interesadas aducen, invocando el citado principio, que el cómputo del plazo de prescripción se habría iniciado en el mes de "agosto de 2013, cuando se entrega (...) parte de la historia clínica del fallecido, en relación con la fecha de recepción del resultado de la necropsia (abril de 2013)". Razonan que es entonces "cuando se produce el nacimiento de la acción, al ser el momento en que se conoce la causa del fallecimiento", y que por el Servicio de Salud del Principado de Asturias, "según resulta de los informes médicos, no se han puesto a disposición del paciente los medios de los que dispone el hospital para llegar a un diagnóstico adecuado".

Frente a esta alegación, hemos de iniciar nuestro análisis recordando que, como manifestamos en el Dictamen Núm. 172/2013, los procedimientos dirigidos a la obtención de las pruebas precisas para acreditar los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración no constituyen, de acuerdo con lo anteriormente expuesto a propósito de la *actio nata*, causa de interrupción de la prescripción, y que, en particular, las actuaciones dirigidas a la obtención de la historia clínica a efectos probatorios no producen la interrupción del cómputo del plazo de prescripción.

Tal y como expusimos entonces, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al igual que en el procedimiento administrativo general, no existe un trámite preclusivo para la proposición de las pruebas por parte de los interesados, quienes pueden aportarlas en el momento inicial de su solicitud, a

lo largo de la instrucción del procedimiento o incluso con motivo del trámite de audiencia, durante el cual, según señala el artículo 11.1 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, podrán aquellos “presentar los documentos y justificaciones que estimen pertinentes”.

Por su parte, la Administración, en tanto que obligada a realizar los “actos de instrucción necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la resolución”, a tenor de lo dispuesto en el artículo 7 del referido Reglamento, debe incorporar al procedimiento de responsabilidad patrimonial la historia clínica del perjudicado, pues aquel conjunto documental constituye un elemento esencial para la determinación, en su caso, de los elementos que la originan.

De lo anteriormente razonado resulta que los perjudicados que pretendan valerse del contenido de la historia clínica para acreditar los extremos en que fundan su pretensión pueden instar ya en el momento inicial de su solicitud que la Administración la incorpore al expediente, y tienen derecho a acceder a la misma durante la instrucción del procedimiento -ex artículo 35.a) de la LRJPAC- o con motivo de la celebración del trámite de audiencia, en los términos de lo establecido en el artículo 11 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial antes citado.

En este sentido, el Tribunal Supremo ha afirmado que “la diligencia preliminar para la obtención de la historia clínica constituye una actuación civil encaminada a la exigencia de responsabilidad en dicho orden, en cuyo ámbito pueda resultar adecuada para la pretensión a ejercitar en demanda conforme la naturaleza del procedimiento jurisdiccional civil (...), mas carece de necesidad en lo que nos ocupa, donde la reclamación del interesado se inicia mediante instancia en la que procede especificar las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad entre estas y el funcionamiento del servicio público y la evaluación económica de la responsabilidad si fuera posible, siendo durante la instrucción del expediente temporáneamente iniciado cuando puede obtenerse la prueba oportuna, cual es la historia clínica cuando la reclamación dimana del

funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los informes periciales consecuentes” (Sentencia de 16 de diciembre de 2011 -Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª-).

Sentado lo anterior, en el presente supuesto no cabe compartir -como alegan las reclamantes- que la obtención de la documentación que indican (el informe de necropsia y “parte” de la historia clínica) fuera necesaria para constatar la ilegitimidad del daño, vistos los términos en los que plantean su escrito inicial, y atendiendo tanto a la imputación genérica que realizan como a los concretos reproches que desgranán.

Así, las interesadas afirman que debieron haberse practicado “otras pruebas y otras consultas de urgencia para descartar la causa de la enfermedad abdominal aguda”, y de manera específica cuestionan la falta de realización de pruebas que permitieran la “visualización adecuada del (...) retroperitoneo”, de un Tac abdominal, de los datos de una gasometría arterial y del tiempo de respuesta por parte del Servicio de Medicina Intensiva tras el empeoramiento del paciente.

En cuanto a la primera imputación, en la que se relaciona la insuficiencia de medios con el fallecimiento, resulta que se enuncia partiendo de la existencia de un “abdomen agudo” como patología; circunstancia conocida en todo momento por la familia sin necesidad de basarse en los posteriores hallazgos de la necropsia. No cabe, por tanto, entender que el informe relativo a esta última proporciona datos adicionales y relevantes que apoyen la reclamación en el sentido pretendido por las interesadas, ni estas exponen nada al respecto. Según los informes incorporados al expediente, la necropsia revelaría la gravedad de la enfermedad (ateroesclerosis) que padecía el paciente y su “mal pronóstico”, confirmando la multitud de “lesiones” en diferentes “órganos” provocados por la misma. En este sentido, las propias reclamantes señalan en su escrito de alegaciones que “no consta que se le realizase prueba alguna para descartar peritonismo u otra dolencia que pudiese causar el dolor abdominal, que finalmente resultó ser un infarto intestinal, o

derivó, según resultó probado, en un infarto intestinal, que fue la causa del fallecimiento”. De tales manifestaciones se desprende que su planteamiento radica en que la presencia de dolor abdominal debió orientar la realización de las pruebas necesarias para efectuar un diagnóstico correcto (siendo indiferente cuál fuera este), pues nada se concreta en cuanto a la incidencia del retraso, la existencia de pérdida de oportunidad terapéutica y su influencia en el fallecimiento. La innecesariedad del informe de la necropsia para plantear la reclamación, en interpretación conjunta con el resto de informes médicos obrantes en el expediente, resulta especialmente evidente en la primera de las imputaciones que se formulan -la denunciada falta de realización de pruebas adicionales a la ecografía practicada para descartar la existencia de patología retroperitoneal-, pues, según manifiesta el Jefe del Servicio de Medicina Interna, sin que sea refutado, su contenido no demostró la existencia de tal patología. Por tanto, carece de sentido entender que la obtención de aquel informe resultaba necesaria para formular la imputación, ya que sirve precisamente para descartarla.

Tampoco puede dejar de observarse que al enunciar sus concretos reproches las reclamantes se fundan en documentos cuya fecha de entrega a la familia se desconoce -caso del informe de alta del Servicio de Urgencias, en cuanto a la deficiente visualización del retroperitoneo que acaba de mencionarse-, o en documentos cuya fecha de conocimiento por aquellas resulta dudosa, al existir datos que no concuerdan con su versión de que el acceso a “parte” de la historia clínica tiene lugar en el mes de agosto de 2013. Según señala en su informe el Jefe del Servicio de Medicina Interna, este se reunió con ellas “el 13 de agosto para darles información verbal y tratar de aclarar las dudas que manifestaban tener, a pesar de haber recibido todos los informes con anterioridad” -lo que confirman aquellas durante el trámite de audiencia-. Esto suscita dudas sobre la afirmación de que la documentación se les entregó en el mes de agosto, pues -según se acaba de transcribir- la habrían recibido en un momento indeterminado, pero en todo caso anterior. En

definitiva, queda acreditado que con anterioridad a la fecha que las reclamantes pretenden constituir como *dies a quo* disponían de la información sobre la que, a la postre, sustentarán su reclamación; tal es el caso del escrito emitido (en respuesta a una previa solicitud de información planteada por ellas) por el Jefe del Servicio de Medicina Interna, fechado en el mes de mayo de 2013, en el que constan las “pruebas solicitadas/practicadas” el día 9 de octubre de 2012, figurando expresamente la no realización del “Tac abdominal urgente” (prueba sobre cuya conveniencia, como hemos visto, se centran las alegaciones de las interesadas).

En lo concerniente al retraso en la comparecencia del médico de la UCI una vez requerido, de las manifestaciones efectuadas se deduce que el conocimiento de tal demora procede del hecho de que “la familia” estaba “presente en todo momento con el enfermo”.

Finalmente, la denuncia sobre la alteración de los valores relativos a la gasometría omite cualquier relación con el deterioro del paciente y el óbito, por lo que no puede sostenerse que la obtención de documentación fuera relevante para su planteamiento. Todo ello permite descartar la aplicación del principio de la *actio nata* al presente caso en el sentido pretendido por las reclamantes.

En suma, presentada la reclamación con fecha 12 de marzo de 2014, y habiendo fallecido el perjudicado el día 9 de octubre de 2012, aquella resulta extemporánea, por lo que ha de ser desestimada.

Ahora bien, consideramos que aunque la acción no hubiera prescrito, la reclamación habría de ser igualmente desestimada, pues no concurren los requisitos materiales para su estimación. En efecto, según doctrina reiterada de este Consejo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y

técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por las 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.

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.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña per se una vulneración de la *lex artis*.

Tal y como se ha expuesto, las reclamantes centran su imputación en la insuficiencia de los medios empleados, que hubieran permitido alcanzar un diagnóstico correcto y proporcionar el "tratamiento adecuado" evitando el fallecimiento. En particular, señalan la ausencia de un Tac abdominal y de una prueba adicional ("Tac o una RMN abdominal") a la ecografía realizada en el Servicio de Urgencias que permitiera visualizar correctamente el retroperitoneo. Añaden que la patología de "abdomen agudo" que presentaba el fallecido requería, además, de la solicitud de consulta al "cirujano de guardia", y detectan -según manifiestan- una alteración en los valores de la gasometría realizada (que no relacionan con el estado del paciente), achacando, por último, a la existencia de demora en la personación de un especialista del Servicio de Medicina Intensiva la entrada en parada cardiorrespiratoria del enfermo.

Sin embargo, sus argumentos se sustentan únicamente en la extracción de datos procedentes de anotaciones de la historia clínica cuya interpretación carece de respaldo en informe médico alguno. Por el contrario, la Administración presenta diversos informes que responden puntualmente a las cuestiones planteadas y frente a cuyas explicaciones, ciertamente, no existe un pronunciamiento por parte de las afectadas.

Los distintos especialistas coinciden en afirmar que la realización de un Tac abdominal en un paciente que presenta las condiciones del fallecido requiere su previa estabilización, resultando irrelevante que, pese a que la médica peticionaria anote en la historia la solicitud de Tac, esta no conste registrada, pues "en el mejor de los casos" la prueba se hubiera realizado al menos 24 horas después de su solicitud": esto es, después del fallecimiento de aquel. Sostienen, asimismo, que es "discutible" que "un Tac convencional sin contraste" resulte apto para proporcionar "un diagnóstico cierto del problema del paciente en un momento en que aún fuera posible un tratamiento quirúrgico eficaz", y subrayan que en este supuesto en concreto "sería de elevadísimo riesgo". Al respecto, el especialista que informa a instancias de la

compañía aseguradora afirma incluso que dicha prueba “no es una técnica buena para hacer un diagnóstico precoz de la isquemia intestinal”, añadiendo, en cuanto al tratamiento de esta, que suele hacerse “en dos o tres tiempos, en urgencia diferida”, lo que el paciente “no hubiera soportado” por “su enfermedad arterioesclerótica”. En todo caso, subraya expresamente la dificultad diagnóstica de la isquemia intestinal y considera adecuado el ingreso del paciente en un Servicio de Medicina Interna, sin que “la consulta o ingreso en un servicio quirúrgico” hubiera “cambiado el rumbo del fatal desenlace por la patología arterioesclerótica generalizada, la rapidez con la que evolucionó y la elevadísima mortalidad”.

En cuanto a la importancia de la visualización del retroperitoneo que las reclamantes destacan, el Jefe del Servicio de Medicina Interna rebate su necesidad, pues -como ya se ha señalado- ni “se sospechaba, ni se demostró en la necropsia, un problema retroperitoneal como causa del dolor abdominal del paciente”; además, “revisados todos los informes”, resulta que en ninguno “se sugiere” la existencia de gas en la cavidad peritoneal, y, por tanto, “perforación del intestino”, como exponen las reclamantes.

Por lo que se refiere a la gasometría, el reproche consiste en que, pese a que “los valores” estaban “alterados (...), no se hiciera nada”, si bien no efectúan ninguna precisión en relación con el estado del paciente o las actuaciones que serían pertinentes. Al respecto, el responsable del Servicio de Medicina Interna aclara que se trata de una gasometría venosa y no arterial, y que su propósito -descartar la presencia de acidosis- se vio cumplido.

Finalmente, sobre el retraso en acudir a planta “del Servicio de UCI”, que -según las dicentes- determinó la entrada en parada cardiorrespiratoria del enfermo, ha de tenerse en cuenta que, a tenor del informe del citado Servicio, cuando el personal del mismo se persona en la planta el paciente “estaba recibiendo medidas habituales de resucitación, que serían las mismas en caso de ser atendido en la Unidad”, de lo que se deduce que la actuación médica no diferiría en ese momento en función de hallarse en una u otra planta. En todo

caso, la interpretación realizada por las reclamantes de la anotación efectuada por la doctora a las 20:13 (“comento el caso con UVI”), afirmando que “resulta evidente que la llamada a la UCI es anterior a las 20:13”, no puede compartirse, pues en su literalidad únicamente refleja que el caso se comenta, pero no la realización de una llamada urgente.

Por tanto, debe concluirse que la reclamación presentada resulta extemporánea y que, en cualquier caso, no se ha acreditado infracción alguna de la *lex artis* en la actuación sanitaria desplegada con ocasión de la dolencia experimentada por el paciente.

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.