

Expediente Núm. 70/2015
Dictamen Núm. 89/2015

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 7 de mayo de 2015, 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 13 de abril de 2015 -registrada de entrada el día 21 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 como consecuencia del fallecimiento de su madre tras recibir asistencia en el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 3 de mayo de 2014, los interesados 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 a su madre por el servicio público sanitario.

Exponen que la paciente falleció el día 4 de mayo de 2013 en el Hospital, centro en el que había ingresado el 23 de enero del mismo año para una "intervención quirúrgica de raquiestenosis lumbar", y precisan que, según el informe de la autopsia, de 17 de marzo de 2014, la defunción se produce "por ocupación masiva de espacios alveolares por contenido hemático, secundario a hemorragia gástrica erosiva (gastritis por estrés)".

Relatan que, practicada aquella operación el 31 de enero de 2013, "a partir del día 3 de febrero de 2013 se aprecia síndrome confusional agudo y encefalopatía tóxico-metabólica (opioides, deterioro función renal)", realizándose TC "en el que no se aprecian cambios comparado con RM craneal del año 2010", así como "varios sondajes uretrales" desde el ingreso.

Manifiestan que con "fecha 13 de febrero de 2013 ingresa en la UCI por 'shock séptico'", pautándosele "un primer ciclo de tratamiento antibiótico hasta el 24 de febrero. Tras estabilización progresiva y resolución de la solución de fallos multiorgánicos se inicia progresión hacia la desconexión de la ventilación mecánica, que resulta muy dificultosa, precisando traqueostomía (...) el 20 de marzo. Con diagnóstico de neumonía asociada a VM se reinicia antibioterapia el 22 de marzo. Tras nueva estabilización se inicia lento destete de la ventilación mecánica (...). El día 18 de abril de 2013 es dada de alta en la UCI (...), pasando a planta (...). La atención y seguimiento durante la estancia en planta resulta extremadamente deficiente -al profano parecer de la familia- en consideración a los siguientes datos: el día 18 de abril el personal sanitario no conoce o no se muestra diestro con el funcionamiento de la máquina de alimentación; el día 19 de abril se le realiza un cultivo de orina del que a día 23 de abril se desconocía el resultado"; en suma, "no se aprecia una atención suficiente y adecuada a los padecimientos de la enferma (...). Durante la noche del día 3 de mayo de 2013 (...) se aprecia un empeoramiento manifiesto" de su estado y "se queja constantemente de dolores abdominales. Durante la mañana del día 4 de mayo se insiste en que la paciente se encuentra mal y presenta dolores abdominales, solicitando la presencia de un médico", a lo que se les

informa que “hasta el lunes no hay médico de Medicina Interna”, y se hace “caso omiso a la petición de que sea vista por un médico de Urgencias”. Solo cuando presenta vómitos de sangre comparece un facultativo, que “manifiesta que ya no es posible hacer nada”, produciéndose el fallecimiento “sobre las 15:00” horas.

Cuantifican la indemnización que solicitan en un total de cien mil euros (100.000 €), 50.000 € para cada uno de los hijos.

Acompañan a su escrito una certificación literal de defunción y un informe de “diagnósticos anatomopatológicos finales”, de 17 de marzo de 2014. En él consta que “el estudio post mórtem, macro y microscópico, sugiere que la muerte se produjo por ocupación masiva de espacios alveolares por contenido hemático, secundario a hemorragia gástrica erosiva (gastritis por estrés)./ En este caso, tras ingreso prolongado en UCI, la etiología más probable es `sepsis o fallo multiorgánico´”.

2. Mediante escrito notificado a los interesados el 16 de mayo 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.

Asimismo, les requiere para que en el plazo de diez días procedan a “acreditar la condición de parentesco” con la perjudicada, a lo que se da cumplimiento el 22 de ese mismo mes con la presentación de una copia del Libro de Familia.

3. Con fecha 15 de mayo de 2014, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria VII (*sic*, en realidad VIII) una copia de la historia clínica de la perjudicada y un informe de cada uno de los Servicios que le “prestaron asistencia”.

Además, “al tratarse de una posible infección nosocomial, parece conveniente que se recabe informe del Servicio de Medicina Preventiva, tanto sobre el caso concreto como sobre la situación del centro en general”, y que se especifique “si durante ese periodo de tiempo existe constancia de que se haya producido una mayor incidencia de casos de infección nosocomial y si se han realizado los controles preventivos habituales”, pues -según la reclamación presentada- la paciente “sufrió un ‘shock séptico’ con ‘foco urinario’ (...) que precisó ingreso en UVI”.

4. Mediante oficio de 4 de junio de 2014, el Director Económico del Área Sanitaria VIII remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios los informes elaborados por los Servicios intervinientes del centro hospitalario en el que fue atendida la fallecida.

En el primero de ellos, suscrito el 2 de junio de 2014 por el facultativo que la atendió el día de la defunción, al encontrarse de guardia en la Unidad de Cuidados Intensivos y “ser requerido mediante la activación de la alarma de parada cardiorrespiratoria del hospital”, se deja constancia de que a su “llegada se había iniciado reanimación cardiopulmonar por parte del médico especialista de Medicina Interna de guardia ese día, quien relató los hechos: hemorragia masiva con parada cardiorrespiratoria. La paciente no presentaba signos vitales y la exploración neurológica era de severa lesión cerebral, por lo que no se prosiguió la RCP ante la imposibilidad de obtener resultados adecuados./ Posteriormente fui requerido de nuevo a la planta de hospitalización, esta vez en calidad de jefe de la guardia, ante la insistencia de la familia en solicitar explicaciones sobre los hechos acontecidos, a pesar de las (...) dadas por la médico de guardia de Medicina Interna”, relatándoseles “la sucesión de hechos y (...) lo abrupto e inesperado de la complicación (hemorragia masiva)”.

Se adjunta el “informe de exitus”, de 28 de junio de 2014, y el “informe de alta” del Servicio de Traumatología, de 3 de junio de 2014, en el que se describe la intervención realizada (“laminectomía-artrodesis”) el día 31 de enero

de 2013. En ambos se constata que la paciente permaneció en la UCI 63 días, habiendo ingresado en dicha Unidad por un cuadro de "shock séptico de posible origen urinario. *E. coli* multisensible en hemocultivos./ Fallo hemodinámico./ Fallo renal crónico reagudizado (...). Fallo respiratorio", especificándose en el último que tras causar alta pasa a la planta de Medicina Interna. Se añade que durante su estancia en la misma "permanece afebril, con mejoría progresiva del estado general", si bien "a los 15 días (...) presenta vómitos hemáticos abundantes de inicio súbito, con parada cardiorrespiratoria, sin opciones de reanimación". Por su parte, el Servicio de Medicina Intensiva envía el "informe de alta", de 18 de abril de 2013, en el que se describe el proceso asistencial llevado a cabo durante la estancia de la paciente en el mismo.

Con fecha 2 de junio de 2014, la Responsable del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un informe "sobre las medidas que el hospital adopta para evitar las infecciones nosocomiales y sobre los riesgos relacionados con las mismas", analizando "la situación del centro en general (...), si en el periodo a estudio existe una mayor incidencia de casos de infección nosocomial", y si se han realizado "los controles preventivos habituales de forma que pueda verificarse que el hospital toma las medidas necesarias para minimizar la aparición de infección nosocomial". En él se afirma que "tanto la prevalencia de infección nosocomial como el porcentaje de pacientes con infección nosocomial en el Hospital son menores que la media nacional y europea" y que "la vigilancia establecida sobre nuestros procedimientos evidencia que nuestros resultados están dentro de los niveles de infección que se consideran difícilmente reducibles", en lo que a "incidencia de infecciones nosocomiales en las UCIs españolas" se refiere. Aclara que "la tasa" de "casos MRSA" (*Staphylococcus aureus* resistente a metilicina) "está por debajo del valor considerado como estándar para hospitales del tamaño del Hospital, lo que significa que nuestro nivel, respecto a la presencia de este germen

multirresistente y su transmisión intrahospitalaria, es menor que en otros centros”.

Asimismo, con base en los datos que se proporcionan, concluye que “la incidencia de infección del sitio quirúrgico en el Hospital es similar a la española en cirugía limpia y menor en cirugía limpia-contaminada, lo que significa que estamos a niveles aceptables de infección de herida quirúrgica”, y precisa que “en Traumatología y Cirugía Ortopédica” se observan “tasas de infección menores o similares a las publicadas para España y Europa”, que el hospital adopta “las medidas preventivas” necesarias “para mantener sus tasas de infección dentro de los límites que la propia práctica asistencial permite” y que “ha realizado controles rutinarios ambientales en los quirófanos”.

En cuanto a la “prevención y factores de riesgo en esta paciente”, aporta diversos datos que le llevan a afirmar que “existe constancia de que se ha administrado correctamente la profilaxis quirúrgica, lo cual es un factor que puede prevenir la aparición de la infección de la misma forma que puede hacerlo el hecho de que el paciente esté clasificado como ASA II”, y que “tras revisar el periodo en el que se interviene a la paciente que nos ocupa se comprueba que no se detectan tasas más elevadas para los patógenos testados./ La paciente ya no mostraba signos de infección y los cultivos resultaron negativos desde algún tiempo antes de su fallecimiento”.

Finalmente, como “conclusiones sobre la vigilancia y prevención de la infección” en el Hospital, advierte que “el ingreso hospitalario constituye en sí mismo un riesgo de infección para el paciente en cualquier hospital del mundo. El hospital, con los datos referenciados en los correspondientes apartados (...), toma las medidas preventivas para mantener sus tasas de infección dentro de los límites que la propia práctica asistencial permite, y ha realizado controles rutinarios ambientales en los quirófanos”.

5. El día 8 de agosto de 2014, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias solicita a la Gerencia del Área Sanitaria VII (*sic*, en realidad VIII) el envío del “historial

clínico completo” y un informe del Servicio de Medicina Intensiva “actualizado y con fecha posterior” a la presentación de la reclamación. Asimismo, y dado que en esta se hace referencia a la “destreza del personal sanitario en el manejo de (la) máquina de alimentación”, resulta necesario un “informe de Enfermería y (la) documentación que exista en el historial de la paciente en relación a la alimentación enteral que ha recibido”.

Con fecha 21 de agosto de 2014, el Gerente del Área Sanitaria VIII remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la documentación requerida.

El Director del Área de Gestión Clínica de la UCI manifiesta, el 20 de agosto de 2014, que en el informe remitido “se detalla, de forma exhaustiva, la asistencia prestada a la paciente”, sin que quepa añadir nada más. Por su parte, el Director de Gestión de Cuidados y Enfermería del Área VIII señala, en la misma fecha, que “la Unidad de Hospitalización 3.^a C está destinada a ingresos de los Servicios de Cardiología, Neumología, Medicina Interna, siendo una práctica habitual la alimentación enteral./ El personal de enfermería que se encontraba trabajando en la fecha señalada (18-04-2013) es personal con amplia experiencia profesional en este hospital y en dicha Unidad de Hospitalización, y perfectamente cualificado./ Asimismo, en cuanto al material, no se produjo ningún cambio alrededor de la fecha señalada, siendo el material habitual que se viene utilizando para la alimentación enteral en el Hospital”, sin haberse notificado ninguna incidencia”, siendo “este el primer incidente del que tiene constancia esta Dirección acerca del desempeño profesional en relación con la administración de la alimentación enteral, tanto en el Hospital en general como en la Unidad de Hospitalización 3.^a C en particular”.

6. Con fecha 27 de octubre de 2014, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala, por lo que se refiere a “las complicaciones infecciosas sufridas por la

perjudicada”, que “se trataba de una paciente con factores de riesgo de infección intrínsecos a la que previamente a ser intervenida se administró profilaxis antibiótica, y que los procesos infecciosos sobrevenidos fueron tratados y superados por la paciente”.

Respecto al cultivo de orina cuyo resultado dicen desconocer los reclamantes a fecha 23 de abril, aclara que el 19 de abril “se aisló *E. faecalis* en urinocultivo (extraído el 16-04) y posteriormente se repitió urinocultivo (24-04) que resultó negativo (25-04), manteniendo durante este tiempo cobertura antibiótica desde el 16-04 hasta 25-04, fecha en la que se suspendió a la vista del resultado del urinocultivo. Por otra parte, según informe emitido por el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del (Hospital), en el citado hospital se toman las medidas preventivas para mantener sus tasas de infección dentro de los límites que la propia práctica asistencial permite, y se han realizado controles rutinarios ambientales en los quirófanos (...). No ha podido acreditarse la falta de destreza en el manejo del equipo de alimentación por parte del personal sanitario que alegan los demandantes en su escrito. Por el contrario, sí parece acreditado que el 19-04 existió lentitud en el manejo del historial informático, por lo que el 26-04 se creó un subproceso para mejor manejo de la historia clínica”. Por tanto, propone desestimar la reclamación.

7. Mediante escritos de 30 de octubre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario 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.

8. Con fecha 1 de diciembre de 2014, un gabinete jurídico privado, a instancias de la compañía aseguradora, emite informe en el que propone la desestimación de la reclamación, al haber sido la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias “conforme a la *lex artis* y al estado actual de la ciencia médica, al haber tomado las medidas profilácticas correspondientes para

intentar evitar el riesgo de infección". Por otro lado, sostiene que "la paciente era conocedora del riesgo de infección que asumió al suscribir el consentimiento informado, de tal modo que cabe afirmar que no existe antijuridicidad en el resultado".

9. El día 19 de enero de 2015, una especialista en Medicina Interna y en Neumología emite informe médico-pericial a instancia de la compañía aseguradora. Al describir "la praxis aplicable al caso", señala que "sufrió una sepsis de origen urinario por *E. coli*, que es un germen que reside en las vías urinarias y gastrointestinales, es decir de flora endógena. Fue ingresada en UCI, donde sufrió todo tipo de complicaciones pero consiguió, dados los buenos cuidados, remontar la situación y ser dada de alta tras haber sufrido un fracaso multiorgánico en los que la mortalidad es superior al 85%. El desarrollo de sepsis y shock séptico es un tipo de respuesta inmunológica frente a una agresión, que viene determinada tanto por el germen como por la capacidad del propio individuo para hacer frente a la misma./ Fue trasladada a planta y en la misma parecía que iba teniendo una evolución favorable, retirando la cánula de traqueostomía y la sonda urinaria./ Sufrió de forma brusca un cuadro de hematemesis masiva que condicionó su fallecimiento./ Llevaba profilaxis de sangrado con inhibidores de la bomba de protones (omeprazol), como suelen llevar este tipo de pacientes. Es la única medida que se puede tomar para disminuir el riesgo de este proceso. Al hacer la autopsia se demostró que estaba producida por una gastritis de estrés./ El sangrado gastrointestinal por úlceras de estrés se asocia a un aumento claro de mortalidad, y más si es evidente y no silente. En todos los pacientes críticos se debe utilizar profilaxis, que tiene riesgo elevado de sangrado gastrointestinal (...). Esta paciente cumplía muchos de estos requisitos, por lo que debía llevar profilaxis".

Concluye que "el posoperatorio fue complicado, con síndrome confusional que fue correctamente estudiado (...). Sufrió una infección urinaria de origen endógeno que desembocó en una sepsis con ingreso en UCI. El

germen identificado fue *E. coli* (...). Requirió un ingreso prolongado en UCI con shock séptico y fracaso multiorgánico, con fracaso pulmonar que requirió ventilación mecánica muy prolongada, fracaso renal (y) fracaso hemodinámico con necesidad de aminas vasoactivas, entre otros. La atención fue excelente en un cuadro que tiene una mortalidad superior al 85% (...). Pasó a planta con nutrición enteral mediante sonda nasogástrica, cánula de traqueostomía, sonda urinaria y una polineuropatía del enfermo crítico (...). La paciente fue mejorando con retirada de la cánula, de la sonda urinaria y de la sonda de nutrición (...). Sufrió un cuadro brusco de hematemesis con fallecimiento. Se realizó la autopsia que mostró una gastritis de estrés. El cuadro era imprevisible e inevitable (...). Estaba con profilaxis de las úlceras de estrés, omeprazol. De forma correcta. La profilaxis estaba claramente indicada”.

10. Mediante escrito notificado a los reclamantes el 9 de febrero de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Consta en él la personación de una letrada el 17 de febrero de 2015 para examinarlo, aportando poder notarial conferido por los interesados a su favor.

Con fecha 26 de febrero de 2015, los perjudicados presentan en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que se ratifican en lo expuesto en su reclamación inicial. Señalan que “la atención en planta tras la salida de la UCI ha sido manifiestamente deficiente, según consta en el curso clínico; en especial a partir del día 2 de mayo de 2013. Desde ese día y hasta instantes antes del fallecimiento no se adoptan las medidas oportunas para diagnosticar y/o tratar adecuadamente la hematemesis que finalmente le ocasiona la muerte a la paciente. Consta que la noche del día 3 de mayo presentaba fuerte dolor abdominal y que no fue atendida la petición de los familiares de llamar al médico de guardia. Consta que pasó toda la noche sin dormir y con dolores (...), que a las 10:00 h del día 4 de mayo se le administra

un nolutil para el dolor, sin que se haga un seguimiento adecuado de las dolencias que presenta. No se avisa (a) la médico de guardia hasta que (sobre las 14:50 h), tras sufrir vómitos hemáticos muy abundantes, presenta parada cardiorrespiratoria. Los médicos que acuden a la llamada se encuentran -según exponen- ante una situación irreversible (...). Durante todo este tiempo en que se observa ya una situación crítica, y pese a los antecedentes de la paciente, su prolongado periodo de hospitalización y los múltiples factores de riesgo que presenta, no se observa un seguimiento adecuado de la misma. La paciente queda `en manos de las enfermeras´, que se niegan a avisar a los médicos aduciendo la falta de personal en fin de semana. No se realizan pruebas tales como una gastroscopia, una analítica de sangre en heces, ni tan siquiera una analítica general, para diagnosticar y, en su caso, tratar el origen de las dolencias. Y, obviamente, al no adoptar las medidas oportunas para alcanzar la diagnosis del estado de la paciente no se adoptan las medidas terapéuticas oportunas. Los médicos insisten en que cuando fueron avisados ya era demasiado tarde. Por otra parte, como una muestra más de la total falta de diligencia en la atención a la fallecida, consta acreditada la alegada pérdida de informes que se pretende justificar por `problemas informáticos´”.

En cualquier caso, entienden que “el resultado es desproporcionado a la lesión originaria que presentaba” la paciente, sin que conste que en el seguimiento del posoperatorio y durante su prolongada estancia hospitalaria se haya actuado con la debida diligencia para evitar el `fatal´ resultado del fallecimiento de la madre” de los reclamantes. En definitiva, no puede “afirmarse que se ha actuado conforme a la *lex artis* en un caso en que la paciente fallece estando bajo supuesta supervisión médica de un cuadro previsible y evitable”.

11. El día 17 de marzo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los argumentos contenidos en los informes

obrantes en el expediente. En cuanto al “deficiente seguimiento de la paciente durante su estancia hospitalaria”, se remite a lo “reflejado en la documentación incorporada” al mismo, “donde de forma clara se refleja el proceso asistencial (...), los tratamientos pautados, estudios complementarios y analíticas realizadas”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 13 de abril de 2015, 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 los interesados -hijos de la paciente fallecida- activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad

patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como 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 mayo de 2014, habiéndose producido el óbito de la madre de los reclamantes el día 4 de mayo de 2013, 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.- Los reclamantes solicitan una indemnización por los daños derivados del fallecimiento de su madre que vinculan a la asistencia sanitaria recibida tras un ingreso hospitalario.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta acreditada la defunción de la paciente y su parentesco con los interesados, por lo que hemos de presumir el daño moral que ello supone para sus familiares.

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.

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.

En este sentido, la imputación efectuada por los interesados se centra, tanto en su escrito inicial como en el de alegaciones, en varios aspectos relativos a la asistencia prestada a la enferma desde que es trasladada de la UCI a la planta de Medicina Interna -el 18 de abril de 2013- hasta su fallecimiento. En concreto, insisten en que "la atención y seguimiento durante la estancia en planta resulta extremadamente deficiente", aportando como "datos" que avalan tal afirmación que en una ocasión -el "18 de abril"- el "personal sanitario no conoce o no se muestra diestro con el funcionamiento de

la máquina de alimentación”, y que “el día 19 de abril se le realiza un cultivo de orina del que a día 23 de abril se desconocía el resultado; alegando el médico responsable que no puede acceder a dicha información, dado que el ordenador `se cuelga´” debido al “amplio historial clínico de la paciente”. Igualmente, destacan la falta de atención a la sintomatología que precedió de manera inmediata al cuadro desencadenante del deceso, al no haberse adoptado ninguna medida desde el día 2 de mayo de 2013.

Sin embargo, no apoyan sus argumentos en informe médico alguno, por lo que este Consejo debe basarse en los elementos de juicio proporcionados por los incorporados al expediente a instancia de la Administración, los cuales no han sido discutidos por los reclamantes.

En primer lugar, debe aclararse que la infección que padeció la afectada durante su ingreso hospitalario no se encuentra relacionada con el fallecimiento de la misma, ni sostiene imputación alguna de mala praxis por parte de los interesados. A pesar de ello, los informes emitidos se pronuncian de manera específica sobre este extremo, estableciendo tanto el carácter endógeno de la bacteria causante de la infección de “foco urinario” que sufrió la paciente como la adecuación de las medidas preventivas que en relación a las infecciones nosocomiales adopta el hospital, cuya suficiencia de medios al respecto acredita el informe del Servicio de Medicina Preventiva. En él, además, se manifiesta expresamente que “la paciente ya no mostraba signos de infección y (que) los cultivos resultaron negativos desde algún tiempo antes de su fallecimiento”.

En segundo lugar, y por lo que se refiere a la supuesta falta de destreza en el manejo de la máquina de alimentación por parte del personal competente, el informe emitido por el Director de Gestión de Cuidados y Enfermería del Área VIII subraya que la deficiencia se observa únicamente respecto a una fecha -el 18 de abril-, sin que se plantee relación alguna con el episodio desencadenante del fallecimiento, que ocurre dos semanas después. Pese a su naturaleza de episodio puntual y a su irrelevancia en el resultado dañoso, las explicaciones proporcionadas por el hospital en cuanto a la experiencia del personal

encargado del manejo ese día, y la falta de queja alguna al respecto, permiten descartar este concreto reproche. Igualmente, debe rechazarse que existiera “pérdida de informes” sobre el cultivo de orina, pues -como resume la propuesta de resolución- “nada se perdió del historial de la paciente, simplemente se dieron los pasos para hacer la consulta informática más rápida”.

En cuanto a la deficiente atención dispensada a partir del día 2 de mayo, lo cierto es que tanto ese día como el siguiente -3 de mayo- las anotaciones de la historia clínica reflejan “buena tolerancia de ingesta” y ausencia de incidencias. De hecho, si bien se consigna que durante la noche del 3 al 4 de mayo la paciente “no duerme en toda la noche”, nada consta en relación con los dolores abdominales -que sí se registran a las 10 de la mañana del día del deceso-, ni tampoco sobre los requerimientos que los familiares dicen haber realizado entonces al personal a fin de que se personara un médico.

Sentado lo anterior, lo cierto es que los informes incorporados al expediente coinciden en señalar que la hemorragia digestiva que padeció la paciente es una complicación de carácter “abrupto e inesperado”, definiéndose como un “cuadro imprevisible e inevitable” respecto del cual se había adoptado la “única medida que se puede tomar para disminuir el riesgo en este proceso” -la “profilaxis de sangrado con inhibidores de la bomba de protones (omeprazol), como suelen llevar este tipo de pacientes”-. Frente a tales manifestaciones, los reclamantes se limitan a calificar el acaecido como un “cuadro previsible y evitable”, pero sin aportar base médica alguna; tampoco justifican la utilidad de las pruebas médicas que -entienden- debieron haberse llevado a cabo -“gastroscopia (...), analítica de sangre en heces, ni tan siquiera una analítica general”-. En suma, ningún criterio técnico se aporta para sostener que, dada la brusquedad y el carácter súbito de la hemorragia, hubiera existido margen temporal para realizarlas, o si estas eran procedentes a la vista de la sintomatología que mostraba -“dolor abdominal”- sin existir otras

incidencias hasta la aparición de los “vómitos hemáticos muy abundantes” a las 14:45 horas, quince minutos antes del fallecimiento.

Por tanto, este Consejo entiende, a la luz de los hechos acreditados documentalmente y de los informes emitidos en el curso del procedimiento, que no ha quedado probada una mala práctica médica del servicio público sanitario a la que pudiera ser imputable el daño alegado.

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.