

Expediente Núm. 189/2015  
Dictamen Núm. 211/2015

**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 3 de diciembre 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 octubre de 2015 -registrada de entrada el día 23 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños derivados del fallecimiento de un paciente en un hospital público tras sufrir una caída en un centro de diálisis concertado.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 20 de junio de 2014, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su esposo y padre en un hospital público tras sufrir una caída en un centro de diálisis concertado, y que

atribuyen a una “deficiente custodia y cuidado” del paciente en el centro de diálisis y también a una incorrecta “asistencia sanitaria” posterior.

Relatan que su esposo y padre, respectivamente, era “un paciente seguido por el Servicio de Nefrología del Hospital “X” desde el año 1994”, a tratamiento en el Centro de Hemodiálisis “Y”, “por derivación del servicio público de Salud del Principado de Asturias”.

Señalan que en la tarde del 21 de junio de 2013, una vez finalizada “la correspondiente sesión de hemodiálisis (...), sufre (...) una fuerte caída que provocó finalmente su muerte”, y transcriben el informe del Centro de Hemodiálisis según el cual, “tras sesión (...) que ha transcurrido sin incidencias, se levanta de la cama sufre un episodio sincopal con pérdida de conciencia y caída brusca al suelo, recibiendo (un) golpe contra la cabeza en el lado izquierdo”.

Consideran que esta versión de los hechos “no se corresponde con la realidad de lo sucedido, y ello por cuanto de ser cierto lo anterior es evidente que el paciente (...) debería de presentar otra serie de lesiones propias del arrancamiento de los cables de la hemodiálisis, si bien las mismas no existen, lo que implica que (en) el momento en que se produce la caída (...) ya había concluido la sesión y (estaba) desconectado de la máquina de hemodiálisis; extremo este que ineludiblemente nos obliga a preguntarnos ¿dónde se encontraba el personal sanitario, auxiliar o celador correspondiente (encargado) de velar por la custodia y cuidado del paciente y evitar su caída?”.

Aseguran que esta versión de los hechos tampoco coincide con lo recogido en el informe del Hospital “X”, al que es trasladado una vez sufrida la caída, y que acompañan. A tenor del mismo, “el paciente sufre cuadro sincopal estando sentado en una silla, sufriendo traumatismo frontal izquierdo sobre el suelo (...); el paciente no recuerda nada de lo ocurrido”. Ante ello los reclamantes se preguntan si “se cayó de la cama o de una silla”, si “fue inmediatamente después de recibir la hemodiálisis o en otro momento”, y “quién da estas versiones de lo sucedido cuando el propio paciente (...) no recordaba nada de lo ocurrido, según consta en la documentación médica”; interrogantes sin respuesta que les llevan a sostener

“la existencia de una total falta de custodia y cuidado del paciente por parte del personal sanitario que derivó en tan fatal desenlace”.

Afirman que “es sabido por todo el personal sanitario la relación existente entre hemodiálisis y mareos, cuadros vertiginosos y similares derivados de bajadas de tensión como consecuencia de las propias sesiones, lo que sin lugar a dudas nos obliga a insistir en lo ya manifestado, y ello en el sentido de ¿cómo es posible que el paciente se encontrase solo en el momento en que presuntamente se levanta de la cama una vez finalizada la sesión?, ello para el supuesto de que se cayere de la cama al levantarse, según nos dicen, y si la caída fuere desde una silla (...) ¿cómo es posible que nuevamente se encontrara solo o en qué tipo de silla fue dejado que provocó su caída? Todo ello, sea de un modo u otro, nos conduce nuevamente a un supuesto de responsabilidad objetiva y derivado de una total falta de custodia y atención del paciente durante el tiempo en el que se encontraba en el centro sanitario, y ello por cuanto, y aunque resulte anodino, cabe reseñar que la causa de la muerte (traumatismo craneoencefálico) ninguna relación guarda con el tratamiento de hemodiálisis realizado”.

Sostienen que “nadie que acude a un centro hospitalario para recibir una sesión de hemodiálisis puede fallecer por un traumatismo craneoencefálico si su custodia hubiera sido la correcta, supuesto que el presente caso, sin lugar a dudas, no se ha cumplido”.

Reseñan que “el relato de hechos que realizan (...) se basa en gran medida en las confusas, distintas y poco convincentes explicaciones y/o argumentaciones que les fueron dadas por los responsables de los centros sanitarios”.

Manifiestan que tras la caída el paciente es trasladado al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, “siendo diagnosticado de traumatismo craneoencefálico leve y alta hospitalaria”. Señalan que “pese al tremendo aspecto que presentaba (...) a simple vista (enorme hinchazón o ‘huevo’ en la cabeza de unas dimensiones realmente importantes e impresionantes) no se le prestó la atención debida”, pues se hizo caso omiso “a los requerimientos (...) de los familiares, a sus peticiones de que se le mirase debidamente (máxime procediendo de

hemodiálisis), y pese a ello se limitaron a un trato desde luego nada personal, ni directo./ Sin atender debidamente, se le hacen una pruebas `frías´ y se le remite para su domicilio. La familia cumplió estrictamente lo que se les informó de palabra, esto es, no dejarlo dormir durante un tiempo, despertarlo cada hora, etc. (...), aunque tampoco se les instruyó en ello”.

Añaden que “una vez en su domicilio, y ante el empeoramiento sufrido a las pocas horas de su llegada”, llaman al “112, acudiendo (...) una UVI móvil, quien de manera inmediata acuerda el traslado a Urgencias”. Especifican la práctica de un “TAC que denota la presencia de distintos hematomas craneales y que deriva en su ingreso en UVI, estableciéndose como segundo diagnóstico y (a) escasas horas del anterior (...) traumatismo craneoencefálico grave (es decir pasó de leve a grave en 7 horas)”; lesiones que “habían pasado inadvertidas en la primera asistencia de Urgencias”, puesto que las pruebas que se le practicaron -“Rx cráneo y tórax”- arrojaron como resultado “sin alteraciones patológicas relevantes”, por lo que se procedió “a cursar el oportuno alta, y ello a pesar (...) de que se trataba de un paciente sometido a hemodiálisis, con lo (que) supone la presencia de anticoagulantes en la sangre”, debiendo “haberse tenido en cuenta la más que posible presencia de hemorragias”.

Destacan “cómo a la llegada del 112 (...) los propios miembros de la dotación, entre ellos una médica”, se habían mostrado “muy sorprendidos de que el paciente `en su estado´ hubiera sido enviado para casa”, y abundan en ello.

Concluyen que “en la primera asistencia en el Servicio de Urgencias la situación clínica del paciente es de carácter leve, y ello en gran medida debido a la falta de (...) atención a todo lo que se les manifestaba y al estado que presentaba (...), a una mínima prudencia que hubiera aconsejado dejarlo en observación, ingresado, así como a la realización de pruebas que deberían de haberse realizado en orden a determinar el verdadero alcance de la lesión, que una vez realizadas en la segunda visita a Urgencias tras el alta su práctica únicamente pudo constatar el carácter gravísimo de las lesiones que presentaba (...) y que desgraciadamente concluyeron en su fallecimiento; pruebas (...) que de haber sido realizadas en

tiempo y forma hubieran podido obtener perfecto conocimiento del alcance y gravedad de las lesiones y en gran medida poner los medios necesarios en orden a evitar el fatal desenlace”.

En prueba de ello se remiten al informe del Servicio de Urgencias del Hospital “X” de 22 de junio de 2013, en el que se indica que “se realiza TC craneal que muestra hemorragias intraparenquimatosas frontales bilaterales (...) y en lóbulo temporal derecho adyacente al asta temporal derecha (...). Hematoma subdural hemisférico derecho temporal (...). Desplazamiento de línea media hacia el izquierdo”, y consideran que estas lesiones son “demasiado importantes para pasar inadvertidas”. Añaden que “en todo caso deberían haber dejado al paciente en observación, ingresado”.

Añaden que en la primera asistencia “no se percataron de los hematomas torácicos, abdominales etc. (...) que presentaba, y ello pese a que se les dijo varias veces, pero no hicieron caso./ Así consta reflejado en la segunda asistencia a Urgencias”, y respecto a ello nada se indica en el informe de 21 de junio de 2013, y subrayan que, “dada la presencia de hematomas torácicos y abdominales, se completó los estudios con TC torácico abdominal”; nuevamente y al igual que antes “ninguna prueba se realizó (...) en orden a determinar el alcance de las lesiones”. Afirman que “no se hicieron porque no le prestaron la debida atención, no se atendió a indicaciones, fue todo mecánico e inhumano”, y que ponen de relieve que “si hubieran mirado y escuchado se habrían percatado de todo ello”.

Llaman la atención “sobre la presencia de importantes hematomas a nivel de tórax y abdomen, lo que inexcusablemente nos obliga a sostener que en el momento en que se produce la caída (el paciente) tuvo que golpear fuertemente con algún objeto susceptible de causarle estas importantes lesiones a este nivel, si bien (...) de la documental médica que nos fue facilitada nada se recoge al respecto”.

Reiteran que, de haber sido realizadas, las pruebas habrían “permitido sin lugar a dudas tener un perfecto conocimiento del alcance de las lesiones y adoptar las medidas necesarias en orden a evitar el fallecimiento” de su familiar, que se

produjo el día 25 de junio de 2013 “al no superar (...) las importantes lesiones que presentaba a nivel craneal”.

Dan cuenta de la incoación de diligencias previas ante el Juzgado de Instrucción N.º 4 de Oviedo y de la realización de autopsia, de la que acompañan informe, según el cual “la causa del fallecimiento es la caída accidental”, precisando, “en relación con el traumatismo sufrido”, que “en personas de patología vascular, de edad avanzada y en tratamiento anticoagulante, debido a la mayor fragilidad vascular existente, es frecuente la producción de hemorragias importantes ante traumatismos de escasa o moderada intensidad”.

Entienden que concurren los requisitos necesarios para que se declare la responsabilidad patrimonial de la Administración, y que se contraen a “la existencia de una prestación irregular por una más que evidente y deficiente custodia y cuidado (del paciente) durante el tiempo en que estuvo en el centro sanitario”.

Tras dejar constancia de que a la fecha del fallecimiento el paciente estaba casado y tenía dos hijos, concretan la indemnización que solicitan en un importe total de ciento ochenta y seis mil seiscientos once con noventa y siete céntimos (186.611,97 €), conforme al “baremo previsto para las indemnizaciones por accidente de tráfico”, de los cuales 165.585,29 € serían para la esposa, al incrementar la cantidad que le correspondería “en un 75% al presentar (...) una minusvalía reconocida” y añadir un factor de corrección del 10%, y 10.513,34 € para cada uno de los hijos, al sumar a la cuantía prevista un 10% de factor de corrección, “más los intereses legales”.

Por medio de otrosí, interesan que se reciba el procedimiento a prueba, que se incorpore al mismo la historia clínica del paciente, que se requiera al Centro de Hemodiálisis “Y” el parte de incidencia en el que se identifique a la persona o personas encargadas de velar por el cuidado y custodia de su familiar para su posterior toma de declaración en calidad de testigos y que se solicite informe al Servicio de Emergencias del 112 sobre el número de ambulancia y el personal sanitario que le atendió el 22 de junio de 2013.

Adjuntan, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe médico del Centro de Hemodiálisis "Y", de 6 de julio de 2013, en el que figuran los diagnósticos del paciente y se refleja, el día 21 de junio de 2013, que tras sesión de hemodiálisis, "que ha transcurrido sin incidencias, se levanta de la cama y sufre episodio sincopal, con pérdida de conciencia y caída brusca al suelo, recibiendo golpe contra la cabeza en el lado izquierdo. Recupera conciencia y la exploración neurológica es normal, pero se le envía al hospital para valoración, ya que tiene golpe importante en hemicráneo izquierdo y en nariz"; el día 22 que "ha ingresado en UVI. No tenemos más datos, pero pensamos en una probable hemorragia cerebral (...) (trombopenia). Aquí, tras el golpe la exploración neurológica era normal, incluso su estado de consciencia, salvo que no recordaba la caída. Tiene frecuencias bajas y sufrió un síncope que no se acompañó en ningún momento de cortejo vegetativo"; el día 28 de junio, "exitus 25-6-13". b) Informe del Área de Urgencias del Hospital "X", de 21 de junio de 2013, en el que se indica paciente de 77 años, derivado por "(traumatismo craneoencefálico) postsíncope. El paciente sufre cuadro sincopal estando sentado en una silla. Sufriendo traumatismo frontal izquierdo directo sobre el suelo. En unos segundos recuperó la conciencia y es sentado en un sillón evolucionando favorablemente (...). No recuerda nada de lo ocurrido". Consta, en el apartado relativo a exploración física, "eupneico (...), Muc-abdomen" normal, "EE77", normal, "exploración neurológica normal (...). Hematoma (...) a nivel frontal izquierdo" y realización de EKG, Rx cráneo y tórax -"sin alteraciones patológicas relevantes"-, así como pruebas analíticas. La impresión diagnóstica es de "(traumatismo craneoencefálico) leve. Hematoma frontal" y "síncope, probablemente (secundario a) hipotensión tras hemodiálisis". Como tratamiento consta "protocolo vigilancia domiciliaria (traumatismo craneoencefálico) leve", "hielo local en cabeza (frontal)". c) Informe de UVI de alta por exitus, de 25 de junio de 2013, tras un ingreso el día 22 por "traumatismo craneoencefálico grave". Como enfermedad actual consta que "en el día de ayer, tras la sesión de hemodiálisis, sufre cuadro presincopal con traumatismo craneal. Es valorado en Urgencias y es alta a domicilio con protocolo

habitual de (traumatismo craneoencefálico). La mañana del ingreso le encuentran con disminución del nivel de consciencia (...) y hemiplejia izquierda”, por lo que es trasladado al hospital, “donde se realiza TC craneal (...). Dada la presencia de hematomas torácicos y abdominales se completó los estudios con TC toraco abdominal”, y se especifican los hallazgos obtenidos. d) Informe de autopsia, de 26 de junio de 2013, en el que se señala que, “teniendo en cuenta los antecedentes patológicos del paciente, tratamientos farmacológicos y la caída accidental sufrida, con producción de importantes lesiones craneoencefálicas, se puede considerar que dicha caída accidental es la causa fundamental del fallecimiento./ En personas con patología vascular, de edad avanzada y en tratamiento anticoagulante, debido a la mayor fragilidad vascular existente, es frecuente la producción de hemorragias importantes ante traumatismos de escasa o moderada intensidad, en relación con el traumatismo sufrido. En este caso, el traumatismo ocasionó importante hemorragia intraparenquimatosa bilateral y subaracnoidea derecha con desplazamiento de línea media, con una evolución tórpida hacia el fallecimiento”. En él se concluye que “se trata de una muerte de origen inicial violenta accidental, por caída, sobre una persona con antecedentes médicos que influyeron en la evolución y en el fallecimiento (...). Causa inicial o fundamental es compatible con traumatismo craneoencefálico (...). Causa inmediata es compatible con fallo cardio-respiratorio secundario”. e) Libro de familia, en el que constan los reclamantes como esposa e hijos del fallecido. f) Resolución de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social, de 25 de febrero de 2005, por la que se reconoce a la esposa del paciente un grado de minusvalía del 65%.

**2.** Mediante escrito de 3 de julio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias -27 de junio de 2014-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.



**3.** El día 8 de julio de 2014, el Inspector de Centros y Servicios Sanitarios designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita al Centro de Hemodiálisis "Y" la identidad del personal sanitario de servicio en la tarde del día 21 de junio de 2013 y una certificación de la vinculación del mismo con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Igualmente, requiere a la Gerencia del Hospital "X" un informe del Servicio de Urgencias "en respuesta a las imputaciones sobre una supuesta actuación deficiente" y a la Dirección del SAMU la identificación del personal sanitario de la UVI móvil que en la mañana del 22 de junio de 2013 trasladó al fallecido al Servicio de Urgencias del Hospital "X".

**4.** Con la misma fecha, el Inspector de Centros y Servicios Sanitarios solicita al Juzgado de Instrucción N.º 4 de Oviedo una copia de la sentencia recaída en las diligencias previas instruidas como consecuencia de la caída del paciente.

Mediante oficio de 15 de julio de 2014, la Secretaría Judicial informa que "no ha recaído sentencia, habiéndose acordado en fecha 15 de julio de 2013 el sobreseimiento provisional de las actuaciones conforme al auto" del que se acompaña copia.

**5.** El día 10 de julio de 2014, los perjudicados presentan un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que interesan se subsane el error advertido en la comunicación relativa a la fecha en que se ha recibido la reclamación, procediéndose a "fijar como fecha de presentación y entrada el 20 de junio de 2014".

**6.** Mediante oficio de 14 de julio de 2014, el Jefe de la Unidad SAMU Asturias adjunta una copia del informe médico y del de enfermería, especifica el horario en el que se prestó el servicio e identifica al médico encargado de esta actuación.

**7.** Con fecha 18 de julio de 2014, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente.

Mediante oficio de 25 de septiembre de 2014, le traslada el informe elaborado por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias. En él pone de manifiesto que “en el informe de alta del Servicio de Urgencias con fecha 23 de junio de 2013 (*sic*) figura que el paciente presentaba una `exploración neurológica normal´ y un estudio de coagulación normal. No obstante, dada la edad del paciente y su comorbilidad, para plantear una observación domiciliaria tras un traumatismo craneoencefálico”, que se propone “en pacientes con un buen soporte familiar como el del caso”, sería “conveniente haber realizado previamente una tomografía axial computerizada craneal para descartar lesiones intracraneales”.

**8.** El día 30 de julio de 2014, el Director Gerente del Centro de Hemodiálisis “Y” adjunta un listado del personal sanitario que en el momento de los hechos (21-06-2013) prestaba servicios, precisando que se trata de personal propio que no tiene vinculación alguna con el Servicio de Salud del Principado de Asturias “salvo por lo establecido en el convenio singular que regula la prestación sanitaria de dicho centro, así como un informe del médico responsable en ese momento, “donde se refieren las circunstancias que dieron lugar a los hechos denunciados”.

Manifiesta que “la calidad en la prestación de nuestros servicios está acreditada por AENOR y certificada con la Norma UNE-ISO 9001-2008 y avalada por años de experiencia en la aplicación del tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal con índices de satisfacción por encima de 9,5 sobre 10. El centro dispone de todos los protocolos pertinentes que garantizan la seguridad de los pacientes y se considera que el hecho acaecido es un accidente fortuito difícilmente evitable, máxime cuando debido a la configuración de la sala donde se realiza la atención (...) existe una proximidad constante con el numeroso personal sanitario que presta sus servicios en cada turno, siendo 10 personas para

15 pacientes en un espacio relativamente reducido y sin barreras que oculten la visualización” de los mismos.

La responsable del Centro de Hemodiálisis “Y” informa, con fecha 24 de julio de 2014, que “el día que se cita dicho paciente acudió a la Unidad para recibir (tratamiento) sustitutivo en el turno que tenía asignado, que era el tercero de los lunes-miércoles y viernes. La sesión ocurrió sin incidencias reseñables y al acabar fue ayudado por el celador a levantarse de la cama y a trasladarse posteriormente a la silla, situada a los pies de la misma, mientras hacía hemostasia de los puntos de punción. Estando sentado sufrió un síncope con caída brusca al suelo sobre hemicuerpo izquierdo, llevando un fuerte golpe sobre la cabeza que, creo recordar, al llevar gafas le ocasionó lesión en hueso nasal izquierdo con rotura de la patilla de ese lado. Además, hematoma en la zona superior de cigomático y en hueso temporal de ese lado. Tras unos segundos recupera la consciencia sin recordar qué le había pasado. La exploración neurológica era totalmente normal, así como sus constantes. No obstante, debido al fuerte golpe recibido y a que este paciente presentaba trombopenia y disfunción plaquetaria, estudiada por el Servicio de Hematología” del Hospital “X”, “decido envío al Área de Urgencias del hospital para valoración”. Relata que “mientras llegaba el SAMUR estuvo semisentado en uno de los sillones (...) y siempre bajo control del personal de la Unidad. Se le aplicó hielo en la zona hasta que llegan a buscarle para trasladarle al hospital”. Señala que “en todo momento los pacientes están controlados por el personal de la Unidad. Cuando (el paciente) sufrió el síncope se estaban retirando las diálisis, encontrándose en la Unidad el resto del personal (además del celador y el médico estaban tres enfermeras y dos auxiliares clínicas)”. Por último, hace constar que “desde el año 2010 nuestra Unidad está certificada por la ISO 9001:2008, siguiéndose puntualmente los protocolos establecidos (...), los de conexiones y desconexiones de (hemodiálisis) se realizan según protocolos de la Unidad y en ningún caso se desatiende a los pacientes”.

9. Con fecha 3 de octubre de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Tras efectuar diversas consideraciones médicas sobre los traumatismos craneoencefálicos, concluye que, "a tenor de los informes obrantes en el expediente, el día 21 de junio de 2013, una vez finalizada la sesión de diálisis, (el paciente), ayudado por un celador, fue levantado y trasladado a una silla situada a los pies de la cama. En ese momento se procedía en la Unidad a la retirada de las diálisis, encontrándose en la misma un médico, tres enfermeras, dos auxiliares de enfermería y un celador. Mientras permanecía sentado, el perjudicado, de forma súbita, cayó de la silla impactando con la región fronto-parietal de su cabeza en el suelo. Perdió unos instantes la conciencia, recuperándola poco después y, pese a que la exploración neurológica efectuada era normal, dados sus antecedentes y la severidad del traumatismo, fue remitido inmediatamente a un centro hospitalario para una valoración más en profundidad de su estado clínico. Mientras esperaba la llegada del SAMU el paciente permaneció sentado en uno de los sillones de la Unidad bajo control visual del personal de la misma, aplicándole hielo local (...). Fue valorado en el Servicio de Urgencias" del Hospital "X". A la exploración "tan solo llamaba la atención la presencia de un hematoma frontal izquierdo, siendo las constantes vitales y la exploración neurológica en ese momento absolutamente normales. Los estudios radiográficos de cráneo y tórax no evidenciaban lesiones a dichos niveles, y en los estudios analíticos eran manifiestos una plaquetopenia con una tasa de protrombina del 100%. Con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico leve y hematoma frontal fue dado de alta a su domicilio con protocolo de observación y vigilancia domiciliaria, conforme a las indicaciones dadas en el informe adjunto (...). A la mañana siguiente, dado que no se despertaba, sus familiares avisaron al SAMU, acudiendo una UVI móvil cuyos sanitarios, después de explorar al paciente, con el diagnóstico de (traumatismo craneoencefálico) y para descartar hemorragia intraparenquimatosas, lo trasladaron" al Hospital "X", "donde fue etiquetado de hematoma subdural, hemorragias intraparenquimatosas frontales y vertido hemático en el sistema

ventricular (...). El perjudicado fue valorado por Neurocirugía y diagnosticado de (traumatismo craneoencefálico) moderado-grave, descartando en ese momento la cirugía. El paciente ingresó en la UCI, donde se le aplicó sedoanalgesia y ventilación mecánica y se le administraron antibióticos profilácticamente, experimentando una evolución muy desfavorable desde el punto de vista neurológico, siendo exitus varios días después”.

Considera que la actuación por parte del personal sanitario del Centro de Hemodiálisis “Y” “fue correcta y ajustada a la *lex artis*, pues como se indica en el informe emitido por el responsable de la Unidad, el perjudicado estuvo siempre bajo control del personal” de la misma, “sin poder evitar su caída de la silla, que se produjo de forma súbita y totalmente imprevisible. La atención médica posterior y la remisión del paciente a un centro hospitalario, pese a la ausencia de hallazgos exploratorios de alerta, resulta igualmente correcta. El informe señala que los pacientes dializados están controlados en todo momento por el personal de la Unidad, y que cuando el perjudicado sufrió el síncope se encontraban” en ella “además del celador y el médico tres enfermeras y dos auxiliares de enfermería. Ha de rechazarse pues la afirmación de los reclamantes acerca de que “el fatal desenlace se haya derivado de una total falta de custodia y cuidado del paciente por parte del personal sanitario”.

Respecto a la atención médica recibida por el perjudicado en el Servicio de Urgencias del Hospital “X”, señala que, “aunque el domicilio del paciente está próximo al hospital y sus familiares eran capaces de vigilar su evolución, las guías de práctica clínica para el manejo de los traumatismos craneoencefálicos establecen, y así lo reconoce el informe del responsable del Servicio de Urgencias, que en las circunstancias del paciente, y a tenor de los factores de riesgo presentes en su caso -edad avanzada, hemodializado, con trombopenia y antecedentes de sangrado, sometido además a tratamiento antiagregante-, lo más acertado habría sido mantenerlo en observación unas horas en el propio hospital o efectuar un TAC, y solo ante una eventual ausencia de hallazgos haberle dado el alta en vez de haberlo remitido a su domicilio”.

Aclara que “lo anterior no significa que una conducta diferente hubiera conseguido evitar tan lamentable desenlace, puesto que el perjudicado tenía una pluripatología suficientemente importante para condicionar un resultado como el que finalmente tuvo lugar, pero lo cierto es que por parte del sistema sanitario público no se utilizaron todos los recursos disponibles y que eran, a tenor del estado actual de la técnica y del saber científico, precisos para el diagnóstico definitivo de las lesiones que presentaba”.

A la vista de ello, entiende que la reclamación “debe ser estimada”.

**10.** Mediante oficio de 22 de octubre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una copia del informe técnico de evaluación al Centro de Hemodiálisis “Y” y le concede un plazo de 10 días para efectuar alegaciones y proponer los medios de prueba que considere oportunos.

**11.** Con fecha 23 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.

**12.** Mediante escrito de 14 de julio de 2015, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia del expediente administrativo, al haberse interpuesto por los reclamantes recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Consta en aquel que se da cumplimiento a dicho requerimiento el 21 de julio de 2015.

**13.** El día 29 de julio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas extiende diligencia en la que hace constar que con dicha fecha se incorpora al expediente el informe emitido por una asesoría

privada a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, suscrito el 31 de diciembre de 2014 por un Perito Médico de los Seguros.

En él precisa que “se realiza una valoración del daño corporal” consistente en “hemorragia cerebral parenquimatosa” y subraya que “a la hora de estudiar este caso es de fundamental importancia el estudio de la pérdida de oportunidad, esto es, valorar la probabilidad de que el resultado hubiera sido diferente en el caso de un diagnóstico más precoz de la patología sufrida”. Afirma que “se trata de una causa de morbi-mortalidad en todo el mundo. La tasa de mortalidad para la hemorragia espontánea está entre el 30 y el 55% a los 30 días. Dado que estamos valorando la supervivencia, parece oportuno tener en cuenta un periodo superior a los 30 días./ Un estudio realizado durante 5 años a un total de 549 pacientes muestra unos resultados, en consonancia con el estudio anterior, de una mortalidad del 50,3% a 30 días, que asciende hasta un 59% al año./ Por lo tanto, incluso obviando factores de peor pronóstico, como el sexo o la edad, y tomando la mortalidad general, se estima que (...) tendría una probabilidad de supervivencia a la patología del 41% a un año”. Por ello, entiende que “debería plantearse la opción de tomar un 41% de la indemnización por fallecimiento como base para calcular la indemnización, en tanto en cuanto esa es la probabilidad de supervivencia a la patología a un año”.

Concluye que el paciente “sufrió caída el día 21-06-2013 (...). Que es valorado” por el Hospital “X” y “dado de alta en Urgencias el mismo día 21-06-2013 (...). Que al día siguiente ingresa nuevamente con un empeoramiento del estado de salud y tras TAC se diagnostica hemorragia parenquimatosa frontal bilateral, hematoma subdural temporal derecho y vertido hemático al sistema ventricular, falleciendo (...) pese al tratamiento el día 25-06-2013 (...). Que la patología mencionada tiene una probabilidad de mortalidad al año del 59%, por lo que incluso con un diagnóstico más precoz la probabilidad de supervivencia hubiera sido de un 41%”.

**14.** Mediante oficio notificado a los interesados el 10 de agosto de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 13 de agosto de 2015, se persona en las dependencias administrativas uno de los reclamantes y obtiene una copia de la documentación obrante en el expediente, según consta en la diligencia extendida al efecto.

El día 21 de agosto de 2015, los perjudicados presentan un escrito de alegaciones en el que muestran su conformidad con la conclusión del informe técnico de evaluación relativa a la estimación de la reclamación. No obstante, rechazan la de ausencia de deficiente custodia que se contiene el mismo. Aducen que la caída "no es imprevisible. La situación en la que se hallaba el paciente en el momento de la caída hacía previsible (y por tanto, evitable) una caída", por lo que "hubo negligencia". Reprochan falta de declaración o testimonio del personal y crueldad en la expresión del informe técnico de evaluación. Sobre el informe pericial incorporado a petición de la aseguradora, oponen que "los porcentajes de supervivencia son irrelevantes./ Lo relevante es que la causa de la muerte fue el traumatismo craneoencefálico y que el mismo se produjo estando el paciente bajo custodia del personal sanitario, y que además luego fue mal asistido". Solicitan nuevamente la íntegra estimación de las peticiones recogidas en su escrito inicial.

**15.** El día 9 de septiembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido parcialmente estimatorio, y propone una indemnización por importe de 76.510,91 €. Considera que "se produjo en este caso una pérdida de oportunidad, es decir, la probabilidad de que el resultado hubiera sido diferente en caso de un diagnóstico más precoz de la patología sufrida por el perjudicado. La pericial a instancia de la Administración señala diversos estudios que estiman que la tasa de morbi-mortalidad para la hemorragia espontánea es de 50,3% a 30 días y que se



eleva al 59% al año. Así pues, el perjudicado habría tenido una posibilidad de supervivencia a la patología del 41% al año”.

**16.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 13 de octubre 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), están los interesados 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 en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación, sin olvidar que el servicio de hemodiálisis ha sido prestado por un centro asistencial con el que se ha suscrito

un concierto y que su actuación también se reprocha al haberse producido en él la caída del familiar de los interesados, por lo que de estimarse responsabilidad en el mismo se haría sin perjuicio de la repetición de los costes a que hubiera lugar.

**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 20 de junio de 2014, habiendo tenido lugar el fallecimiento del paciente del que trae origen el día 25 de junio 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. También consta en el

expediente el trámite de alegaciones del centro de diálisis concertado en el que se produjo la caída.

Ahora bien, en el escrito de reclamación los perjudicados solicitan la identificación de la persona o personas encargadas de velar por el cuidado y custodia de su familiar para su posterior toma de declaración en calidad de testigos; prueba sobre la que no existe pronunciamiento y no se ha practicado. No obstante, se ha incorporado al expediente el informe de la responsable del Centro de Hemodiálisis "Y" en el que se detalla cómo sucedieron los hechos. Por esta razón, y en aplicación del principio constitucional de eficacia administrativa, no cabe estimar necesaria la retroacción de actuaciones para practicar la prueba, pues de subsanarse el defecto procedimental es de prever, en buena lógica, que se produciría la misma propuesta de resolución. Sin perjuicio de lo expuesto, no deberá dictarse resolución que ponga fin al procedimiento en vía administrativa sin que en ella se motive cumplidamente dicha denegación en aras de la ineludible preservación del principio de contradicción y del derecho de defensa de los interesados. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

Asimismo, se advierte una paralización injustificada del procedimiento entre el 23 de octubre de 2014 -día en que se 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- y el 10 de agosto de 2015 - fecha de notificación a los reclamantes de la apertura del trámite de audiencia-, lo que resulta contrario al principio de eficacia.

Igualmente, 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.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

**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 derivados del fallecimiento de un paciente del sistema público de salud tras sufrir una caída en un centro de diálisis concertado el día 21 de junio de 2013. Los interesados reprochan una total falta de custodia en dicho centro y una defectuosa asistencia sanitaria posterior prestada por el Servicio de Urgencias del hospital público en el que fue atendido.

Queda acreditado en el expediente el fallecimiento del paciente el día 25 de junio de 2013, por lo que debemos apreciar en los interesados -esposa e hijos del mismo- la efectividad de un daño moral susceptible de ser reclamado.

También hay constancia en aquel de que el 21 de junio de 2013 el paciente sufrió una caída en el Centro de Hemodiálisis “Y” al que acudía por derivación del servicio público sanitario, y que el mismo día fue atendido de las lesiones derivadas de la caída en el Servicio de Urgencias del Hospital “X”, donde se le

diagnosticó un traumatismo craneoencefálico leve y un hematoma frontal, siendo dado de alta para observación en su domicilio.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 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.

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*.

Los reproches de los interesados se dirigen, en este caso, a la actuación de dos centros dependientes del servicio público sanitario: el centro de hemodiálisis concertado, al que el fallecido acudía -por derivación del servicio público- a realizar tratamiento de diálisis y en el que ocurrió la caída, y el Servicio de Urgencias del Hospital "X", en el que fue atendido tras el percance el día 21 de junio de 2013.

En cuanto a la actuación del centro de hemodiálisis, los interesados ponen de manifiesto la disparidad existente entre la versión de los hechos que consta en el informe del Centro de Hemodiálisis "Y" y el informe del Servicio de Urgencias del Hospital "X", y reprochan una total falta de custodia y cuidado de su esposo y padre, respectivamente, por parte del personal sanitario.

Por lo que se refiere a los hechos ocurridos en el referido centro, la responsable del mismo informa que la sesión de diálisis ocurrió sin incidencias reseñables, y que el paciente "al acabar fue ayudado por el celador a levantarse de la cama y a trasladarse posteriormente a la silla, situada a los pies de la

misma, mientras hacía hemostasia de los puntos de punción”. Especifica que “estando sentado sufrió un síncope con caída brusca al suelo sobre hemicuerpo izquierdo, llevando un fuerte golpe sobre la cabeza que, creo recordar, al llevar gafas le ocasionó lesión en hueso nasal izquierdo con rotura de la patilla de ese lado. Además, hematoma en la zona superior de cigomático y en hueso temporal de ese lado. Tras unos segundos recupera la consciencia sin recordar qué le había pasado”. Añade que “la exploración neurológica era totalmente normal, así como sus constantes. No obstante, debido al fuerte golpe recibido y a que este paciente presentaba trombopenia y disfunción plaquetaria, estudiada por el Servicio de Hematología” del Hospital “X”, “decido envío al Área de Urgencias del hospital para valoración”. Precisa que “mientras llegaba el SAMUR estuvo semisentado en uno de los sillones de la Unidad y siempre bajo control del personal” de la misma, y deja constancia de la aplicación “de hielo en la zona hasta que llegan a buscarle para trasladarle” al hospital.

En su escrito inicial los interesados no indican qué medidas de custodia fueron las omitidas, y, como hemos señalado en anteriores dictámenes (por todos, Dictamen Núm. 74/2013), las fórmulas axiomáticas y de descalificación general - como las formuladas en este caso en relación con una falta total de custodia- no pueden considerarse prueba de infracción de la *lex artis*.

Además, la facultativa informa que “en todo momento los pacientes están controlados por el personal de la Unidad”, y especifica que cuando sufrió el síncope “se estaban retirando las diálisis, encontrándose en la Unidad el resto del personal”.

El Director Gerente del Centro de Hemodiálisis, si bien no especifica las dimensiones de la sala en la que se realiza la atención, sostiene que “existe una proximidad constante con el numeroso personal sanitario que presta sus servicios en cada turno”, aclarando que son “10 personas para 15 pacientes en un espacio relativamente reducido y sin barreras que oculten la visualización de los pacientes”. No obstante, la facultativa responsable señala que en ese momento estaban el celador, el médico, tres enfermeras y dos auxiliares clínicas, que



resultan ser 7 personas, coincidiendo este número con el listado remitido por el Director Gerente.

Tanto la facultativa como el Director Gerente dan cuenta de que la calidad en la prestación de los servicios está acreditada por AENOR y certificada con la Norma UNE-ISO 9001-2008, avalada por años de experiencia, y que se siguen los protocolos “de conexiones y desconexiones” de hemodiálisis que garantizan la seguridad de los pacientes.

En el trámite de audiencia, los interesados no han aportado prueba alguna que nos permita concluir que estas condiciones no garantizaban la seguridad de aquellos.

Por otro lado, los propios reclamantes reconocen la relación existente entre hemodiálisis y mareos, cuadros vertiginosos y similares, derivados de bajadas de tensión como consecuencia de las propias sesiones. El paciente era mayor de edad, estaba en perfecto uso de sus facultades mentales y sin antecedentes de síncope. Habida cuenta de que no era el único de la sesión, y que los demás corren los mismos riesgos, no se han alegado ni acreditado circunstancias que exigieran condiciones de seguridad especiales o de custodia más rigurosas en relación con el mismo, por lo que debemos rechazar el reparo formulado sobre la asistencia prestada en el centro de diálisis.

Como señalamos en nuestro Dictamen Núm. 292/2009, “no puede pretenderse que la atención hospitalaria comprenda la obligación para el servicio público de adoptar medidas preventivas de accidentes que no son en realidad sino la materialización de riesgos de carácter común que los propios pacientes deben conocer y valorar”, y que “las medidas complementarias asistenciales dispensadas a los enfermos no pueden implicar la adopción de acciones de vigilancia extraordinarias o la restricción, bajo cualquier forma, de la libertad de los pacientes ambulatorios adultos en pleno uso de sus facultades mentales”.

Si el paciente sufrió un síncope, ello -como los interesados admiten- se debe a riesgos propios del tratamiento que aceptan al someterse a él. En suma, debemos concluir, al igual que el informe técnico de evaluación, que “la actuación

por parte del personal sanitario del Centro de Hemodiálisis” “Y” “fue correcta y ajustada a la *lex artis*”.

Respecto a la asistencia dispensada inmediatamente después del percance el día 21 de junio de 2013 en el Hospital “X”, los reclamantes reprochan la omisión de pruebas que de haber sido realizadas en tiempo y forma hubieran permitido “obtener perfecto conocimiento del alcance y gravedad de las lesiones y en gran medida poner los medios necesarios en orden a evitar el fatal desenlace”. Expresan que una vez realizadas en la segunda visita a Urgencias, el día 22 de junio de 2013, “su práctica únicamente pudo constatar el carácter gravísimo de las lesiones que presentaba” el enfermo.

También consideran que debería haber quedado en observación, dado que se trataba “de un paciente sometido a hemodiálisis, con lo que supone la presencia de anticoagulantes en la sangre”, debiendo “haberse tenido en cuenta la más que posible presencia de hemorragias”, como así fue.

No se ha discutido en el caso que el estado del paciente el día 22 de junio de 2013 cuando acude al Servicio de Urgencias por segunda vez es el mismo que el del día anterior, en el que se le prestó la primera asistencia tras la caída en el centro de diálisis.

El Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias indica que “en el informe de alta del Servicio de Urgencias con fecha 23 de junio de 2013 (*sic*) figura que el paciente presentaba una ‘exploración neurológica normal’ y un estudio de coagulación normal”. No obstante, considera que, “dada la edad del paciente y su comorbilidad, para plantear una observación domiciliaria tras un traumatismo craneoencefálico (...) sería conveniente haber realizado previamente una tomografía axial computerizada craneal para descartar lesiones intracraneales”; prueba que no se hizo.

Por su parte, el informe técnico de evaluación señala que “aunque el domicilio del paciente está próximo al hospital y sus familiares eran capaces de vigilar su evolución, las guías de práctica clínica para el manejo de los traumatismos cráneo-encefálicos establecen (...) que en las circunstancias del

paciente y a tenor de los factores de riesgo presentes en su caso -edad avanzada, hemodializado, con trombopenia y antecedentes de sangrado, sometido además a tratamiento antiagregante- lo más acertado habría sido mantenerlo en observación unas horas en el propio hospital o efectuar un TAC, y solo ante una eventual ausencia de hallazgos haberle dado el alta”.

El inspector informante añade que “lo anterior no significa que una conducta diferente hubiera conseguido evitar tan lamentable desenlace, puesto que el perjudicado tenía una pluripatología suficientemente importante para condicionar un resultado como el que finalmente tuvo lugar, pero lo cierto es que por parte del sistema sanitario público no se utilizaron todos los recursos disponibles y que eran, a tenor del estado actual de la técnica y del saber científico, precisos para el diagnóstico definitivo de las lesiones que presentaba”.

El informe pericial elaborado a instancia de la Administración cita diversos estudios que estiman que la tasa de morbi-mortalidad para la hemorragia espontánea es de 50,3% a 30 días y que se eleva al 59% al año. Así pues, el perjudicado habría tenido una posibilidad “de supervivencia a la patología del 41% al año”.

Los reclamantes, pese a que mantienen la procedencia de la estimación íntegra de su reclamación sobre la base de que la causa de la muerte fue el traumatismo craneoencefálico y que el mismo se produjo estando el paciente bajo custodia del personal sanitario, y que además luego fue mal asistido, no contradicen los criterios técnicos de supervivencia expuestos.

En consecuencia, al quedar acreditada tanto la efectividad del daño alegado como su imputabilidad al servicio público sanitario en los términos expuestos, la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada ha de ser atendida según se indica a continuación.

**SÉPTIMA.-** Establecida la responsabilidad patrimonial del servicio público sanitario, hemos de pronunciarnos sobre la cuantía indemnizatoria.

Como ha señalado este Consejo en anteriores ocasiones, en los supuestos en los que se aprecia una pérdida de oportunidad diagnóstica y terapéutica la jurisprudencia viene estableciendo que el daño indemnizable no es el de la lesión producida -el fallecimiento, en este caso-, respecto del cual no es posible saber a ciencia cierta si hubiera podido evitarse, sino que ha de ser propiamente la pérdida de la oportunidad de recibir el tratamiento médico adecuado, impidiendo con ello la posibilidad de evitar daños y secuelas o la de sobrevivir.

En el primero de los casos, si el daño pudo evitarse en un porcentaje estadísticamente conocido se indemnizará al paciente por haberle privado de la posibilidad de pertenecer al grupo de pacientes que no lo sufre.

Ahora bien, como hemos manifestado en el Dictamen Núm. 73/2015, en los casos de fallecimiento del paciente, en los que la solicitud de indemnización suele ser formulada por sus familiares cercanos, el daño causado no es propiamente la pérdida de la oportunidad de sobrevivir, sino el daño moral que esos allegados padecen como consecuencia de saber que un tratamiento adecuado habría aumentado sus posibilidades de supervivencia, aunque no pueda establecerse con precisión en qué medida. Por ello, podríamos presumir en estos casos la existencia de dos daños morales de diferente etiología: por una parte, el que se produce como consecuencia de la muerte del ser querido, que no sería indemnizable por la Administración por no existir prueba cierta del nexo causal, y, de otra, el que se origina en el entorno familiar al conocer que una actuación más acertada de la Administración sanitaria podría haber evitado ese resultado, formulado al menos como una probabilidad que las estadísticas sanitarias suelen precisar en forma de porcentaje. Este daño moral es el que ha de indemnizarse en el asunto sometido a nuestra consideración, puesto que es el único sobre el que podemos establecer un nexo causal con la actuación del servicio público, y siempre que el mismo esté vinculado a un resultado dañoso cierto; es decir, no solo hipotético, sino efectivo, y ocasionado con infracción de la *lex artis*, como es, en el caso examinado, el fallecimiento del esposo y padre de los reclamantes.

Los interesados solicitan una indemnización cuyo importe total asciende a 186.611,97 €, aplicando por analogía el baremo establecido para los accidentes de tráfico en el año 2013, "sin perjuicio de posterior y definitiva determinación". De dicha cantidad 165.585,29 € corresponderían a la esposa, al incrementar la suma fijada en aquel baremo "en un 75% al presentar (...) una minusvalía reconocida" y añadirle un factor de corrección del 10%, y 10.513,34 € a cada uno de los hijos, una vez sumado también un factor de corrección del 10%.

La Administración del Principado de Asturias propone abonar a los reclamantes -esposa del paciente y dos hijos mayores de 25 años- el 41% de la cuantía reclamada, es decir 76.510,91 €, al corresponder dicho porcentaje a la posibilidad de supervivencia a la hemorragia espontánea al año, según diversos estudios citados en el informe pericial elaborado a instancia de la compañía aseguradora.

No obstante, en consonancia con lo reclamado y con lo establecido en el artículo 141.3 de la LRJPAC, procede su actualización mediante la aplicación de las cuantías aprobadas por la Resolución de 5 de marzo de 2014, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Así, teniendo en cuenta la edad de la víctima -77 años-, resulta para la esposa una indemnización de 86.276,40 €, que incrementados en un 75% por minusvalía reconocida ascienden a 150.983,70 €; a esta cantidad ha de aplicársele un factor de corrección del 10% -166.082,07 €, y finalmente se le asigna un 41% de dicho importe, por lo que el total para ella se eleva a 68.093,65 €.

Para cada uno de los hijos la cuantía actualizada a 2014 es de 9.586,26 €, que han de incrementarse en un 10% de factor de corrección -10.544,89 €, siendo el 41% de este importe 4.323,40 €, que es lo que ha de abonársele a cada uno de ellos.

Por tanto, la indemnización total que corresponde a los tres interesados asciende a 76.740,45 €.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que, una vez atendidas las observaciones esenciales contenidas en el cuerpo de este dictamen, procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a ..... en las cuantías señaladas.”

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.