

Expediente Núm. 224/2015  
Dictamen Núm. 230/2015

**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 ordinaria por procedimiento escrito del día 30 de diciembre de 2015, por unanimidad de todos sus miembros, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 3 de diciembre de 2015 -registrada de entrada el día 14 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, que atribuyen a un retraso diagnóstico.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 31 de marzo de 2015, un letrado, en nombre y representación de los interesados, presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que atribuyen a la actuación del servicio público sanitario, al que imputan el fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente.

Exponen que la paciente “venía siendo tratada y controlada” del “linfoma de Hodgkin” que padecía “desde el año 1987”, y que “precisaba revisiones periódicas en Hematología, las cuales se realizaban en un primer momento tanto en Oviedo como en (...) Gijón y posterior y finalmente solo en esta última localidad”.

Señalan que en “el desarrollo o asistencia de su última revisión programada tras el (...) examen efectuado en “X” (...) el 30-10-13, y que se fija para el 26-02-14, precisaba -como ya se ha dicho y era habitual- un estudio analítico y la práctica de un TAC de control”, y que se fechó “su realización sobre el mes de febrero del año 2014”.

Manifiestan que “comoquiera que no se recibía el preceptivo aviso o citación para la realización de las referidas pruebas se insiste en la necesidad y urgencia de la práctica de las mismas./ No obstante y a la fecha de la revisión (26-02-14) fijada no puede realizarse el referido TAC, aunque sí los estudios analíticos; incidente al que sin embargo no parece darse demasiada importancia por la hematóloga que las solicita, quien les refiere que no se preocupen, que se realice la prueba con posterioridad ya que los resultados se le remiten a consulta y que les diría si aprecia alguna alteración”.

Indican que finalmente se practica el TAC el 28-02-14, y que “pasados los días sin aviso alguno -por lo que la familia supone que nada extraño debe haberse apreciado tras el estudio completo de las pruebas indicadas en la revisión- la paciente nota cierto malestar -estamos en el día 03-04-14, esto es, 34 días después de la realización del TAC, 36 desde la consulta de Hematología-, por lo que se cursa aviso a su centro de salud por urgencias, acudiendo (un) facultativo a su domicilio (que) le diagnostica un proceso infeccioso, por lo que aconseja que acudan al hospital de referencia para que practiquen cultivos para determinar y filiar el tipo de infección y poder pautar el tratamiento eficaz”.

Subrayan que “lo sorprendente del caso -y aquí radica esencialmente la causa o fundamento de la presente reclamación- es que el referido facultativo que atiende de urgencias en su domicilio a la paciente trae consigo el informe

del TAC realizado el día 28-02-14 -y del que nunca nada más se supo- en donde se informa por el radiólogo correspondiente de la existencia de bronquiectasias sobreinfectadas". Destacan que "es esencial hacer constar que el contenido de dicho informe nunca se pone de manifiesto a la familia, sino que tan solo se adjunta con la remisión de ingreso de la paciente al hospital de referencia".

Reseñan que "se acude al hospital con el informe del TAC que les ha entregado el facultativo de urgencias y al ingreso se les informa (de) que la paciente tiene una infección generalizada con afectación de la función renal (...), sin dar mayor explicación o justificación del inconcebible retraso en el estudio y valoración del TAC efectuado". Mencionan que aquella "acudió a su médico de cabecera para un control rutinario de su medicación" en fecha que no precisan, y que "parece difícil comprender cómo tampoco y en ese momento -dada la informatización de las historias clínicas actuales- pudo pasar también desapercibido el resultado del TAC informado días antes y en donde se apreciaba dicho proceso infeccioso".

Añaden que "los acontecimientos posteriores no mejoran precisamente la asistencia, sino todo lo contrario, por lo que la evolución del cuadro -ya de por sí ensombrecida por el retraso diagnóstico injustificado- es tórpida y fatal". Aluden a "episodios de descoordinación y descontrol" que "se suceden a lo largo de todo su ingreso y evolución en UCI, que si bien no son la causa principal y eficiente del fatal resultado minan la escasa resistencia de la paciente y de la familia ya (a) esas alturas del proceso".

Transcriben a continuación el informe emitido por el responsable de la UCI del Hospital "Y" tras el fallecimiento, que tiene lugar el día 23 de junio de 2014, "como resumen del origen o causa del ingreso finalmente (en) la referida Unidad", y afirman que "parece evidente la relación de causa/efecto entre la deficiente asistencia dispensada y el fatal resultado, lo cual convierte el daño en antijurídico y, por tanto, susceptible de generar derecho a indemnización". Añaden que "se ha omitido de manera absoluta cualquier información al paciente o a sus familiares sobre el proceso, posibles complicaciones, tales

como las producidas y/o alternativas al tratamiento, conculcándose lo dispuesto en la Ley 41/02, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica”, pues “no se alertó a la paciente ni a sus familiares del proceso infeccioso, lo cual vicia de contenido todas y cada unas de las actuaciones posteriores que se producen”. Sostiene que por ello “la complicación surgida (...) se convierte en antijurídica y susceptible por tanto -y al margen de la mala praxis médica denunciada igualmente- de generar indemnización”.

Cuantifican los daños sufridos en un importe total de trescientos cincuenta mil euros (350.000 €), de los cuales 200.000 € corresponderían al esposo y 150.000 € a la hija.

Adjuntan un poder notarial conferido por los interesados a favor del letrado actuante.

**2.** Mediante oficio notificado a los interesados el 20 de mayo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas 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 concede un plazo de diez días para que acrediten su parentesco con la perjudicada.

El día 21 de mayo de 2015, los reclamantes presentan en una oficina de correos un escrito al que acompañan una copia del Libro de Familia.

**3.** Con fecha 13 de julio de 2015, la Gerente del Área Sanitaria V envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente y los informes emitidos por la Jefa de la Sección de Hematología y el Médico de Atención Primaria.

En el primero de ellos, elaborado el 23 de junio de 2015, se indica, “respecto a los hallazgos de este último TAC (...), que la presencia de bronquiectasias es un hecho que ya venía referido en varios TAC muy

anteriores a esa fecha, y que por tanto debe considerarse como una imagen radiológica preexistente por patología crónica. No había hallazgos de recaída de su enfermedad hematológica. El diagnóstico de bronquiectasias con el adjetivo de `sobreinfectadas` debe hacerse en base a la clínica de la paciente; los hallazgos radiológicos anómalos en las pruebas de imagen deben valorarse comparativamente con estudios previos y siempre teniendo en cuenta los síntomas o signos clínicos del paciente. En la fecha de la revisión de 26 de febrero de 2014 no consta que la paciente aquejara síntomas de infección respiratoria aguda, ni se describen alteraciones en la exploración física (...), que incluyó una auscultación del tórax, que precisaran una actuación por parte del facultativo./ Respecto a su ingreso dos meses después por fiebre de horas de evolución, adjuntamos informe complementario de hospitalización al ya realizado con fecha 3 de abril de 2014 y que (...) constaba en la historia clínica. (...). En nuestra opinión, la actuación realizada por los facultativos del Servicio de Hematología que atendieron a la paciente, tanto el 26 de febrero como el 3 de abril", fue correcta y ajustada "a la *lex artis*. Igualmente, los tratamientos ofrecidos a la paciente desde 1987 hasta la fecha de su fallecimiento fueron los adecuados, como se pone de manifiesto por la larga supervivencia (...) (pese a las múltiples recaídas de su enfermedad), muy superior a la esperable para su situación según la literatura médica". Finalmente, señala que "como especialistas en Hematología y expertos en el manejo de la enfermedad de Hodgkin consideramos que el episodio que tuvo lugar el 3 de abril de 2014 fue un episodio agudo, grave, imprevisible e inevitable, correctamente tratado pese al fatal desenlace. Este se produjo más de 2 meses después como resultado de múltiples complicaciones sobrevenidas. Dicho episodio no puede considerarse, a nuestro juicio, como la consecuencia de una omisión diagnóstica o terapéutica previa por parte de nuestro Servicio".

El informe del facultativo de Atención Primaria, de 24 de junio de 2015, deja constancia de que se realiza con base en la "información extraída del historial clínico en lo relativo a los puntos de Atención Primaria a los que hace mención" la reclamación. En cuanto a la atención prestada el día 3 de abril de

2014, se indica como motivo de consulta que “desde hace 1-2 horas de forma brusca escalofríos (...), fiebre de 39, previamente algo de tos sin expectoración, no clínica urinaria ni digestiva”, observándose en la exploración que se encuentra “febril” y con “ruidos respiratorios sin crepitantes evidentes”, por lo que la impresión diagnóstica es de “síndrome febril con datos clínicos de bacteriemia; plan remito a Urgencias para completar estudios y valorar” tratamiento intravenoso. Respecto a la consulta para un control rutinario de medicación “sin presentar (...) síntomas ni signos clínicos”, señala que “hay un apunte registrado de absoluta normalidad clínica en el episodio de HTA y de polineuritis donde se aporta información y medicación pautada por neurólogo”.

Obra también en la historia clínica el informe emitido por una Facultativa Especialista del Área de Hematología y Hemoterapia en el que se consigna que la paciente “acude al Servicio de Urgencias” el día 3 de abril de 2015 remitida por su médico de Atención Primaria “por fiebre de 3 horas de evolución sin clínica focal infecciosa clara (...). La radiografía de tórax no muestra patología inflamatoria aguda”, decidiéndose “ingreso para inicio de tratamiento y vigilancia”. Por la noche se constata un “agravamiento de la situación clínica” y, establecido “el diagnóstico de shock séptico”, se traslada a la UCI del Hospital “Y” en la mañana del 4 de abril ante la falta de camas en dicha Unidad del Hospital “X”.

**4.** El día 29 de julio de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que la fallecida “ya presentaba bronquiectasias en varios TAC realizados con anterioridad al mencionado en la reclamación de fecha 28 de febrero de 2014”, pues así consta, entre otros, en el efectuado el 15 de enero de 2013. Destaca que también “hay que tener en cuenta que en la consulta realizada el 26 de febrero no se apreció ninguna novedad clínica, como (...) revelan las anotaciones (...) en la historia clínica que se adjuntan en el presente informe”.

Coincide con el informe del Servicio de Hematología en que “la valoración del estado clínico de la paciente es uno de los datos fundamentales a

tener en cuenta, como (...) se menciona en la literatura científica” que cita, en la que se resalta que “el diagnóstico de colonización y de infección bronquial crónica se realiza con la clínica y el cultivo microbiológico de las secreciones respiratorias”, y añade que la afectada no presentaba “ninguna manifestación clínica en la fecha de la consulta realizada tan solo dos días antes de la realización del TAC”.

Afirma que, “si bien el TAC es el método de diagnóstico más adecuado para la detección de bronquiectasias, hablar de sobreinfección en las bronquiectasias solamente por la imagen radiológica (...), sin prestar atención al estado clínico del paciente, su exploración y a la realización de cultivos (...), cuando menos es una valoración que necesitaría más base clínica para ser confirmada”.

Subraya que “otro de los aspectos a tener en cuenta es la detección, en los hemocultivos correctamente practicados con motivo del ingreso de 3 de abril de 2014, de *Streptococcus pneumoniae*, no pudiendo establecerse una relación directa con los hallazgos del TAC del 28 de febrero, ya que la evolución de este tipo de infecciones, más frecuente en adultos con cánceres hematológicos, no se corresponde en absoluto con un periodo superior al mes, como es el caso que nos ocupa”. Considera que “el cuadro presentado fue correctamente orientado y tratado”, tanto en el Hospital “X” como en el Hospital “Y”.

Finalmente, concluye que “la atención prestada fue la correcta y ajustada a las necesidades y estado de la paciente de acuerdo a la *lex artis*, siendo el desenlace fatal algo inevitable en el contexto del cuadro y la patología crónica que presentaba”.

**5.** Mediante oficios de 10 de agosto de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

6. Obra incorporado al expediente, asimismo, el informe emitido por una especialista en Medicina Interna el 25 de septiembre de 2015 a instancia de la entidad aseguradora. En él manifiesta que “nos encontramos ante una paciente muy debilitada que sufre una sepsis neumocócica sin foco claro” a consecuencia de la cual “sufre múltiples complicaciones, por lo que fallece”. Señala que “la pregunta que se hace la familia es si unas bronquiectasias sobreinfectadas son el origen de este cuadro, y la respuesta es negativa”. Razona que “para considerar que la infección tiene el origen en el pulmón se tiene que aislar el microorganismo del pulmón, o al menos existir focos de condensación en la radiografía que permitan suponer que existe una neumonía por neumococo. La situación real en este caso es que no existieron en ningún momento datos de neumonía; dato en el que estaban de acuerdo los 2 hospitales. Por tanto, no se sabe cuál es el origen de la bacteriemia de esta paciente, pero sí se sabe que era por un neumococo sensible a todos los antibióticos”. Explica que “las bronquiectasias son dilataciones de los bronquios irreversibles que afectan al pulmón de forma local o difusa y que se han clasificado, según la forma, en cilíndricas o tubulares (las más frecuentes y las de esta paciente)”, cuyo origen “puede ser infeccioso o no” y con “múltiples causas. La teoría de porqué se producen es la del círculo vicioso en la que la susceptibilidad a la infección por parte del huésped y un mal acollamiento mucociliar producen que se colonice el bronquio”.

Subraya que “esta paciente no tenía una clínica evidente de bronquiectasias. No tenía tos diaria, ni expectoración, ni infecciones bronquiales frecuentes. Tampoco tuvo datos evidentes de exploración pulmonar concordante con infección./ El método diagnóstico es el TAC de tórax”. Añade que las “bronquiectasias de esta paciente eran tubulares, probablemente secuelas de la enfermedad sufrida o de su tratamiento con complicaciones y no habían producido ningún problema clínico. Su existencia era conocida por las pruebas de imagen avanzadas, no por la clínica (...). En este caso la paciente no se quejó en ningún momento de tos, ni expectoración, ni esputo, ni a la hematóloga ni a su médico de Atención Primaria, al que acudió entre el TAC y



su proceso agudo por un tema de tensión arterial elevada./ Por tanto, no estaba indicado el tratamiento antibiótico en ausencia de síntomas y sin un análisis de esputo. Sí haber indicado fisioterapia respiratoria o ejercicios para facilitar la eliminación de secreciones”.

Insiste en que “el neumococo no produce característicamente exacerbaciones de bronquiectasias. El cuadro séptico originado por el mismo suele ser agudo y las consecuencias (...) dependen de la interacción huésped agente infeccioso. En este caso no se pudo saber el foco de entrada, pero produjo un cuadro séptico que se desarrolló en horas mientras ya estaba con cobertura antibiótica en Urgencias./ No existió ninguna demora en el tratamiento ni en el diagnóstico. A pesar de ello, un organismo debilitado como el suyo sufrió múltiples complicaciones que no consiguió superar”.

**7.** El día 26 de septiembre de 2015, emite informe un gabinete jurídico privado también a instancia de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias. En él se concluye, con base en los informes incorporados al expediente, que no existe relación de causalidad entre la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias y el fallecimiento de la paciente, por lo que “procede desestimar la reclamación formulada”.

**8.** Mediante oficio notificado a los reclamantes el 13 de octubre 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 30 de octubre de 2015, los interesados presentan en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que rechazan las conclusiones alcanzadas en los informes incorporados a aquel. Reiteran que constituye una “circunstancia grave para el sistema” el que una prueba radiológica (TAC) se encuentre “dos meses sin ser valorada ni informada por el especialista en cuestión y puestos sus resultados en conocimiento del paciente”.

Califican de “huérfano de prueba (...) el expediente”, ya que se recurre al “repetido argumento (...) de que la paciente (...) presentaba bronquiectasias sobreinfectadas en varios TAC realizados con anterioridad cuando lo cierto (...) es que en modo alguno, y hasta el episodio y circunstancias que es objeto de esta reclamación, consta sobreinfección pulmonar alguna (...). En cualquier caso (...), parece un hecho incontrovertido que la paciente sufría un proceso infeccioso cuya evolución y complicaciones le acarrearán final y lamentablemente su fallecimiento./ La controversia parece centrarse” en “si efectivamente, y como se reseña en nuestra reclamación, aquella sobreinfección que se apreciaba y se informaba como resultado del TAC realizado el día 28-02-2014 e informado el día 06-03-14 es la causante de todo el proceso de infección/shock séptico generalizado que ocasiona la muerte o -como ahora se argumenta como estrategia de defensa- se trata de un proceso infeccioso independiente y ajeno a aquel apreciado en el TAC y producido por otro agente infeccioso (*Streptococcus pneumoniae*)./ Claro que lo que no se explica ni rebate es cómo en el propio informe de traslado a (la) UCI desde el Servicio de Hematología Clínica del Hospital “X”, signado el día 04-04-14, se dice expresamente:/ motivo de traslado a UCI: shock séptico de posible origen respiratorio y más adelante en/ impresión diagnóstica: shock séptico de posible etiología respiratoria (bronquiectasias sobreinfectadas?) con DMO”.

Añaden que “se pretende (...) hacer creer que no existía manifestación clínica alguna en la revisión ordinaria efectuada por (el) hematólogo -febrero 2014-, dado que -desconociéndose la sobreinfección detectada posteriormente por el TAC- aquella revisión se centró más en el examen y valoración de su patología de base que en ningún otro episodio desconocido”.

Concluyen que “se presenta (...) el cuadro infeccioso causante del fallecimiento como imprevisible, súbito, desconocido e inevitable cuando lo cierto (...) es que parece traer causa directa y eficiente -según se recoge en la propia documentación clínica del Servicio- del proceso de sobreinfección detectado en el TAC de febrero pero que, por razones de

descoordinación/ineficacia, no llegó a valorarse sino hasta que el cuadro se presentó con todas sus manifestaciones clínicas”.

**9.** El día 18 de noviembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento. Afirma que “en la consulta realizada dos días antes de la realización del TAC la paciente no presentaba ningún dato clínico sugerente de la existencia de un proceso infeccioso, por lo que el TAC debe valorarse con prudencia. Si (...) presentase la infección en el momento de la consulta la sepsis se hubiera producido mucho antes, dada (...) la enfermedad de base (...) y la historia natural de este tipo de procesos. En cuanto la infección fue diagnosticada se pusieron todos los medios diagnósticos y terapéuticos a disposición de la paciente, sin que desgraciadamente se pudiera evitar el fallecimiento”.

**10.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de diciembre 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 31 de marzo de 2015, habiendo tenido lugar el fallecimiento del familiar de los interesados el día 23 de junio de 2014, 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 familiar en el centro hospitalario al que fue derivada tras ser atendida en el Hospital “X” por un episodio infeccioso.

Consta en el expediente que la esposa y madre, respectivamente, de los interesados falleció en el Hospital “Y” el día 23 de junio de 2014, por lo que debemos reconocer que esta pérdida ha originado en aquellos un daño real y efectivo de naturaleza moral.

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 perjudicados fundan su reclamación en la existencia de un "retraso diagnóstico injustificado", consistente en la demora "en el estudio y valoración" del TAC realizado a la paciente el 28 de febrero de 2014 en cuyo informe (de fecha 6 de marzo de 2014) se reflejaba "la presencia de bronquiectasias con signos de sobreinfección en ambos lóbulos superiores", pues entienden que en él ya "se apreciaba" el proceso infeccioso que posteriormente (el día 3 de abril) determinaría el ingreso de aquella en el Servicio de Urgencias provocando, dos meses después, su fallecimiento.

También aluden en su escrito inicial -de forma confusa- a la ausencia de información a la paciente "o sus familiares" sobre las "complicaciones" surgidas y las "alternativas al tratamiento" con ocasión del proceso infeccioso (del cual llegan a afirmar que "no se alertó"). A pesar de la falta de concreción de esta imputación, debemos señalar que de la documentación que obra incorporada al expediente se infiere que la familia era conocedora de la patología y evolución de la paciente, al menos en su fase inicial, ya que -como ellos mismos reconocen- aceptaron el traslado a la UCI del Hospital "Y" una vez establecido el diagnóstico de shock séptico.

En cuanto a la imputación principal, no aportan prueba alguna que avale sus afirmaciones, por lo que el estudio del caso debe realizarse a la luz de la historia clínica y de los informes emitidos a petición del instructor del procedimiento.

Todos ellos coinciden en que el establecimiento de un diagnóstico en



relación con las bronquiectasias requería una valoración clínica que, al no concurrir sintomatología en la paciente, no cabía realizar, y en que no estaba indicada la administración de tratamiento antibiótico en ausencia de aquella. La especialista que informa a instancias de la compañía aseguradora explica que las bronquiectasias "son dilataciones de los bronquios irreversibles" cuyo origen puede ser infeccioso o no, y que en el caso de la paciente se trataba "probablemente (de) secuelas de la enfermedad" oncológica "sufrida o de su tratamiento con complicaciones", precisando que "el neumococo" (detectado en los cultivos practicados con ocasión del ingreso del día 3 de abril) "no produce característicamente exacerbaciones de bronquiectasias".

Asimismo, son concluyentes al advertir que el tipo de infección bacteriana desencadenante del proceso que motivó el ingreso -y que finalizó con el fallecimiento de la afectada tras dos meses de hospitalización- no guarda relación con los hallazgos del TAC realizado el 28 de febrero de 2014, pues su evolución "no se corresponde en absoluto" con el periodo temporal transcurrido entre la realización del TAC y la aparición del episodio.

Por otra parte, la radiografía de tórax efectuada al ingreso no mostraba patología inflamatoria alguna, y tampoco "existieron en ningún momento datos de neumonía", coincidiendo en este extremo los dos hospitales en los que fue tratada, por lo que el origen de la infección no pudo llegar a establecerse con precisión ni determinarse que fuera pulmonar.

Frente a tales argumentos, los reclamantes no aportan informe alguno que relacione médicamente los hallazgos del TAC y el proceso posterior. En las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia insisten en la gravedad de la falta de comunicación de los resultados de dicha prueba de imagen y en que esta no fue "valorada ni informada" -afirmación que resulta desmentida por la fecha del informe-, pero, al margen de la consideración que ello pueda merecer, lo cierto es que no implicó consecuencias para la perjudicada.

Igualmente, debe rechazarse que el argumento de la existencia de hallazgos similares en pruebas realizadas con anterioridad se encuentre

“huérfano de prueba”, como sostienen los interesados en su escrito de alegaciones, pues constan en el expediente los informes de 4 de marzo de 2011 y 15 de enero de 2013 correspondientes a las mismas, reflejándose en ellos la existencia de “alguna bronquioelectasia de tracción” (folio 42) y de “imágenes de aspecto residual en relación con bronquiectasias en ambos campos superiores” (folio 44).

En definitiva, no resulta acreditado que el fallecimiento de la paciente se encuentre relacionado con ninguna patología evidenciada en la prueba de imagen practicada el día 28 de febrero de 2014. Al contrario, sí se ha probado que aquella, con una condición muy debilitada por una enfermedad previa, sufrió “una sepsis neumocócica sin foco claro” que originó múltiples complicaciones que no pudo superar, pese a que fueron correctamente diagnosticadas y tratadas.

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.