

Expediente Núm. 308/2016
Dictamen Núm. 9/2017

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 26 de enero de 2017, 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 7 de diciembre de 2016 -registrada de entrada el día 21 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de un familiar que atribuyen a la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 20 de enero de 2016, los interesados -viuda y ocho hijos del fallecido- presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de lo que consideran una mala asistencia médica dispensada a su familiar por parte del servicio público sanitario.

Señalan que "el 23-12-2014 (...) ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital por politraumatismo tras sufrir un atropello./ Durante el ingreso se realiza una exploración física y diversas pruebas complementarias, tales como analíticas, radiografías y TAC craneal", y precisan que "tomaba previamente Acenocumarol Sintrom 1 mg, Axiago 40 mg y Coaprovel 150 mg-12,5 mg./ El paciente pasa a la Unidad de Observación, donde permanece con dolor, sobre todo en hombro izquierdo, impotencia funcional, insuficiencia renal probablemente aguda, se revierte el Sintrom y se inicia tratamiento con HBPM", pautándosele "dexketoprofeno (Enantyum 50 mg), enoxaparina (Clexane 40 mg), Losartán/Hidroclorotiazida (Cozaar Plus), Metamizol + fisiológico, Omeprazol 20 mg, Paracetamol, Tramadol + Metoclopramida + fisiológico".

Indican que el "25-12-14 se le da el alta con el diagnóstico de atropello, policontuso, insuficiencia renal probablemente aguda, fractura del tercio proximal del peroné, erosiones superficiales en cara anterointerna MII y hematoma a tensión en cara externa MII, pautándose fármacos -Clexane 60 mg, Enantyum 25 mg (...), Nolotil 575 mg-, con recomendaciones de tratamiento ortopédico de la fractura, no apoyar, caminar con muletas, vigilancia del hematoma, revertir Sintrom y pasar a HBPM, frío local, a la resolución del hematoma vendaje elástico, consulta con su traumatólogo de cupo en 1 semana cursando volante" a través de su médico de Atención Primaria.

Manifiestan que "el 19-01-2015 (...) acude de nuevo a Urgencias por debilidad, disnea en reposo y melenas, así como deterioro progresivo de su estado general (...). Durante el ingreso se realiza una exploración física, así como diversas pruebas complementarias, tales como analítica, electrocardiograma, radiografía de tórax, TAC craneal urgente y ecografía abdominal./ Posteriormente ingresa en Digestivo por hemorragia digestiva alta con anemia importante. Se realiza gastroscopia objetivando una úlcera duodenal grande con estigmas de sangrado reciente que se trata endoscópicamente, además de tratamiento farmacológico y transfusión de sangre por anemia importante./ A las 48 h del ingreso se produce recidiva

del sangrado, no realizándose nueva gastroscopia, con bajo nivel de conciencia e insuficiencia respiratoria grave”, precisando que el paciente “fallece el 22-01-15 a las 20 h”.

Afirman que hubo un mal funcionamiento de los servicios públicos sanitarios en la asistencia prestada a su familiar, pues “al paciente no se le pautó al alta del primer ingreso ningún protector gástrico. Si tenemos en cuenta que (...) era un paciente de 86 años ingresado por politraumatismo, sometido a una fuerte medicación antiinflamatoria y bajo condiciones de estrés por traumatismo durante casi un mes sin ningún protector gástrico es motivo suficiente para desarrollar una úlcera gastroduodenal./ Se evidencia por tanto mala praxis en la actuación médica al no ser pautada la medicación necesaria, protección gástrica, que devino en el desarrollo de una úlcera gastroduodenal”.

Añaden que “en el segundo ingreso se dice en el informe médico que a las 48 horas presenta recidiva del sangrado y no puede repetirse la gastroscopia por la mala situación del paciente con bajo nivel de conciencia./ Es importante destacar que este tipo de úlceras duodenales grandes tienen un elevado riesgo de resangrado en las primeras 24-48 horas y exigen una vigilancia extrema ante la alta probabilidad de requerir una segunda gastroscopia terapéutica./ En este caso hubo ausencia de vigilancia adecuada y ni siquiera se llegó a intentar una segunda gastroscopia./ El bajo nivel de conciencia es secundario al sangrado masivo de la úlcera y la única opción probable de recuperación hubiera sido una nueva gastroscopia urgente que ni siquiera llegó a intentarse./ Nos encontramos pues ante una causa de mala praxis por parte de los servicios médicos por ausencia de vigilancia estrecha a la que debía haberse sometido al paciente, así como por no practicar el tratamiento médico adecuado a la situación (...) (nueva gastroscopia terapéutica)”.

Sostienen que “la actuación médica no se realizó conforme a la *lex artis* y provocó el fatal desenlace (...), consecuencia directa de la mala praxis médica seguida, con total ausencia de información sobre las complicaciones que podría

padecer./ Es decir, la asistencia inadecuada prestada (...) provocó finalmente su fallecimiento, consecuencia de la mala praxis médica seguida”.

Cuantifican la indemnización que solicitan de forma global en seiscientos mil euros (600.000 €).

Como medio de prueba, interesan que se incorpore al expediente el historial médico completo del fallecido, tanto el obrante en el Hospital como en su centro de salud.

Adjuntan copia, entre otra, de la siguiente documentación: a) Informe de alta del Servicio de Urgencias de 25 de diciembre de 2014. b) Informe de alta del Servicio de Aparato Digestivo, de 19 de enero de 2015. c) Inscripción en el Registro Civil del matrimonio del perjudicado con la primera de las firmantes del escrito de reclamación. d) Libro de Familia en el que figuran como hijos de este matrimonio otros dos de los firmantes del escrito. e) Seis documentos nacionales de identidad de otras tantas personas que firman la reclamación en su condición de hijos del fallecido habidos de un matrimonio anterior.

2. Mediante oficio de 25 de febrero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, 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 29 de febrero de 2016, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica del perjudicado relativa al proceso de referencia, así como un informe de los servicios intervinientes (Urgencias y Aparato Digestivo) del Hospital

Atendiendo a esta solicitud, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones del Área Sanitaria IV le envía el día 9 de marzo de 2016 una copia de la historia clínica del perjudicado en formato electrónico.

4. Con fecha 22 de marzo de 2016, le traslada el informe emitido por el Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital el 18 de ese mismo mes. En él hace constar su “desacuerdo con diversas afirmaciones contenidas” en la reclamación que “pretenden fundamentar la existencia de unos daños y una supuesta defectuosa asistencia sanitaria que en modo alguno se produjo”. Señala que “se trata de un paciente que fue atendido en el Servicio de Urgencias el 25 de diciembre de 2014 por un cuadro de atropello, sin que en el informe de alta conste haberse pautado tratamiento con protector gástrico, hecho que fundamentan los reclamantes como una mala praxis que devino en el desarrollo de una úlcera gastroduodenal, respecto a lo que cabe afirmar que si bien se reconoce que podría haber sido más correcta la administración de ese medicamento, en modo alguno puede fundamentarse *a posteriori* una relación causal directa respecto a las circunstancias sobrevenidas posteriormente, siendo habitual en la práctica clínica el diagnóstico de úlceras gástricas o duodenales en pacientes que se encuentran bajo tratamiento con fármacos inhibidores de la secreción gástrica, al tratarse en muchos casos de procesos multifactoriales en los que intervienen otro tipo de factores etiológicos”.

Manifiesta que “tras el ingreso hospitalario por un cuadro de hemorragia digestiva en el contexto de un paciente con comorbilidades importantes (insuficiencia cardíaca congestiva e hiponatremia) se efectuó con fecha 19 de enero de 2015 un estudio endoscópico que demostró una gran úlcera duodenal con vaso visible, debiendo comentar que fui yo mismo quien realizó dicha exploración, dejando constancia (de) que dado el gran tamaño de la lesión, que incluía zonas necróticas, no podían descartarse otras posibilidades, refiriéndome implícitamente a una posible etiología isquémica de la misma, sin existencia de restos hemáticos en cavidad gástrica, si bien ante la existencia de un vaso visible sobre la úlcera procedí a efectuar una esclerosis endoscópica conforme a lo indicado en estos casos”.

Afirma que “la evolución clínica del paciente fue inicialmente favorable, realizándose seguimiento estrecho del mismo, como consta en el curso clínico mediante vigilancia y monitorización, faltando por tanto a la verdad quienes

afirman que `hubo ausencia de vigilancia adecuada´. Dentro de dicha vigilancia se constató, con fecha 21 de enero, la existencia de datos clínicos que indicaban una posible recidiva hemorrágica, por lo que se procedió a tratamiento de soporte, solicitando el apoyo del Servicio de Medicina Intensiva, quienes proceden a canalizar vía venosa central y valoración por deterioro hemodinámico y respiratorio, considerando que `no es un paciente sobre el que aplicar medidas agresivas y a quien habría que procurarle todas las medidas de confort que requiera´./ Pese a dicha recomendación por parte de quien habitualmente realiza evaluaciones de pacientes con estado crítico, por parte del Servicio de Digestivo se consideró la posibilidad de realizar una segunda gastroscopia para evaluación de su recidiva hemorrágica, llegando a trasladarse a la Unidad de Endoscopias para su realización, pero sin que la misma fuese posible al constatarse una hipoxia relevante en relación con el intento de exploración, unido a la situación de deterioro del nivel de conciencia, faltando nuevamente a la verdad quienes afirman que `la única opción probable de recuperación hubiera sido una nueva gastroscopia urgente que ni siquiera llegó a intentarse´, cuando lo cierto es que se actuó conforme a la *lex artis* y con una adecuada proporcionalidad de los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles, respecto a lo cual los reclamantes en modo alguno consideran las casi seguras complicaciones derivadas de haber insistido en la realización efectiva de una segunda gastroscopia en un paciente obnubilado y bajo condiciones de desaturación, achacando el fallecimiento a una supuesta desatención que en modo alguno se produjo, y no siendo (...) descabellado pensar que en caso de haber insistido en realizar esa segunda gastroscopia hubiera conducido con alta probabilidad al propio fallecimiento del paciente en el Área de Endoscopias como complicación de intentar realizarla en condiciones clínicas inadecuadas”.

5. El día 19 de mayo de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones le remite el informe elaborado por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital el 17 de mayo de 2016. En él informa que, “según

consta en su historia clínica, hasta su ingreso en el Servicio de Urgencias el 23 de diciembre de 2014 el paciente seguía tratamiento con Sintrom 1 mg, Coaprovel y esomeprazol (Axiago 40), fármaco este último que tiene indicación como gastroprotector./ En el informe de alta de este episodio, con fecha 25 de diciembre de 2014, se hacía una modificación del tratamiento previo, pero solo en referencia al tratamiento con Sintrom, no se indicaba la suspensión de los otros dos fármacos que (...) tomaba hasta su ingreso. Por lo tanto, es de suponer que no se le pautó expresamente tratamiento gastroprotector porque el paciente ya lo tomaba habitualmente antes de su ingreso”.

6. Mediante oficio de 24 de junio de 2016, la Subdirectora de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del perjudicado obrante en su centro de salud.

7. El día 27 de julio de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada una copia de todo lo actuado a la correduría de seguros, solicitando un informe pericial de la compañía aseguradora.

En cumplimiento de este requerimiento, el 7 de septiembre de 2016 emiten informe dos especialistas en Aparato Digestivo. En él ponen de relieve que en la reclamación se señala que “al paciente no se le indicó la realización de tratamiento con gastroprotectores. Sin embargo, esto no parece corresponderse con la realidad, ya que en la historia clínica realizada en Urgencias se hace constar claramente que el paciente había tomado protectores gástricos. Además (...) tomaba IBP de forma crónica, y no se hace referencia a ellos en el informe de alta de Urgencias tras su politraumatismo, al igual que no se realizan referencias sobre otros tratamientos crónicos, ya que el tratamiento indicado, habitualmente, únicamente hace referencia a los cambios que han de realizarse en una terapia previa en función de los nuevos episodios clínicos acontecidos”.

Respecto al reproche que formulan los reclamantes en relación con la asistencia prestada a su familiar con ocasión del segundo ingreso, sostienen que “se iniciaron maniobras de estabilización hemodinámica y se procedió a realizar endoscopia digestiva alta urgente, todo ello conforme indican las guías clínicas. El paciente ingresa posteriormente en el Servicio (...) de Aparato Digestivo con diagnóstico de gran úlcera duodenal con vaso visible que incluía zonas necróticas, no pudiéndose descartar debido a su gran tamaño otras posibilidades diagnósticas, y se procedió al tratamiento endoscópico de la lesión con esclerosis (...). En las horas siguientes (...) la evolución del paciente fue favorable, sin presentar datos clínicos o analíticos que sugirieran la existencia de una hemorragia digestiva activa. Sin embargo, a las 48 horas de la realización de la endoscopia terapéutica (...) presenta un claro deterioro del estado general, con inestabilidad hemodinámica e insuficiencia respiratoria asociada en probable relación a recidiva del cuadro de hemorragia. Se procede a medidas de soporte y se contacta con Unidad de Cuidados Intensivos, quienes no consideran al paciente subsidiario de ingreso en su Unidad. Pese a la mala situación clínica (...) se decidió realizar un nuevo intento de terapia endoscópica que resultó fallido por intolerancia del paciente con episodio de desaturación. Posteriormente (...) presentó evolución tórpida y finalmente fue exitus el 22-1-2015. Todas estas actuaciones médicas que quedan reflejadas en la historia clínica, en la que se hace referencia en múltiples ocasiones a que se informa detenidamente a los familiares de la mala situación y pronóstico (...), hacen en opinión de estos peritos inverosímil las afirmaciones que quedan reflejadas en el documento de responsabilidad patrimonial acerca de que el paciente no recibió una vigilancia médica adecuada, o que no se intentaron todas las medidas terapéuticas disponibles”.

Concluyen que el paciente “presentó un cuadro de hemorragia digestiva con evolución fatal en el contexto de una gran lesión ulcerada duodenal, con alto riesgo de recidiva hemorrágica a pesar del tratamiento endoscópico realizado (...). Las formas de presentación de la hemorragia digestiva alta son muy variables, y en ocasiones su presentación larvada impide el adecuado

control y tratamiento del paciente a pesar de aplicar correctamente todos los protocolos diagnóstico-terapéuticos (...). La situación clínica basal del paciente (...) limitaba en gran medida sus opciones terapéuticas debido a sus múltiples comorbilidades (...). Los profesionales sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias actuaron en todo momento conforme a la *lex artis ad hoc*”.

8. Mediante escrito notificado a los interesados el 10 de octubre de 2016, 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.

El 13 de octubre de 2016 comparece en las dependencias administrativas una de las reclamantes y se le hace entrega de un CD que contiene la documentación obrante en el expediente, tal y como consta en la diligencia extendida al efecto.

Con fecha 31 de octubre de 2016, los perjudicados presentan un escrito de alegaciones en el que se reafirman en todos los términos de su reclamación inicial, insistiendo en que la documentación incorporada al expediente prueba el hecho de que tras el alta hospitalaria correspondiente al primer ingreso de su familiar no se le pautó tratamiento protector gástrico, y, respecto a la recidiva hemorrágica con ocasión del segundo ingreso, que ni siquiera se intentó tratamiento quirúrgico.

9. El día 4 de noviembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada una copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora.

10. Con fecha 11 de noviembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que no queda acreditado el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños alegados, toda vez que

“la asistencia prestada fue correcta y adecuada a la *lex artis*. El fallecimiento del paciente no se debe a una defectuosa actuación del servicio público sanitario, sino a las complicaciones derivadas de la propia enfermedad. La situación basal del paciente limitaba las opciones terapéuticas”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de diciembre de 2016, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del

Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación de los interesados registrada en la Administración del Principado de Asturias el día 20 de enero de 2016, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica, en tanto que viuda e hijos del fallecido, se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

Ahora bien, sin que exista duda alguna en lo que respecta a la legitimación de tres de los reclamantes -la viuda y los dos hijos habidos de este matrimonio-, en lo que se refiere a la legitimación de los otros cinco firmantes del escrito inicial -todos ellos, según manifiestan, hijos de un matrimonio anterior del fallecido- comprobamos que esta relación filial no consta probada documentalmente. En estas condiciones, habida cuenta de que la Administración no ha entendido precisa la mejora de la acreditación formal de este concreto vínculo, en aplicación del principio de eficacia, reconocido en el artículo 103.1 de la Constitución, y recogido en el artículo 3 de la LRJPAC, procede analizar el fondo de la cuestión controvertida, no sin antes advertir de que si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración no cabría

una estimación de la reclamación respecto de esas cinco personas sin que esta, por el procedimiento legal oportuno, verifique su relación filial con el fallecido.

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 pretensión indemnizatoria se basa en los daños y perjuicios derivados del fallecimiento del esposo y padre, respectivamente, de los interesados, hecho acaecido el 22 de enero de 2015. En la reclamación presentada constan tres asientos de registro -dos de entrada y uno de salida (folios 1 y 2 del expediente remitido)-, dos de ellos de fechas 26 y 29 de enero de 2016, y un tercero que resulta ilegible. Ahora bien, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales de la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias, en el oficio que dirige el 26 de enero de 2016 al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios (folio 1), afirma de manera expresa que la reclamación se registró con fecha 20 de enero de 2016. En consecuencia, habiendo tenido lugar el fallecimiento del familiar de los interesados el día 22 de enero de 2015, es claro que la reclamación se formuló 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 Responsabilidad Patrimonial.

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, advertimos en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias los mismos problemas que este Consejo viene poniendo de manifiesto de manera reiterada (entre otros, Dictámenes Núm. 160/2015 y 136/2016), problemática que en el presente caso, como hemos puesto de relieve en la consideración anterior, alcanza indudable trascendencia. Reiteramos por ello la necesidad imperiosa de que se reordene la práctica registral de las reclamaciones sanitarias con el fin de evitar confusiones como la detectada.

Asimismo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la

Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se solicita una indemnización como consecuencia del fallecimiento del esposo y padre, respectivamente, de los reclamantes, al considerar estos que el óbito sería consecuencia de la mala asistencia prestada a su familiar en el Hospital; centro en el que fue ingresado el día 23 de diciembre de 2014 como consecuencia de un atropello, siendo alta con fecha 25 de ese mes, y al que tuvo que volver el 19 de enero de 2015, falleciendo el día 22 del mismo mes.

Acreditado en el expediente el fallecimiento del pariente de los interesados, es evidente que esta pérdida ha originado en ellos 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.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de

la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

A los expresados efectos, los interesados anudan causalmente el fallecimiento de su familiar con la asistencia recibida por el mismo en el Hospital, centro sanitario al que acudió al haber sido atropellado por un vehículo el día 23 de diciembre de 2014, siendo dado de alta con fecha 25 de ese mes, y al que tuvo que volver por presentar un cuadro de debilidad y disnea en reposo el 19 de enero siguiente, falleciendo el día 22 de enero de 2015. Cuestionan de manera concreta que en el momento del alta del primero de los ingresos hospitalarios no le fuera indicado al paciente ningún protector gástrico, lo que consideran que "es motivo suficiente para desarrollar una úlcera gastroduodenal", denunciando a continuación que en el curso del segundo ingreso "hubo ausencia de vigilancia adecuada y ni siquiera se llegó a intentar una segunda gastroscopia".

Así las cosas, lo primero que llama nuestra atención es que, a pesar de que corresponde a quien reclama probar la violación de la *lex artis*, los reclamantes no han aportado a lo largo del procedimiento ningún informe pericial que avale los reproches que formulan en relación con la asistencia recibida por su familiar en el Hospital, careciendo los mismos, por tanto, de soporte probatorio alguno, por lo que este Consejo ha de formar su juicio al respecto con base en los informes incorporados al expediente a instancia de la Administración sanitaria frente a la que se reclama.

Planteada la cuestión en los términos expuestos, y comenzando por el análisis de la asistencia prestada al familiar de los interesados en el Hospital entre los días 23 a 25 de diciembre de 2014, debemos tener en cuenta que la misma fue motivada de manera exclusiva para tratar un cuadro de politraumatismo que presentaba el paciente en el momento de su ingreso en el Servicio de Urgencias del referido hospital, al haber sido atropellado ese día por un vehículo; dato que evidencia que la asistencia dispensada al enfermo durante este primer ingreso de tres días no guarda ninguna relación con las múltiples patologías -algunas de ellas crónicas- que se le habían diagnosticado

previamente y de las que venía siendo tratado. En este sentido, basta con un simple repaso a la historia clínica del perjudicado incorporada al expediente para constatar que se trata de una persona de avanzada edad -86 años- y con antecedentes de insuficiencia aórtica moderada y mitral severa, hipertensión pulmonar, fibrilación auricular permanente con episodios de insuficiencia cardiaca, ACV isquémico córtico-frontal izquierdo con paresia leve de miembro superior derecho, hematoma subdural frontal derecho subagudo-crónico intervenido en el año 2005 e insuficiencia renal crónica.

Tras esta precisión, debemos señalar que a la vista de los informes incorporados al expediente por la Administración y de la documentación obrante en la historia clínica resulta acreditado que no se ajusta a la realidad la interesada afirmación de los reclamantes de que al alta del primer ingreso hospitalario no le fuera indicado al paciente "ningún protector gástrico". Al contrario, de aquella documentación se deduce que la protección gástrica se mantuvo durante ese ingreso de tres días y que tras el alta hospitalaria no se hizo ninguna indicación por parte de los servicios sanitarios en orden a la suspensión de la misma. En este sentido, figura en las hojas de curso clínico obrantes en la historia clínica digitalizada (folio 51) "fractura de peroné por tráfico el 25-12 con tratamiento conservador, siendo alta con Enantyum y Nolotil, protección gástrica con Axiago 40 que consta tomaba permanente y Clexane a dosis altas. Tratamientos crónicos: Clexane, Axiago 40 1-0-0, Coaprovel 150-12,5 mg 1-0-0". Por tanto, tras el alta de este primer ingreso hospitalario la única variación que se introdujo en la medicación previa con la que se venía tratando al paciente consistió en la sustitución del Sintrom por un tratamiento a base de HBPM, manteniéndose el Axiago y el Coaprovel, añadiendo para el tratamiento del politraumatismo Clexane, Enantyum y Nolotil.

Refuerza esta afirmación el informe correspondiente al segundo ingreso hospitalario del paciente el día 19 de enero de 2015 que adjuntan los propios reclamantes, en el que se recoge de forma clara que se le estaba facilitando al paciente en ese momento "Axiago 40 mg comprimidos gastrorresistentes./ Coaprovel (...). Enantyum, Nolotil y Clexane" como "medicación previa".

Al respecto, el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital señala que “en el informe de alta de este episodio, con fecha 25 de diciembre de 2014, se hacía una modificación del tratamiento previo, pero solo en referencia al tratamiento con Sintrom, no se indicaba la suspensión de los otros dos fármacos que el paciente tomaba hasta su ingreso”. En la misma línea se pronuncia el informe pericial elaborado por dos especialistas en Aparato Digestivo a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, en el que se razona que “el paciente había tomado protectores gástricos. Además (...) tomaba IBP de forma crónica, y no se hace referencia a ellos en el informe de alta de Urgencias tras su politraumatismo, al igual que no se realizan referencias sobre otros tratamientos crónicos, ya que el tratamiento indicado, habitualmente, únicamente hace referencia a los cambios que han de realizarse en una terapia previa en función de los nuevos episodios clínicos acontecidos”.

En definitiva, no resultando acreditado en el expediente que tras el alta hospitalaria del primer ingreso del paciente no le fuese pautado un protector gástrico para el tratamiento y prevención de las complicaciones inherentes a las patologías de base preexistentes, y ello por ser innecesaria en ese momento tal concreta prescripción, al no haber sido nunca suspendida, sino que además todo parece indicar que ese protector gástrico continuó siéndole suministrado al enfermo, el reproche formulado por los interesados no puede darse por probado, por lo que ninguna infracción a la *lex artis* médica puede ser apreciada en lo relativo al alta hospitalaria de 25 de diciembre de 2014, debiendo ser desestimada la reclamación por este motivo.

En cuanto a la supuesta infracción a la *lex artis* en el curso del ingreso correspondiente al 19 de enero de 2015 -“ausencia de vigilancia adecuada y ni siquiera se llegó a intentar una segunda gastroscopia”-, debemos señalar de nuevo que la contundencia de los datos obrantes en la historia clínica y en los informes incorporados al expediente ponen en evidencia su falta de consistencia.

Sobre este extremo, observamos que el Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital manifiesta en su informe de 18 de marzo de 2016

que “dentro de dicha vigilancia se constató, con fecha 21 de enero, la existencia de datos clínicos que indicaban una posible recidiva hemorrágica, por lo que se procedió a tratamiento de soporte, solicitando el apoyo del Servicio de Medicina Intensiva, quienes proceden a canalizar vía venosa central y valoración por deterioro hemodinámico y respiratorio, considerando que `no es un paciente sobre el que aplicar medidas agresivas y a quien habría que procurarle todas las medidas de confort que requiera’. Pese a dicha recomendación por parte de quien habitualmente realiza evaluaciones de pacientes con estado crítico, por parte del Servicio de Digestivo se consideró la posibilidad de realizar una segunda gastroscopia para evaluación de su recidiva hemorrágica, llegando a trasladarse a la Unidad de Endoscopias para su realización, pero sin que la misma fuese posible al constatarse una hipoxia relevante en relación con el intento de exploración, unido a la situación de deterioro del nivel de conciencia, faltando nuevamente a la verdad quienes afirman que `la única opción probable de recuperación hubiera sido una nueva gastroscopia urgente que ni siquiera llegó a intentarse’”.

De manera coincidente, en el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora se argumenta sobre este extremo que “a las 48 horas de la realización de la endoscopia terapéutica el paciente presenta un claro deterioro del estado general, con inestabilidad hemodinámica e insuficiencia respiratoria asociada en probable relación a recidiva del cuadro de hemorragia. Se procede a medidas de soporte y se contacta con Unidad de Cuidados Intensivos, quienes no consideran al paciente subsidiario de ingreso en su Unidad. Pese a la mala situación clínica (...) se decidió realizar un nuevo intento de terapia endoscópica que resultó fallido por intolerancia del paciente con episodio de desaturación”.

En definitiva, desmentida por la contundencia de los datos e informes obrantes en el expediente la afirmación de “ausencia de vigilancia adecuada y (de que) ni siquiera se llegó a intentar una segunda gastroscopia”, tampoco puede ser acogida la reclamación por este concreto motivo.

Lo razonado nos impide apreciar la concurrencia de nexo causal entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario, por lo que la reclamación debe ser desestimada.

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,