

Expediente Núm. 23/2017
Dictamen Núm. 105/2017

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 20 de abril 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 12 de enero de 2017 -registrada de entrada el día 17 del mismo mes-, y una vez atendida por escrito de 30 de marzo de 2017 -registrado de entrada el día 5 del mes siguiente- la diligencia para mejor proveer, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que atribuye al retraso diagnóstico de una neumonía, con resultado de muerte.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 6 de abril de 2016, la interesada -esposa del fallecido- presenta en el Registro General del Ayuntamiento de Gijón una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que atribuye a la deficiente asistencia

prestada por el servicio público sanitario; en concreto, al retraso diagnóstico de un proceso infeccioso que derivó en una neumonía con resultado de muerte.

Expone que su esposo “empezó a encontrarse enfermo en fecha 23 de diciembre de 2014 por lo que parecían ser síntomas catarrales”, y que por la persistencia de los mismos “acudió durante el mes de enero y febrero de 2015 por 3 veces a su médico de Atención Primaria (...), prescribiéndosele en todo caso medicamentos de tipo antigripal y antitérmico”. Consultó nuevamente “el día 25 de febrero de 2015, y el día 26 de febrero de 2015 (...) se le realiza por primera vez prueba diagnóstica diferencial de Rx, donde se viene a diagnosticar un proceso inflamatorio/infeccioso y se le prescribe (antibiótico), sin que dicho tratamiento obre mejoría alguna”. Dado que sigue empeorando, el 3 de marzo de 2015 ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital, donde fallece el día 7 de abril de 2015.

Sobre el nexo causal, sostiene que “la Administración sanitaria actúa perdiendo toda oportunidad de realizar un diagnóstico concreto y temprano de la patología sufrida” por el perjudicado, lo que “influye en el deterioro que sufrió su salud y que causó su fallecimiento, causa de este donde también influye la neumonía causada por el procedimiento de ventilación mecánica que se le practica” en el hospital.

Cuantifica la reclamación en noventa mil euros (90.000 €), “cantidad a la que habrá que añadir la devengada en concepto de intereses”.

Junto con la reclamación aporta: a) Certificación literal de matrimonio. b) Informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva del hospital donde se produjo el fallecimiento, de 7 de abril de 2015. c) Informe anatomopatológico, de 30 de julio de 2015.

2. Con fecha 8 de abril de 2016, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales del Servicio de Salud del Principado de Asturias traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la reclamación presentada.

3. El día 26 de abril de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios notifica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Mediante oficio de 13 de mayo de 2016, el Gerente del Área Sanitaria V remite al servicio instructor el parte de reclamación al seguro de responsabilidad sanitaria, un CD con la historia clínica del perjudicado, los informes de la UCI y del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital y la información facilitada por el Coordinador Médico del Centro de Atención Primaria correspondiente.

Según consta en las hojas de episodios de Atención Primaria, acude el día 25 de febrero de 2015 refiriendo "tos de dos meses de duración con dolor a nivel de hemitórax". Realizada una radiografía al día siguiente se le prescriben determinados antibióticos y, ante el agravamiento de los síntomas, el 3 de marzo de 2015 "se deriva" a "Urgencias Generales".

El informe del Servicio de Medicina Intensiva, suscrito por la Jefa del Servicio, refiere que el paciente ingresó "el día 6 de marzo de 2015 desde la planta de Neumología, donde había ingresado 72 horas antes por cuadro clínico de unos tres meses de evolución". Tras acudir en febrero de ese año a su médico de Atención Primaria, ingresa en el Servicio de Neumología "con los diagnósticos de infección respiratoria con hipoxemia y patrón intersticial en Rx de tórax". Dada la mala evolución, "con fallo respiratorio hipoxémico grave", ingresa en UCI, donde se procede a su "intubación oro-traqueal y ventilación mecánica (...), precisando sedación profunda y bloqueo neuromuscular". Detalla las pruebas realizadas, "con resultados negativos, incluyendo virus, bacterias, hongos, microbacterias y *Pneumocystis carinii*", y precisa que los "hemocultivos también fueron negativos, y los aspirados traqueales iniciales también negativos para bacterias y hongos". Refiere un empeoramiento "llamativo (de) la función respiratoria" el día 6 de abril, con "fallo hemodinámico y fallo respiratorio refractario, siendo exitus el día 7 de abril de 2015" como

consecuencia, según la necropsia realizada, de una “bronconeumonía bacteriana aguda necrotizante con daño alveolar difuso”. Por último, refiere que el paciente “a su ingreso en el hospital presenta un cuadro de meses de evolución que, aunque se trata inicialmente como bacteriano, desde el principio se busca patología vírica o atípica, con una imagen en el TACAR compatible con un proceso que evoluciona a daño intersticial, poco habitual en procesos bacterianos; además, al ingreso no se recupera ninguna bacteria en los múltiples cultivos realizados./ El día 10-04-2015 se informa el resultado de la segunda muestra de serología de virus, en el que hay una seroconversión para adenovirus y VSR que podría ser responsable de un cuadro catarral complicado con una neumonía grave. El grave fallo respiratorio que ocasiona el ingreso del paciente en UCI se complica con una neumonía asociada a (ventilación mecánica) (en el aspirado traqueal del día 6 de abril crece *Staphylococcus aureus* meticilin resistente) que contribuye al exitus del paciente”.

Por el Servicio de Medicina Preventiva se informa el 9 de mayo de 2016 en relación con la incidencia de la “neumonía asociada a la ventilación mecánica”. Se indica que “es una infección adquirida en los Servicios o Unidades de Cuidados Intensivos” cuya “principal explicación fisiopatológica” radica en que el “tubo endotraqueal mantiene las cuerdas vocales abiertas y permite el paso de secreciones colonizadas procedentes de la orofaringe”. Dado que existe una “importante variabilidad en las tasas de (neumonía asociada a la ventilación mecánica) en diferentes estudios epidemiológicos”, el “objetivo en las UCIs españolas se establece en menos de 9 (neumonías) por 1.000 días de ventilación mecánica”, reseñando que en este hospital “la tasa de incidencia (...) en 2015 fue de 0,86 neumonías por 1.000 días de ventilación mecánica”; inferior, por tanto, “al estándar establecido como óptimo en las UCIs españolas”. Respecto a la tasa de “bacteriemia asociada a catéter venoso central”, manifiesta que en el primer trimestre de 2015 “fue de 4,13 bacteriemias por 1.000 días de catéter (...), siendo el estándar óptimo 4 bacteriemias por 1.000 días”. Por último, sobre la infección urinaria por sonda vesical, afirma que en el “primer trimestre de 2015 la tasa (...) fue de 1,27 inf.

urinarias por 1.000 días (...), siendo el estándar óptimo 4 inf. urinarias por 1.000 días de sondaje urinario". A la vista de estos datos, concluye que el hospital "dispone de un sistema de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial que desarrolla un trabajo activo y prospectivo de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (...). Se siguen las medidas de prevención recomendadas en los programas de las sociedades científicas que son efectivas (...) para disminuir la posibilidad de desarrollar una neumonía asociada a la ventilación mecánica (...). No existe constancia de que haya una mayor incidencia de casos de (neumonías asociadas a la ventilación mecánica) en el periodo de tiempo en el que se produjo el ingreso (...). No existe constancia de que haya una mayor incidencia de casos de infección nosocomial en general en el periodo de tiempo en el que se produjo el ingreso".

5. Mediante escrito de 14 de junio de 2016, la Directora General de Política Sanitaria remite una copia del expediente completo a la correduría de seguros a fin de que se emita informe pericial por la compañía aseguradora.

6. Con fecha 5 de septiembre de 2016, emite informe un especialista en Neumología a instancias de la compañía aseguradora. Tras exponer los antecedentes que obran en la historia clínica, destaca que "era bebedor de 80 g/día de etanol hasta diciembre de 2014" y "fumador de medio paquete al día", y que "trabajó como minero con exposición a tóxicos pulmonares, aunque (...) estaba jubilado desde hace 16 años, sin datos de silicosis previa conocida".

Refiere que según la historia clínica de Atención Primaria, "la primera fecha de valoración del paciente data del 25-02-2015", y que en la anotación de 13 de abril de ese año se indica que presenta "desde hace 6 meses pérdida de fuerza con deterioro, dolores musculares generalizados de predominio en piernas y muñecas con escalofríos intermitentes y sudoración nocturna", y que "no salía a la calle desde enero de 2015 por disnea (sensación de ahogo) que era de predominio nocturno, acompañado de accesos de tos que mejoraban al sentarse, y sin datos de insuficiencia cardíaca asociados".

Tras describir el proceso diagnóstico y asistencial durante su estancia en la UCI, destaca que “en los comentarios de la (historia) de enfermería” se recoge “el riguroso seguimiento del paciente con la valoración y realización de las medidas para evitar una neumonía nosocomial”, y que del “estudio necrópsico la causa fundamental más probable de muerte fue la bronconeumonía bacteriana aguda necrotizante con daño alveolar difuso”.

En el apartado de “consideraciones particulares” afirma, respecto a la “valoración ambulatoria”, que el paciente “presentaba un cuadro de larga evolución (...) de malestar general y fiebre. Según los informes remitidos (...), fue valorado por su (médico de Atención Primaria) en diciembre/2014, aunque (en) la historia de (Atención Primaria) se data en febrero/2015 la primera valoración./ Es evidente que el planteamiento del (médico de Atención Primaria) solicitando una Rx tórax, realizada el 26-02-2015, y el tratamiento posterior con un antibiótico (amoxicilina-clavulánico) con revisión a la semana para ver su evolución es una opción perfectamente plausible y aceptable ante la sospecha de una neumonía adquirida en la comunidad (...). En este caso sí se puede considerar (...) la existencia de un retraso en el diagnóstico de la neumonía, en la instauración del tratamiento antibiótico y en la derivación a Urgencias”, precisando que “en los informes de ingreso en UCI se habla de un cuadro de unos 2 meses de evolución, aunque no dispongo de documentos previos de una supuesta valoración por su (médico de Atención Primaria) en este periodo, e incluso de un empeoramiento funcional los 6 meses previos”, y entiende que “la actitud del (médico de Atención Primaria) es la correcta en una neumonía de manejo ambulatorio”.

Por lo que se refiere a sus “antecedentes personales y factores de riesgo”, manifiesta que “previo al episodio de neumonía el paciente presentaba una serie de factores de riesgo conocidos (alcohol, tabaco, exposición laboral a tóxicos pulmonares) y no conocidos y evidenciados en la necropsia (arterioesclerosis severa en la arteria aorta, arterias coronarias, válvulas pulmonar y aórtica y nefroangioesclerosis bilateral) que suponen circunstancias

relacionadas con una peor evolución de la neumonía y un aumento de mortalidad”.

En cuanto a la “valoración hospitalaria”, afirma que “la mala situación de los pulmones (del paciente), tanto por la situación aguda como probablemente, y según los hallazgos de la necropsia, por la existencia de patología crónica respiratoria, se ejemplifica por la necesidad de usar relajantes neuromusculares para la adaptación al respirador, la imposibilidad de desconexión al mismo y realización de traqueotomía y por los episodios repetidos de acidosis respiratoria a pesar del soporte respiratorio recibido./ Los pacientes con una neumonía que requieren un ingreso en la UCI tienen una alta mortalidad, en torno al 36% (...). Durante el tiempo (en) que estuvo ingresado (...) se realizó un rastreo sistemático de gérmenes potencialmente causantes del cuadro (protocolo de ‘Bacteriemia Zero’ (...), broncoscopia con obtención de aspirado de secreciones y lavado bronco-alveolar, serología para bacterias, hongos y virus, PCR para tuberculosis e histoplasma, cultivos de sangre, entre otros)”, se llevaron a cabo “medidas higiénico-posturales para disminuir el riesgo de neumonía nosocomial y se pautaron tratamientos antibióticos y con corticoides de forma razonable y justificada por la situación clínica del paciente”, y pese a ello “presentó un empeoramiento clínico con aparición de infiltrados pulmonares compatible con una neumonía nosocomial”; sin embargo, existen factores “responsables del cuadro que no podemos controlar (...). Los pacientes intubados tienen un riesgo de presentar una neumonía nosocomial que se multiplica, según las series, por 6 y hasta por 21 veces comparado con pacientes no intubados”; riesgo que “aumenta de forma progresiva durante la estancia hospitalaria”, con una “mortalidad atribuible entre el 35-50%”.

Tras describir la “evolución radiológica”, destaca que “la neumonía que sufrió el paciente generó una extensa inflamación pulmonar que se transformó, a pesar del tratamiento antibiótico y los corticoides pautados, en una fibrosis pulmonar que determinó la mala evolución y el fallecimiento (...). Este tipo de respuesta pulmonar no es predecible ni en su aparición, ni en su transformación a una fibrosis. Es decir, los sanitarios que valoraron (al paciente) no tenían

ningún dato que hiciera sospechar esta evolución y actuaron de forma correcta dando soporte respiratorio y tratamiento antiinflamatorio con los corticoides y antibiótico, que es lo único que se puede hacer en estos casos”.

Finalmente, concluye que el paciente “falleció por una neumonía bacteriana muy grave con la presencia de un daño alveolar difuso y una fibrosis pulmonar. Esta evolución no es predecible y puede ocurrir aun con un tratamiento correcto, como fue el caso (...). El paciente presentaba un cuadro tórpido de unos 2 meses de evolución, aunque algunos informes señalan un empeoramiento funcional desde hace 6 meses (...). Por el cuadro clínico y los factores de riesgo conocidos del paciente se tendría que haber remitido a Urgencias o haber realizado la Rx tórax antes de la evolución del cuadro (...). Si bien no podemos afirmar que el inicio precoz de antibiótico en este caso hubiese evitado el fallecimiento del paciente, sí que sabemos que se relaciona con una mejor evolución de la neumonía (...). No hubo ningún aspecto del tratamiento, ni decisiones de los médicos tratantes durante el ingreso que no estuviese ajustado a las guías de práctica clínica o que representasen una pérdida de oportunidad para el paciente”.

7. Mediante escrito notificado a la interesada el 27 de octubre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

8. Con fecha 2 de diciembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, sobre la base del informe pericial aportado por la entidad aseguradora. Afirma que “por el cuadro clínico y los factores de riesgo conocidos posteriormente del paciente se tendría que haber remitido a Urgencias o haber realizado la radiografía de tórax antes en la evolución del cuadro; hecho que no fue posible por no tener constancia de que hubiese demandado asistencia. Así todo, no se puede afirmar que el inicio precoz del antibiótico en este caso hubiese evitado el fallecimiento del paciente, aunque sí

que se sabe que se relaciona con una mejor evolución de la neumonía. No hubo ningún aspecto del tratamiento, ni decisiones de los facultativos que trataron al paciente que no estuviese ajustado a las guías de práctica clínica o que representasen una pérdida de oportunidad para el paciente. Por otra parte, se pone de manifiesto que el objetivo establecido para las UCIs en España es mantener la tasa de infección asociada a ventilación mecánica por debajo de 9 neumonías por 1.000 días de ventilación mecánica, y que la tasa de incidencia en la UCI del Hospital en 2015 fue de 0,86 neumonías por 1.000 días de (ventilación mecánica); tasa mejor que el estándar establecido como óptimo”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de enero de 2017, 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.

Con fecha 20 de febrero de 2017, el Presidente del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, “dado que la historia clínica del centro de salud (...) solo recoge” anotaciones desde el día 25 de febrero de 2015, solicita “que se remita la historia clínica del paciente obrante en su centro de salud que incluya todos los episodios anotados desde el 1 de diciembre de 2014”.

El día 30 de marzo de 2017, esa Presidencia remite un CD con los datos de la historia clínica solicitados.

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 la interesada registrada en el Ayuntamiento de Gijón con fecha 6 de abril 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 Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

TERCERA.- 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 6 de abril de 2016, habiéndose producido los hechos por los que se reclama (el fallecimiento de su esposo) el día 7 de abril de 2015, 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 Responsabilidad Patrimonial. 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.- Se somete a nuestra consideración una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que la esposa del fallecido atribuye al retraso diagnóstico de un proceso infeccioso que derivó en una neumonía, con resultado de muerte, mientras se encontraba ingresado en un hospital de la red pública.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, queda acreditada la defunción del paciente ingresado en la UCI de un centro hospitalario como consecuencia de una neumonía, por lo que hemos de presumir el daño moral que ello supone para su familiar.

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

Con carácter previo a cualquier análisis sobre el nexo causal entre estos daños y el actuar de la Administración, hemos de recordar que el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como

lex artis, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante 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.

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.

Por lo que se refiere al nexo causal, la interesada expone que su esposo comenzó a encontrarse enfermo el "23 de diciembre de 2014 por lo que parecían ser síntomas catarrales", y que "acudió durante el mes de enero y febrero de 2015 por 3 veces" a su médico de Atención Primaria, quien le habría prescrito "medicamentos de tipo antigripal y antitérmico", y que consultó

nuevamente “el día 25 de febrero de 2015 y el día 26 de febrero de 2015, donde se le realiza por primera vez prueba diagnóstica diferencial de Rx donde se viene a diagnosticar un proceso inflamatorio/infeccioso y se le prescribe (antibiótico)”. Además de ese retraso, afirma que también contribuyó al fatal desenlace “la neumonía causada por el procedimiento de ventilación mecánica que se practica” en el hospital.

Pese a que incumbe a la reclamante la carga de la prueba, ni en su escrito inicial, ni en el trámite de alegaciones -al que renuncia-, presenta prueba pericial alguna que apoye tales afirmaciones, por lo que este Consejo ha de formar su criterio sobre la base de los documentos y pericias aportados por la Administración sanitaria y por la entidad aseguradora.

En relación con el retraso diagnóstico que imputa al centro de salud, debemos verificar, en primer lugar, si existe prueba de las consultas a las que alude. Al respecto, hemos de subrayar que este Consejo Consultivo, a la vista de que la historia clínica remitida podría estar incompleta, dado que solo recogía un episodio fechado el 25 de febrero de 2015, solicitó para mejor proveer la remisión de la historia clínica completa de esa consulta, con todos los episodios anotados desde el 1 de diciembre de 2014. El resultado de esa pericia nos permite afirmar que no existe constancia en ella de consultas anteriores a la del 25 de febrero de 2015 por problemas similares (catarrales o respiratorios) al que aquí analizamos. En efecto, según la historia clínica del centro de salud correspondiente -que remite el Gerente del Área Sanitaria V- la consulta anterior, fechada el 27 de agosto de 2014, trae causa de unos “análisis de Urología con resultados alterados” que se etiqueta como “dislipemia”, constando la prescripción de fármacos y pruebas analíticas correspondientes a tal proceso (Cardyl y Omeprazol) los días 27 de agosto y 17 de octubre de 2014 y el día 24 de febrero de 2015. Sin embargo, solo se anota un nuevo episodio, en este caso por “tos de dos meses de duración con dolor a nivel de hemitórax” el día 25 de febrero de 2015, reflejándose ese mismo día que se solicita una radiografía de tórax que se valora en la propia consulta al día siguiente y que da lugar a que se pauten de modo inmediato medicación antibiótica.

En definitiva, según tales anotaciones, el paciente acude por primera vez por los síntomas que aquí debatimos el día 25 de febrero de 2015, recogándose sus manifestaciones sobre la persistencia de dicha sintomatología (tos y dolor en hemitórax) durante “dos meses”. En consecuencia, tal como se afirma en la propuesta de resolución, no existe constancia de que efectivamente se hubiera demandado asistencia por esos síntomas antes del 25 de febrero de 2015, y por ello consideramos que la actuación a partir de ese momento fue la adecuada, dado que se realizó de forma inmediata una radiografía que puso de manifiesto la existencia de una neumonía y se pautó el antibiótico que los informes técnicos incorporados al procedimiento estiman adecuado.

Esos mismos informes consideran, igualmente, que toda la actividad asistencial posteriormente desplegada por los distintos servicios hospitalarios fue correcta y conforme a la *lex artis*, y que el fallecimiento del paciente se produjo por una evolución muy agresiva de la neumonía, unida al daño crónico de su función pulmonar, tanto por el hábito tabáquico como por la exposición laboral a agentes patógenos, y a una arterioesclerosis muy grave que, en opinión del especialista que informa a instancias de la compañía aseguradora, influyó negativamente en sus posibilidades de supervivencia ante la situación de gravedad.

Por último, el informe elaborado por el especialista también refiere que pese a todos los esfuerzos terapéuticos desplegados en la UCI hospitalaria no fue posible evitar la aparición de una neumonía nosocomial, dado que existen factores no modificables “responsables del cuadro que no podemos controlar”, y que se relacionan con los propios días de ingreso en la UCI y con la necesidad de ventilación mecánica. En este sentido, la propuesta de resolución pone de relieve que la tasa de incidencia de infección nosocomial en la UCI del Hospital se encuentra muy por debajo (0,86 neumonías por 1.000 días de ventilación mecánica) de la que se considera óptima en el conjunto del Estado, que se fija en no alcanzar las 9 neumonías por 1.000 días; datos y

consideraciones médicas que la interesada no cuestiona, dado que renuncia al trámite de alegaciones.

A juicio de este Consejo, no se acredita el retraso diagnóstico al que alude la reclamante, y, por lo que se refiere a la tórpida evolución del paciente en la UCI hospitalaria, consideramos que estuvo condicionada por los problemas de salud crónicos que arrastraba, algunos de ellos desconocidos hasta que se realizó la autopsia, sin que pueda hacerse responsable al servicio público sanitario, conforme dispone el artículo 141.1 de la LRJPAC, de la aparición de una neumonía nosocomial que no se puede “evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento” de su presentación.

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.