

Expediente Núm. 191/2017
Dictamen Núm. 193/2017

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 6 de julio 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 30 de mayo de 2017 -registrada de entrada el día 1 de junio de 2017-, 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 padre, que atribuyen al retraso diagnóstico de una pancreatitis aguda.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 30 de septiembre de 2016, un letrado, en nombre y representación de los interesados, presenta en la Delegación Territorial en Valladolid de la Junta de Castilla y León una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que atribuye al funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Tras exponer que sus representados son hijos del paciente, fallecido el 11 de enero de 2016, a los 87 años de edad, señala que este presentaba como antecedentes "HTA, fibrilación auricular paroxística en tratamiento anticoagulante, neoplasia de sigma en 2004, neoplasia pulmonar con lobectomía inferior izquierda en 2009 (...), desprendimiento de retina (y) polimialgia reumática".

Indica que el 9 de diciembre de 2015 "ingresó en el Hospital por presentar edema de pulmón, siendo dado de alta el día 15" del mismo mes "en contra de la voluntad del propio paciente y de su familia, puesto que no había mejoría" en su estado, considerando que el mismo requería "ingreso hospitalario" a fin de contar "con una vigilancia y control especializados".

Manifiesta que "desde el alta (...) permaneció encamado en su domicilio con un fuerte dolor de espalda. Su (médico de Atención Primaria) únicamente le pautó analgésicos para el dolor, pero la situación no mejoraba, por lo que el día 28 de diciembre de 2015 ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital, donde se realizó al paciente analítica y Rx tórax, informándose una cardiomegalia y derrame pleural izquierdo moderado que se va incrementando con el tiempo", por lo que "quedó ingresado en un box de Urgencias para observación". Precisan que al día siguiente "ingresó en el Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de `insuficiencia cardíaca´" (aunque en el momento del ingreso el único motivo de asistencia era "un dolor en la espalda") "y sospecha de fractura vertebral osteoporótica en séptima vértebra dorsal".

Afirma que "desde el día 29 de diciembre de 2015 hasta el día 4 de enero de 2016" el paciente "permaneció ingresado en planta sin ningún tipo de control médico, dada la coincidencia de las fiestas de Fin de Año y escasez de personal en el hospital", según "se indicó a la familia". Reseña que "durante estos días (...) no podía comer apenas, presentando vientre muy abultado", sin que se realizara ningún tipo de prueba, limitándose la asistencia a administrarle su medicación habitual. Por fin, el día 5 de enero de 2016 se le realiza una "Rx simple de abdomen y TAC abdominal con contraste, además de RM de columna

lumbar ante la sospecha de metástasis de enfermedad previa de Ca de pulmón". Descartada la metástasis, explica que el TAC abdominal "evidencia un páncreas edematoso con engrosamiento de la grasa peripancreática; hallazgos que, junto a las evidencias analíticas, debieron llevar al diagnóstico de pancreatitis aguda. Sin embargo, no se interpretaron correctamente las imágenes y el diagnóstico fue de perforación intestinal./ Con la sospecha (de) proceso séptico grave por una sospecha de perforación intestinal, aun en ausencia de fiebre en el paciente y sin signos de leucocitosis en analítica urgente realizada el día 5 de enero, se avisa a Cirugía para valorar, proponiéndose intervención quirúrgica urgente".

Insiste en que "este diagnóstico fue erróneo, pues la imagen del TAC muestra íleo de intestino delgado, neumatosis intestinal con aire en pequeñas venas mesentéricas sin aire extraluminal ni en porta ni en hígado, lo que pudiera ser sugestivo -a lo sumo- de una microperforación, subsidiaria de vigilancia, pero no sugiere en absoluto una perforación intestinal que precisara intervención quirúrgica como la que se propuso al paciente./ En la zona de cuerpo de páncreas se evidenció una placa necrótica que se biopsió, resultando material hemático y tejido adiposo con focos de necrosis e inflamación, sin evidencia de malignidad".

Aclara que, tras una "favorable evolución" inicial, el día 10 de enero de 2016 el paciente "comenzó con cuadro de desorientación y dificultad para hablar, con sudoración y sensación de opresión torácica. Se evidenció leucocitosis, presentando taquipnea y empeoramiento de la función renal, desarrollando el día 11 de enero fibrilación auricular rápida, falleciendo esa misma noche, a las 22:00 h, con el diagnóstico de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, pancreatitis aguda grave, fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida e insuficiencia cardíaca congestiva".

Reitera que el TAC de 5 de enero de 2016 "demuestra la existencia de una pancreatitis aguda no descrita en el informe radiológico, en un estadio grado C, según clasificación de Balthazar, congruente con los resultados

analíticos./ Los médicos hablaron con la familia para indicarles la necesidad de intervención del paciente, pero señalando que, dada la avanzada edad (...) y sus pluripatologías, no aconsejaban tal intervención, dado que se trataba de un paciente de elevado riesgo. Los hijos preguntaron sobre otras alternativas, a lo que los médicos respondieron que no las había. Es decir, si no se operaba (...) quedaba desahuciado y abocado a un fallecimiento seguro”.

Manifiesta que la laparotomía exploradora se llevó a cabo el día 7 de enero, y que de ella resultó el diagnóstico de pancreatitis aguda que, según expone, revelaba ya la Rx abdominal de 5 de enero de 2016, al detectar “una dilatación de las asas del intestino delgado y grueso de forma muy significativa, con la existencia de un asa centinela cercana a la localización del páncreas: signo patognomónico de pancreatitis” que, “junto con el derrame pleural izquierdo único”, debió abocar al diagnóstico señalado como primera posibilidad. Razona que “la laparotomía practicada (...) trae causa de una sepsis de origen abdominal erróneamente diagnosticada cuando lo que realmente presentaba el paciente era una pancreatitis aguda que no justificaba dicha intervención (...), causante de la evolución posterior que abocó en su fallecimiento”. Añade que “la intervención quirúrgica practicada es inductora de exacerbación de la respuesta inflamatoria sistémica y aumenta el riesgo de muerte, como finalmente sucedió en el caso del presente paciente”.

Solicita una indemnización, con arreglo al baremo contenido en la “Ley 35/2015, de 22 de septiembre, que fija las indemnizaciones a víctimas de accidentes de circulación”, de doscientos veinte mil cuatrocientos cincuenta y cuatro euros (220.454 €), de los cuales 165.620 € corresponden al cónyuge viudo, al incrementarse la procedente en un 69 % por discapacidad del mismo; 20.000 € a cada uno de sus hijos, y un “perjuicio patrimonial” que comprende un “daño emergente” de 400 € para cada uno de los perjudicados y un “lucro cesante” de 13.634 € para la esposa.

Acompaña diversa documentación, entre la que se encuentra un poder para pleitos otorgado a su favor por los representados, una copia del libro de

familia del causante y diferentes informes médicos relativos al proceso asistencial por el que se reclama.

2. Mediante oficio notificado al representante de los interesados el 27 de octubre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica 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.

3. El día 23 de noviembre de 2016, el Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene los informes de los Servicios de Urgencias, de Neumología, de Medicina Interna y de Cirugía General del Hospital y una copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia.

En el informe emitido el 14 de noviembre de 2016 por el Jefe del Servicio de Cirugía General se indica que “se adjunta informe de exitus del enfermo en el que se especifica claramente el proceso (...), así como la actuación, evidentemente correctísima en tiempo y forma, realizada por el Servicio de Cirugía”. Señala que “la pancreatitis aguda es una entidad de severa gravedad, aun en enfermos jóvenes y sin patologías añadidas, que puede requerir tratamiento quirúrgico en su proceso evolutivo”, y especifica que “un enfermo de 87 años con patologías añadidas, con una pancreatitis que evoluciona hacia el exitus a pesar de los tratamientos realizados, no puede considerarse en ningún caso como una muerte no esperada”.

En el informe elaborado por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna el 21 de noviembre de 2016 se detallan cronológicamente los hechos y se formulan consideraciones puntuales en relación con los “comentarios” vertidos en el escrito de reclamación. Entre ellas, se indica que, “en contra de lo referido (...), el paciente fue visto el mismo día del ingreso, 29-12, el 30-12 se le adjudicó médico responsable que lo visitó, al igual que el

día 02-01-16, sábado, y el 04-01", lo que avalan las notas clínicas. Señala que "el día 30-12-16 se solicitaron los exámenes complementarios que, a juicio del médico responsable, eran necesarios, tanto para observar la evolución de su situación general como para descartar otra patología concomitante, dados sus antecedentes". Reitera que "en los documentos de curso clínico de hospitalización y observaciones de enfermería correspondientes al periodo de su ingreso se puede constatar que el paciente fue atendido en todo momento y que las actuaciones fueron las adecuadas a su situación". Precisa que "sufrió un agravamiento clínico el día 5 de enero, momento en que se realiza analítica, radiografías y, a tenor de los resultados, valoración por Cirugía General y un TAC abdominal, todo ello con carácter de urgencia". Subraya que "en la resonancia magnética realizada esa misma mañana se demostró la existencia de una fractura por insuficiencia del cuerpo vertebral (...) D7, de origen osteopénico, impresiona de subaguda", y otras patologías vertebrales; que "la radiografía -serie obstructiva- practicada mostró una hernia hiatal ya conocida con dilatación gástrica y signos de una obstrucción intestinal -delgado y grueso- que no cumple criterios de asa centinela, que debería ser única", y que "el TC abdominal realizado con carácter urgente mostró los hallazgos mencionados que sugerían una perforación. Si bien no se menciona específicamente, el páncreas tenía una morfología normal, sin que existiera signo alguno que hiciera sospechar la existencia de una pancreatitis. Tampoco se detecta la presencia de derrame pleural". Afirma que "el paciente al ingreso presentaba un dolor en el hemitórax derecho atribuible a las lesiones vertebrales (...) que se controló con la medicación prescrita; conservó autonomía hasta el día 5 de enero de 2016, en que se agravó de forma súbita./ El cuadro (...) que presentó el paciente, por sus manifestaciones clínicas y los datos complementarios, se agrupa sindrónicamente en lo que se conoce como abdomen agudo; proceso con múltiples etiologías, entre ellas la perforación de una víscera hueca y la pancreatitis aguda. Todos los datos orientaban hacia la primera entidad, por lo que se solicitó valoración al Servicio de Cirugía General con carácter urgente;

momento en que se planteó la realización de una laparotomía./ Respecto al diagnóstico de pancreatitis aguda, no existían antecedentes de factores favorecedores (ingesta previa de etanol, patología biliar...) y predominaban los datos que sugerían la perforación". Además, señala que "es un hecho recogido en la literatura que en las primeras horas tras la eclosión de una pancreatitis aguda -hasta 72- las alteraciones morfológicas típicas de esta entidad detectables en el TAC pueden estar ausentes". Concluye que "el paciente fue atendido conforme a la *lex artis*", pues "desde los primeros momentos en el Servicio de Urgencias se tuvieron en consideración todos los síntomas que aquejaba, incluido el dolor torácico, se realizaron estudios para conocer su origen y se atendieron el resto de patologías que presentaba (...). En planta fue valorado por los médicos de Medicina Interna desde el mismo momento de su ingreso y todos los días laborables, incluido el sábado 2 de enero de 2015, por su médico responsable"; atención que también prestó oportunamente el personal de enfermería. Para el Servicio de Medicina Interna del Hospital "las necesidades de los pacientes y su seguridad son objetivos prioritarios y tiene organizado su trabajo para garantizarlos", según detalla. A tal fin se adscribe "un médico responsable a cada paciente (...), acción que se realiza en el primer día laborable tras el ingreso, tal como sucedió en este caso", en el que fue "visto diariamente (...), y fuera del horario de trabajo habitual por el equipo de guardia siempre que se consideró necesario (...). La evolución posterior con eclosión de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica con repercusión sobre sus patologías de base -insuficiencia cardíaca- fueron responsables del agravamiento de su situación y posterior fallecimiento (...); hecho (...) descrito en la literatura que se adjunta". Acompaña diversos informes y documentación y dos publicaciones médicas sobre el diagnóstico de la pancreatitis aguda.

La Jefa de la Sección de Neumología expone, en el informe suscrito el 8 de noviembre de 2016, que el paciente ingresó en esa Sección en el mes de diciembre de 2015, sin que se aprecie dato alguno a añadir al informe de alta

emitido el día 15 de ese mes (que se aporta). Destaca que el posterior ingreso hospitalario no guarda relación con la patología presente en el momento de ingreso en Neumología.

Por último, la Jefa del Servicio de Urgencias del Hospital señala que la decisión de ingresar al paciente “es una buena práctica médica”, pues revela que existió reevaluación del caso.

4. Mediante escrito de 24 de enero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada la reclamación a la correduría de seguros a fin de que se recabe informe pericial de la compañía aseguradora.

5. Obra en el expediente, a continuación, el informe suscrito colegiadamente por cuatro especialistas en Medicina Interna el 18 de marzo de 2017 a instancia de la compañía aseguradora. En él se analiza la reclamación formulada abordando los diversos aspectos que cuestionan los interesados.

Señalan que la radiografía de tórax que se le realizó en Urgencias mostraba “signos sutiles de estar comenzando con una nueva descompensación”, y recapitulan las ocasiones en que fue revisado por los facultativos durante el ingreso, desmintiendo que “no fuera atendido por los médicos a lo largo de esos días”. Aclaran que “en todos los hospitales del mundo no se pasa visita los días festivos, que en este caso fueron el 31 de diciembre, el 1 y el 3 de enero. El sábado 2 fue visto por su médico responsable”, y recuerdan que en los días festivos los pacientes son atendidos por los médicos de guardia, como ocurrió en este caso.

Consideran totalmente falsa la afirmación de los reclamantes sobre el TAC realizado el 5 de enero, cuya transcripción revela que efectivamente en él no se mencionaba que la prueba “evidencia un páncreas edematoso”. Añaden que, “como se puede ver, no se cita de ninguna forma el páncreas y todo se centra en hallazgos compatibles con una obstrucción intestinal con o sin

perforación de la pared intestinal”, por lo que “también es completamente falsa” la aseveración de que el TAC “demuestra la existencia de una pancreatitis aguda no descrita en el informe radiológico”. Reproducen también el informe de la radiografía abdominal a fin de aclarar su contenido y revelar la inexactitud de las citas realizadas por los interesados, y así señalan que “en ningún momento hablan de un asa centinela y todos los hallazgos van a favor de un cuadro obstructivo”, precisando que “la existencia de un asa centinela no es patognomónica de pancreatitis”.

Exponen que, “ante la sospecha fundada de una obstrucción intestinal de causa desconocida, con probable perforación que podría estar iniciando un proceso séptico, la consulta al Servicio de Cirugía General y Digestivo fue correcta, así como la decisión de intervenir para aclarar la causa e intentar solucionar el problema./ Es cierto que la avanzada edad del paciente y su situación hacían muy delicada la intervención, con mucho riesgo que se sopesó junto a la familia y parece que el paciente./ En ese momento no existía ningún indicio de que se estuviese desarrollando una pancreatitis”.

Por lo que se refiere a esta dolencia, explican que “en el caso que nos ocupa el paciente no refirió tener dolor abdominal, sino en la región dorsal del tórax; localización que no puede hacer sospechar la existencia de una pancreatitis. Tampoco tenía ninguna de las tres causas conocidas que dan lugar” a dicha patología, “como son la litiasis biliar, el alcoholismo y la hipertrigliceridemia./ Es cierto que durante los primeros días de hospitalización refirió náuseas, vómitos y algún” episodio “diarreico, pero estos síntomas son tan inespecíficos que no pueden hacer sospechar la existencia de una pancreatitis”, a lo que suman que “en una prueba tan fiable como” un TAC abdominal con contraste “los datos iban a favor de un abdomen agudo de origen obstructivo acompañado de una posible perforación de la pared intestinal que podría estar desatando una infección (sepsis) de origen intestinal”.

Sostienen que “de hecho la intervención permitió descartar la obstrucción intestinal y su perforación y detectar la presencia de una pancreatitis aguda que en este caso debe (...) ser considerada como idiopática o de causa desconocida”. Su tratamiento “se basa en la atenuación del dolor con la administración de sueros e incluso nutrición artificial”, y que “la intervención está indicada en ocasiones como esta, cuando no se conocía el diagnóstico y en los casos de pancreatitis necróticas muy graves y avanzadas”, de modo que no pueden aceptarse las afirmaciones vertidas por los reclamantes. Afirman que “en ningún momento hubo error diagnóstico, sino imposibilidad de realizar el diagnóstico dado lo atípico de la presentación del caso”, y que “la anticipación del diagnóstico no hubiese mejorado el pronóstico del paciente, ya que al desconocer la causa de la pancreatitis solo se podía dar tratamiento de soporte, como se hizo en todo momento”. Por ello, concluyen que “la actuación del personal sanitario se ajustó a la *lex artis ad hoc* en todo momento”.

6. Mediante escrito notificado al representante de los interesados el 11 de abril de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previa le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Consta la comparecencia de una de las interesadas en las dependencias administrativas el día 17 de ese mes para examinar el expediente, momento en el que se le entrega un CD que contiene una copia del mismo.

7. El día 4 de mayo de 2017, el representante de los reclamantes presenta un escrito de alegaciones. En él se reconoce que el paciente fue visto por un facultativo el día 30 de diciembre, aunque su actuación “se limitó a ajustar (el) tratamiento ya pautado de analgesia” y a solicitar “control analítico y radiológico, pero diferido al día 4 de enero”. Reprocha que el facultativo que atiende al paciente el día 31 se limite a revisar el tratamiento, sin explorarle, y

que los días 2 y 3 de enero el médico de guardia no acude a examinar al paciente pese a que “enfermería” había anotado el primero de los días “que se comenta al médico de guardia” que el paciente tenía mareos, dolor abdominal y varias deposiciones líquidas. Reitera, por ello, que “se constata la nula exploración (...) desde el día 29 de diciembre hasta el 4 de enero”.

En cuanto a la “interpretación de las pruebas de imagen realizadas al paciente”, se reafirma en el contenido de su escrito inicial, “existiendo”, a su juicio, “un clarísimo error en la interpretación del TAC abdominal realizado el día” 5 de enero. Explica que el error radica en que “el radiólogo que informa yerra en la interpretación de la imagen y no informa de la pancreatitis aguda que en realidad evidencia”; error que “precipita toda la posterior actuación también errónea”.

8. Con fecha 19 de mayo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes obrantes en el expediente, y concluye que “el fallecimiento no es consecuencia de una mala praxis médica, sino de la gravedad de la enfermedad en un paciente de 87 años”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 30 de mayo 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.

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 interpuesta el día 30 de septiembre 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, hijos del fallecido, activamente legitimados para formular

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

Ahora bien, observamos que, pese a que en la reclamación se solicita una cuantía indemnizatoria individualizada para la viuda del paciente, el representante no formula la reclamación en su nombre. Tampoco la esposa figura en el poder suscrito por los perjudicados en favor del letrado actuante, por lo que, aun no habiendo instado la Administración la aclaración de esta circunstancia, no cabe inferir que la cónyuge haya interpuesto la reclamación junto al resto de familiares, ni, en consecuencia, puede apreciarse la existencia de una deficiente acreditación de su representación que deba subsanarse.

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 30 de septiembre de 2016, habiendo tenido lugar el fallecimiento del paciente el día 11 de enero de 2016, 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, observamos 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.

SIXTA.- Los reclamantes interesan una indemnización por los daños derivados del fallecimiento de su padre, ocurrido en el hospital público en el que se encontraba ingresado.

Del examen del expediente resulta acreditada la defunción del paciente durante dicha estancia, por lo que debemos presumir que aquella ha producido un daño moral a sus hijos, quienes formulan la presente reclamación.

Ahora bien, la existencia de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica 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 aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y que es antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

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.

En el caso que nos ocupa los reclamantes no aportan ningún informe médico que apoye sus alegaciones, centradas -como se verá- en la interpretación de las pruebas médicas realizadas al fallecido. En consecuencia, este Consejo ha de formar su juicio con base en los informes incorporados al expediente por la Administración a lo largo del procedimiento.

Los interesados sostienen que la intervención llevada a cabo por una sospecha de perforación intestinal finalmente inexistente desencadenó la tórpida evolución del paciente, de 87 años de edad, que falleció días después de dicha cirugía, considerada de riesgo.

Centran su imputación en dos aspectos concretos de la atención dispensada. En primer lugar, rechazan que la asistencia médica prestada desde el ingreso y hasta el día 4 de enero -inicialmente negada, pero admitida en el trámite de audiencia- haya sido adecuada, al no haber comprendido una exploración. En segundo lugar, afirman que la prueba de imagen realizada el día 5 de enero (TAC abdominal) revelaba la patología (pancreatitis aguda)

detectada tras la intervención, y entienden que existió un error del radiólogo informante.

Sin embargo, no aportan ningún informe médico que avale tales aseveraciones, frente a las cuales se alzan, de forma contundente, los informes emitidos por el Servicio afectado y por varios especialistas a instancia de la compañía aseguradora. En ellos se concluye, en cuanto a la primera cuestión, que la asistencia dispensada por los facultativos que le atendieron en ese periodo fue correcta y suficiente. Y, en cuanto a la segunda, que la sospecha diagnóstica era fundada con arreglo a las pruebas de imagen practicadas, y que los hallazgos no revelaban la patología que padecía el paciente. Explican que esta dolencia puede cursar durante días sin manifestación en el TAC, y que el paciente no presentaba ninguno de los factores causantes. Ante estos elementos no cabe sostener, como pretenden los perjudicados, que pudiera diagnosticarse la pancreatitis, siquiera como sospecha. También avalan los informes citados la indicación quirúrgica ante la gravedad de la patología abdominal a la que sí orientaban las pruebas; cirugía que fue aceptada por el paciente y que, a la postre, permitió detectar la pancreatitis. Los especialistas destacan que precisamente la intervención procede ante la ausencia de un diagnóstico certero y, asimismo, en caso de pancreatitis necróticas graves (los propios reclamantes explican que se realizó biopsia del tejido necrótico del órgano).

Es doctrina reiterada de este Consejo que no es posible exigir a los profesionales médicos un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas, o los signos, que lo evidencien con certeza. Atendiendo a los reproches formulados, resulta entonces irrelevante la insuficiente exploración alegada en los días previos, pues el paciente no presentaba la sintomatología propia de la pancreatitis, y tampoco la prueba de imagen mostró hallazgos de su existencia. Además, se razona que la anticipación del diagnóstico no hubiese mejorado el pronóstico del paciente, pues al ser la

etiología de la pancreatitis desconocida la única opción terapéutica era el tratamiento de soporte, que fue el proporcionado.

En definitiva, no se ha acreditado de forma suficiente que el fallecimiento se deba exclusivamente a la intervención, y, al margen de que esta fuera procedente, los informes coinciden de nuevo en que la situación del enfermo, de avanzada edad (87 años) y aquejado de pluripatologías, no permite vincular, en la forma pretendida, el fallecimiento a aquella. Siendo innegable que la cirugía era de riesgo, también lo es que el paciente no falleció en el acto quirúrgico, sino días después y tras una evolución inicial favorable.

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.