

Expediente Núm. 201/2017
Dictamen Núm. 275/2017

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 9 de noviembre 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 1 de junio de 2017 -registrada de entrada el día 8 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 la madre de sus representadas, que imputan a un error diagnóstico.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Previa presentación en una oficina de correos el 10 de noviembre de 2016, con fecha 16 de ese mismo mes tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito mediante el cual una abogada, actuando -según manifiesta- en nombre y representación de las interesadas, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial como

consecuencia del fallecimiento de la madre de estas, acaecido el 11 de noviembre de 2015 en el Hospital y que atribuyen a lo que consideran una mala praxis médica; en concreto, al "incorrecto e inexacto diagnóstico y el consecuente tratamiento que le brindaron los facultativos" al servicio del citado centro hospitalario, en el que aquella se encontraba ingresada desde el 3 de noviembre de 2015.

Señalan que "en la madrugada del 3 de noviembre, y tras sufrir una caída como consecuencia de un malestar general (...), acude al domicilio de la fallecida la Unidad de Soporte Vital Básico, aunque el facultativo que se desplazó al domicilio en un vehículo particular acudió después de casi 30 minutos", cuando su familiar "se encontraba ya en el interior de la ambulancia con destino incierto".

Manifiestan que "el mismo día del fallecimiento la familia, reunida a primera hora de la mañana con el facultativo que asistía y seguía la evolución diaria de la paciente, fue alertada de un posible error en el diagnóstico, por lo que se les comunica que se va a proceder automáticamente a una valoración coronaria y consecuente cambio de tratamiento./ Por ello, esa misma mañana se solicitan múltiples pruebas, en concreto al Servicio de Cardiología una ecografía transtorácica y Holter, entre otras, como vasculitis o virus neurotropos, que posteriormente fueron canceladas ante el nefasto desenlace final. La disparidad de las pruebas solicitadas hacen prever que los facultativos a cargo tenían serias dudas de la patología clínica de la paciente, lo que claramente hace dudar de la eficacia del tratamiento administrado sus últimos 9 días./ Llama poderosamente la atención que en las notas del curso clínico no se contemple la enfermedad coronaria, con tratamiento de más de 20 años de duración, que padecía (...): `Enfermedades previas: No antecedentes de interés´, cuando la paciente padecía una enfermedad coronaria de largos años de evolución que, si bien no puede acontecer como causa del posterior fallecimiento, sí debiera de haberse tenido en cuenta a la hora de determinar las posibles complicaciones -coagulación, hematomas (...)-. La paciente

presentaba desde su ingreso importante trabajo respiratorio, con una clara descripción de cansancio e insuficiencia respiratoria, además de sintomatología asmática, tanto a preguntas directas del personal médico como reflejado de forma insistente por su propia familia a aquellos; igualmente se le pauta tratamiento rehabilitador diario que concluye exhausta, por el sobreesfuerzo y como consecuencia del cansancio y la extenuación previa, a lo que los facultativos no le prestan ni el más mínimo interés./ Prueba de ello es que hasta el mismo momento del repentino empeoramiento, esto es, en la noche del 11 de noviembre, no se llevan a cabo las pruebas coronarias que entonces se solicitan con inminente urgencia./ Entre los factores predisponentes relacionados con el paciente para diagnosticar y prevenir consecuentemente una embolia pulmonar se incluye la edad, los antecedentes de enfermedad tromboembólica previa, el cáncer activo, las enfermedades neurológicas con parálisis de extremidades, los trastornos médicos que requieren reposo prolongado en cama, como la insuficiencia cardíaca o respiratoria, la trombofilia congénita o adquirida, la terapia hormonal sustitutiva y el empleo de anticonceptivos orales (...). Contaba con todos los factores que preveían el fatal desenlace, la falta de diligencia en el diagnóstico y en el tratamiento provocaron que se precipitaran los hechos que provocaron su posterior fallecimiento./ Por otro lado, y ante la coagulación sanguínea que finalmente se produjo, debemos mencionar que la paciente había sufrido con anterioridad varios episodios de flebitis y únicamente fue evaluada por la Escala Maddox el mismo día del ingreso; además, y aun presentando importantes cardenales con signos de coagulación a lo largo del muslo posterior derecho y en la zona lumbar, en ningún momento durante el ingreso se efectúa una simple ecografía doppler”.

Sostienen que “la multitud de pruebas solicitadas en la mañana de su fallecimiento, tras 9 días de ingreso, hace prever que los facultativos postergaron de forma innecesaria la concreción de la patología./ Al momento del fallecimiento se lleva a cabo una valoración aórtica; sin embargo, la

paciente ya padecía una enfermedad coronaria con anterioridad, hecho que pasó totalmente inadvertido por los facultativos en relación al cuadro clínico que presentaba la paciente. Debemos recordar que le administran heparina (tratamiento farmacológico anticoagulante) únicamente al momento del ingreso (3-11-2015) y posteriormente el día 11 a las 21:23 horas, esto es, con posterioridad a mostrarse la finada indispuesta./ Consecuentemente, el tratamiento administrado es más que probable que no fuese el correcto e incluso actuara de forma contraproducente en el organismo (...). La paciente presentaba importantes cardenales con signos de coagulación a lo largo de todo el muslo posterior derecho y en la zona lumbar que muy probablemente precipitó la embolia pulmonar; sin embargo, no se llevó a cabo una valoración pormenorizada de este hematoma. En conclusión, la familia había sido informada por parte del equipo médico (de) que (...) podría no llegar a recuperar la movilidad de la parte izquierda del cuerpo, augurando la nula probabilidad de complicaciones de otro tipo; sin embargo, y ante el cambio de diagnóstico en la mañana del fallecimiento y la multitud de pruebas solicitadas, no queda más que considerar que el empeoramiento (...) esa misma noche se produjo por una mala praxis médica”.

Solicitan una indemnización cuyo importe total asciende a diecinueve mil ciento setenta y dos euros con cincuenta y seis céntimos (19.172,56 €), a razón de 4.793,14 € para cada una de ellas.

2. Mediante oficio de 28 de noviembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la letrada que resulta necesario acreditar la representación que dice ostentar.

Atendiendo al requerimiento efectuado, con fecha 23 de diciembre de 2016 se recibe un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias al que se adjuntan los apoderamientos otorgados por cada una de las interesadas ante el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de Luarca y ante el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción N.º 3 de Avilés.

3. El día 10 de enero de 2017, la Coordinadora de Auditorías Asistenciales y Docentes comunica a la representante de las interesadas 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.

4. Figuran en el expediente tanto la historia clínica relativa al episodio asistencial sobre el que se plantea la presente reclamación, como el informe elaborado, a la vista de la misma, por el Jefe de la Sección de Neurología del Hospital el día 23 de enero de 2017.

En este informe se relata pormenorizadamente la asistencia prestada a la paciente desde su ingreso hasta su fallecimiento y se aclara, respecto a las afirmaciones recogidas en la reclamación, que “el diagnóstico nosológico de la paciente no presentaba dudas, y la RM cerebral realizada el día 10 vino a corroborar de modo indudable el diagnóstico de ictus isquémico que se había formulado desde el inicio. La novedad aportada por la resonancia fue la evidencia de dos lesiones isquémicas (infartos cerebrales) de aspecto agudo que habían cursado sin síntomas, añadidas a la lesión que había provocado los síntomas (...). Ante la evidencia de tres lesiones en diferentes territorios arteriales se decidió ampliar los estudios encaminados a determinar la causa (no la naturaleza) de la enfermedad y con ese objetivo se solicitaron nuevos estudios cardiológicos (ecocardiograma transtorácico y Hollter) -no coronarios-, así como determinaciones analíticas adicionales. El tratamiento antitrombótico administrado no plantea dudas, dado que la antiagregación (en este caso con clopidogrel) es la única estrategia profiláctica que se ha demostrado eficaz en la fase aguda del ictus isquémico. Por otro lado, se había realizado ya una monitorización de ritmo cardíaco de 48 horas en la Unidad de Ictus sin evidencia de arritmias embolígenas (...). Los antecedentes de enfermedad coronaria de la paciente eran conocidos por los facultativos, y así

constan en el informe de ingreso (día 3 de noviembre), en el informe de paso a planta (día 6 de noviembre) y en las notas del médico de guardia que atendió a la paciente el día 11 de noviembre. La anotación `enfermedades previas. No antecedentes de interés´ la realiza automáticamente el programa de gestión de la historia clínica en caso de que no se haya realizado una codificación de los antecedentes (...). El tratamiento rehabilitador precoz es una pieza fundamental de la recuperación del paciente y un criterio de calidad en el tratamiento del ictus agudo. Durante los primeros días se realiza fisioterapia pasiva y, posteriormente, cuando el paciente recobra movilidad, se procede a realizar tratamientos más activos (...). La paciente fue evaluada con la escala de Maddox al menos en 15 ocasiones durante el periodo de hospitalización, constatándose en todos los casos ausencia de dolor, eritema, hinchazón o cordón palpable (...). La paciente recibió enoxaparina a dosis profiláctica de trombosis venosa profunda desde el día siguiente a su ingreso hasta el día de su fallecimiento (...). Es cierto que los ictus lacunares se caracterizan por su pequeño tamaño y, en general, buen pronóstico vital (con una mortalidad hospitalaria en estudios internacionales recientes en torno al 2-5 %), pero este viene con frecuencia condicionado por complicaciones extracerebrales dependientes de patologías previas del paciente (en este caso la paciente padecía una cardiopatía isquémica) o por complicaciones tales como la broncoaspiración o el tromboembolismo pulmonar (que se consideró la causa más probable del fallecimiento y que aún hoy, con las medidas de profilaxis adecuadas, es responsable de un 5-10 % de los fallecimientos hospitalarios) (...). Con respecto al hematoma glúteo, la paciente recibió curas locales al no observarse en ningún momento signos de alarma, pues si bien era llamativo a la vista no produjo significativa anemia, ni presentó en ningún momento signos de infección ni efecto compresivo local (...). Dado que no se realizó estudio necrópsico no es posible conocer la causa del fallecimiento de la paciente con exactitud”.

5. Mediante oficio de 2 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada una copia de todo lo actuado a la correduría de seguros y solicita un informe pericial de la compañía aseguradora.

En este informe, elaborado el 24 de marzo de 2017 colegiadamente por cuatro especialistas en Medicina Interna, se concluye que “la actuación seguida con esta paciente ha sido correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*, a pesar de lo cual (...) presentó una complicación inevitable falleciendo”.

Manifiestan que en la reclamación se indica que “se hizo el diagnóstico de infarto lacunar. No es así. De hecho, ni siquiera aparece la palabra lacunar en la documentación. Aunque realmente existían infartos lacunares en la resonancia magnética, estos no eran la causa del déficit neurológico de la paciente y solo fueron un hallazgo incidental, como ocurre muy frecuentemente en enfermos con hipertensión arterial que presentan infartos lacunares (que son de muy pequeño tamaño) asintomáticos./ Se señala que no se tuvieron en cuenta los antecedentes de cardiopatía coronaria de la paciente. Tampoco esto se ajusta a la documentación. Desde que la paciente ingresó se recoge que está diagnosticada de enfermedad coronaria tipo angor. La enferma tenía una cardiopatía isquémica con angina estable y no hacía ningún tratamiento para ello cuando ingresó. Ante una angina estable no hay que hacer ningún tratamiento diferente del que ya hace y solo hay que insistir en los cuidados para que la enfermedad no progrese. Estos cuidados no tienen sentido ante una enfermedad aguda como es el ictus, ya que son para lograr un efecto a largo plazo y deben iniciarse una vez pasada la enfermedad aguda. En ningún momento la paciente presentó ningún dato que sugiriese la existencia de un síndrome coronario agudo, con un electrocardiograma normal y sin dolor torácico hasta el episodio final que fue valorado por el cardiólogo, que descartó que se tratase de un síndrome coronario agudo./ También se señala que no se investigaron los hematomas que presentaba. Nuevamente tampoco esto se ajusta a la realidad. Los hematomas glúteos e interglúteo fueron valorados y se

atribuyeron a la caída que la paciente sufrió al presentar el ictus. Se solicitó una radiografía de raquis que no mostró alteraciones agudas y se solicitó valoración por Traumatología. La coagulación elemental (protombina y tromboplastina parcial activada) era normal. Por tanto, se consideró que los hematomas eran de origen traumático y lógicamente empeoraron con la fibrinólisis que se realizó en Urgencias. Además, la administración de Clexane puede favorecer también el mantenimiento de estos hematomas y solo había que vigilar su extensión. Por otra parte, la existencia de hematomas no indica, como se sugiere en la reclamación, la existencia de un trastorno de la coagulación que ocasionó o favoreció la embolia pulmonar. Precisamente la alteración de la coagulación con aparición de hematomas indica hipocoagulabilidad, que es todo lo contrario a lo que sucede en la trombosis venosa y embolia pulmonar en la que hay una hipercoagulabilidad con formación de trombo./ Se indica que solo se administraron dos dosis de heparina, al ingreso y el día que falleció. La documentación señala que se administró Clexane 40 por vía subcutánea cada 24 horas desde el día siguiente a su ingreso. Esta dosis de heparina es la adecuada para prevenir la aparición de trombosis venosa y embolia pulmonar, aunque no es totalmente efectiva, ya que solo reduce la aparición de estas complicaciones a un tercio. Cuando la paciente presentó el episodio final, ante la sospecha de embolia pulmonar, se administró heparina por vía intravenosa en dosis terapéuticas, que son más elevadas que las preventivas./ Por último, se indica que el día que falleció se dijo a la familia que se iba a investigar el origen coronario de los síntomas. Tampoco esto se ajusta a la realidad, ya que lo que probablemente se dijo a la familia es que se iba a investigar el origen de los síntomas buscando las diferentes causas de isquemia cerebral, y entre ellas el origen cardioembólico. Por tanto, pudo decirse que se iba a buscar el origen cardíaco, pero no el coronario”.

6. Con fecha 17 de abril de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a las reclamantes la

apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días.

El 4 de mayo de 2017, comparece la representante de las interesadas en las dependencias administrativas y se le hace entrega de un CD que contiene una copia de todo lo actuado hasta ese momento.

El día 8 de mayo de 2017, presentan en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que llaman la atención sobre determinados datos que se desprenden de la documentación obrante en el expediente, lo que les lleva a reafirmarse en su argumento principal de la existencia de un error diagnóstico.

Concluyen que “la multitud de pruebas solicitadas en la mañana de su fallecimiento, tras 9 días de ingreso, hace prever que los facultativos postergaron de forma innecesaria la concreción de la patología./ La paciente presentaba importantes cardenales con signos de coagulación a lo largo de todo (el) muslo posterior derecho y en la zona lumbar, que muy probablemente precipitó la embolia pulmonar; sin embargo, no se llevó a cabo ni la más mínima valoración de este hematoma como posible complicación del estado clínico de la misma./ La familia había sido informada por parte del equipo médico (de) que la paciente podría no llegar a recuperar la movilidad de la parte izquierda del cuerpo, augurando la nula probabilidad de complicaciones de otro tipo; sin embargo, y ante el cambio de diagnóstico en la mañana del fallecimiento y la multitud de pruebas solicitadas, no queda más que considerar que el empeoramiento (...) esa misma noche se produjo por una mala praxis”, pues, “no habiendo tramitado todas las pruebas médicas tendentes a esclarecer el motivo del infarto y sus consecuencias, llevan a cabo una resonancia magnética que evidencia 3 infartos lacunares tras más de 6 días hospitalizada”.

El Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite el día 12 de mayo de 2017 a la compañía aseguradora de la Administración una copia de las alegaciones presentadas.

7. Con fecha 22 de mayo de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio; conclusión que obtiene tras rechazar, a la vista de la historia clínica del episodio incorporada al expediente, las diferentes afirmaciones en las que las interesadas basan su reclamación, indicando, además, que las mismas carecen de “informe pericial alguno” que les dé sustento.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de junio 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de

responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LPAC).

Ahora bien, observamos que el vínculo filial existente entre la fallecida y las reclamantes no figura acreditado documentalmente en el expediente. No obstante lo anterior, habida cuenta de que la Administración no ha cuestionado en ningún momento su condición de interesadas, ni ha entendido precisa la acreditación formal de esta relación, en aplicación del principio de eficacia, reconocido en el artículo 103.1 de la Constitución, y recogido en el artículo 3 de la LRJSP, 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 sin que esta, por el procedimiento legal oportuno, verifique dicha legitimación mediante la acreditación formal de su relación con la fallecida.

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 67.1 de la LPAC, dispone que “El derecho a reclamar prescribirá 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 para las interesadas del fallecimiento de su madre, -acaecido el 11 de noviembre de 2015-, y la reclamación se presenta el día 10 de noviembre 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 rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida LPAC.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 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, 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 de la madre de las reclamantes. Acreditado en el expediente el fallecimiento de esta, resulta evidente que dicha pérdida ha originado en aquellas 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 las 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, en el presente supuesto nos encontramos con que las interesadas a lo largo de la instrucción del procedimiento no han concretado la existencia de ninguna mala praxis en la asistencia prestada a su madre en el Hospital en el periodo de tiempo que va del 3 de noviembre de 2015 -en que la paciente ingresa- al 11 de ese mismo mes -en que se produjo el desgraciado fallecimiento-, limitándose a hacer una serie de afirmaciones e insinuaciones -que en gran medida se han mostrado erróneas, como se desprende de los informes incorporados al expediente- para especular, con base en las mismas, sobre la posibilidad de que el fallecimiento de su familiar pudiera ser debido a una "falta de diligencia en el diagnóstico y en el tratamiento".

Este inicial planteamiento de la reclamación, que dada su falta de concreción no pasa de ser una conjetura interesada, se ha mantenido inalterable a lo largo de la instrucción del procedimiento, y ello a pesar de que en el trámite de audiencia las interesadas conocieron los diferentes informes incorporados al expediente por la Administración frente a la que reclaman.

Constatado de esta forma que no han aportado al expediente ningún tipo de documento en forma de informe pericial que dé un mínimo soporte científico al cuestionamiento que hacen con respecto a la asistencia prestada a su madre, de lo que se deriva una absoluta carencia de elemento probatorio alguno en orden al establecimiento del imprescindible nexo causal entre su fallecimiento y el funcionamiento del servicio público sanitario, la reclamación ha de ser desestimada.

A mayor abundamiento, el informe médico emitido por cuatro especialistas en Medicina Interna a instancias de la compañía aseguradora, basado tanto en la historia clínica del episodio como en el informe del Jefe de la Sección de Neurología del Hospital, y que se erige de esta forma en el único documento pericial que ha sido puesto a disposición de este Consejo Consultivo y sobre el cual debe formar su juicio, nos lleva a considerar como

acorde a la *lex artis ad hoc* la asistencia prestada a la paciente a lo largo de todo el episodio.

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.