

Expediente Núm. 329/2017
Dictamen Núm. 4/2018

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 Adjunto:
Mier González, Manuel Eduardo

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 11 de enero de 2018, 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 29 de noviembre de 2017 -registrada de entrada el día 11 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por el fallecimiento de un paciente que atribuyen a un error diagnóstico y a una desatención en la planta de hospitalización.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 31 de marzo de 2017, las interesadas, hermanas y madre del fallecido, respectivamente, presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su familiar, que atribuyen a un error diagnóstico y a una falta

de vigilancia en la planta de hospitalización en la que aquel se encontraba ingresado.

Exponen que el 15 de abril de 2016 el fallecido había acudido al centro de salud “quejándose de líquido en el estómago que se le subía hacia la garganta”, y que le recetaron “medicación para dormir”. Al día siguiente fue conducido por su familia al Hospital, “donde ingresó a las 20:39 horas por el Servicio de Urgencia”, precisando que posteriormente fueron informadas de que el paciente “pasaba a planta”, que “quedaría en observación y que podíamos pasar brevemente a despedirnos de él”. Sin embargo, “escasamente 3 horas después de abandonar el hospital” una de las interesadas recibe una llamada en la que se le informa de que su hermano “acababa de fallecer”.

Señalan que, “pese a su estado comatoso, fue ingreso en una habitación ‘normal’, sin ninguna vigilancia especial, que era lo que requería el caso”, y que de haberlo demandado algún familiar podría haberse quedado con el enfermo. Afirman que según el informe de alta el paciente se cayó de la cama “vomitando posteriormente”, y que tras avisar al médico de guardia no reaccionó a las “maniobras de reanimación”, por lo que “se le consideró exitus”, con el diagnóstico principal de “probable broncoaspiración y parada cardiorrespiratoria”. Por ello, consideran que “una simple vigilancia sobre el paciente hubiera evitado el fatal desenlace”.

Sobre la cuantificación de la reclamación, indican que debe indemnizárselas “en las cantidades que resultan del seguro obligatorio de vehículos a motor”.

Junto con la reclamación aportan: a) Certificación de fallecimiento del Registro Civil. b) Dos informes del ingreso en el Hospital

2. Mediante oficio de 6 de abril de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias una copia de la reclamación presentada.

3. Con fecha 2 de mayo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a la primera 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.

Asimismo, las requiere para que en el plazo de diez días acrediten su parentesco con el fallecido y cuantifiquen la reclamación, dado que el baremo al que se refieren es “meramente orientativo en el ámbito sanitario”.

4. El día 4 de mayo de 2017, dos de las interesadas contestan al requerimiento y reiteran, respecto a la cuantificación, la referencia a “los baremos del seguro obligatorio de vehículos a motor”, haciendo constar su edad para posibilitar “su aplicación”, y aclaran que ninguna de las tres dependía económicamente del fallecido.

Al escrito acompañan una “copia compulsada del Libro de Familia”, con la finalidad de “acreditar el parentesco”.

5. Mediante oficio de 5 de mayo de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente en formato electrónico, y con fecha 26 del mismo mes le traslada el informe evacuado por el Servicio de Digestivo del hospital en el que fue ingresado.

En el informe, suscrito el día 24 de ese mismo mes por el Jefe del Servicio del Aparato Digestivo, se indica que “se trata de un paciente con relevantes antecedentes de consumo abusivo de alcohol que acudió a Urgencias por un cuadro de deterioro clínico, siendo diagnosticado de ascitis en relación con cirrosis previamente conocida, sobre la que se había impuesto

un proceso de hepatitis alcohólica aguda grave”. Tras su ingreso “sufre un cuadro de deterioro neurológico progresivo y caída de la cama, por lo que, tras ser avisado el personal sanitario por el enfermo ingresado en la cama contigua, se constató la existencia de un vómito en posos de café y un cuadro de parada cardiorrespiratoria que no pudo ser superado con maniobras de reanimación./ Debo hacer constar que el cuadro clínico (...) justifica su fallecimiento, sin que aprecie mala praxis o negligencia (...), existiendo constancia en el curso clínico de enfermería que `no hay familiares con él y no sabe teléfonos´, mientras que en absoluto es praxis habitual por parte del personal sanitario que en este contexto de situación clínica se prohíba a los familiares permanecer en el hospital como acompañantes (...), y sin que en cualquier caso pueda tampoco establecerse que el fallecimiento (...) pudiera estar directamente relacionado con la caída de la cama que hipotéticamente podría haberse evitado, sino con el importante estado de deterioro clínico que presentaba, el cual provocó un cuadro de broncoaspiración” que “determinó una parada respiratoria y el fallecimiento del paciente”.

6. Con fecha 23 de agosto de 2017, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, emiten informe cuatro especialistas en Medicina Interna. En él, tras resumir las diferentes pruebas analíticas y de imagen realizadas, afirman que el fallecido padecía una “hepatitis alcohólica” que fue evaluada según criterio de Maddrey con el resultado de 41,5, “lo que indicaba un pronóstico muy pobre a corto plazo, como así ocurrió./ El único tratamiento que ha demostrado ser eficaz para mejorar las hepatitis alcohólicas es el abandono total y definitivo de la ingesta de dicho tóxico”. Afirman que “en la actualidad no existe ningún tratamiento eficaz para la situación en (la) que se encontraba este paciente, y ninguna otra medida hubiese ayudado a mejorar su pronóstico. El ingreso hospitalario y las medidas de soporte que se indicaron fueron las correctas y las únicas que podían ayudar al paciente a pesar del mal pronóstico de su situación (...). Sin embargo falleció como

consecuencia de una complicación de la enfermedad imprevisible e inevitable, una broncoaspiración”, y ponen de manifiesto que “ninguna de las medidas que se han probado para evitar las broncoaspiraciones han sido eficaces./ Este paciente debió de presentar un vómito que fue el responsable de la broncoaspiración que dio lugar a la parada cardiorrespiratoria, sin que el personal sanitario hubiese podido hacer nada para evitarlo./ De haber estado acompañado por un familiar tampoco hubiese mejorado la situación, puesto que la aparición del vómito es imprevisible y nadie puede evitarlo ni impedir su aspiración”.

Concluyen que “sufría una hepatitis alcohólica muy grave y de muy mal pronóstico en los próximos 30 días (...). El único tratamiento eficaz para esta enfermedad es abandonar la ingesta de alcohol (...). Aunque se han hecho numerosos estudios con esteroides, no se ha conseguido demostrar que prolonguen la vida de estos pacientes (...). La decisión de ingresar al paciente en el Servicio del Aparato Digestivo fue totalmente correcta (...). Sin embargo (...) falleció como consecuencia de una broncoaspiración que le produjo una parada cardiorrespiratoria (...). La aparición de broncoaspiraciones es totalmente imprevisible e inevitable y tiene muy graves consecuencias dependiendo de la cantidad aspirada (...). Ni el personal sanitario, ni los acompañantes hubieran podido evitar el accidente (...). La atención (...) fue correcta y la presencia de un acompañante no podría haber evitado la aparición del vómito (...) ni de la broncoaspiración”.

7. Mediante escrito notificado a la primera interesada el 26 de octubre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de 15 días.

También la requiere para que en el mismo plazo especifique “la evaluación económica del daño o perjuicio causado”.

8. El día 3 de noviembre de 2017, la primera de las interesadas comparece en las dependencias administrativas y se le hace entrega de una copia, en soporte CD, de los documentos que integran el expediente.

Con fecha 13 de noviembre de 2017, presenta un escrito de alegaciones en el que confirma los hechos expuestos en la reclamación, añadiendo, a continuación, que “los informes médicos incluidos en el expediente son contradictorios y parciales”. Así, señala, en primer lugar, que “se omite toda referencia a su atención en el Servicio de Urgencias (...). En el volcado del Millennium no consta el informe del Servicio de Urgencias que esta parte aportó con el escrito inicial (...). Se dice en los informes (...) que el fallecido ‘no sabe teléfonos’, dato que se contradice con el hecho de que conste el teléfono en su historia clínica” y que tras el exitus la interesada recibiese una llamada telefónica comunicando el fallecimiento. Insiste en que el paciente fue ingresado en “en la Unidad de Hospitalización Polivalente”, y no en la Unidad de Digestivo.

Subraya que el informe del Servicio de Digestivo “descubre algo que no figuraba en los informes, como es que el paciente sufrió un deterioro neurológico progresivo” que -afirma- “no fue detectado por nadie; aparentemente la enfermera o auxiliar le atendió a la 1:50 (...) y no se dio cuenta de este deterioro, vuele a atendersele a las 2:23 (...) y tampoco se da cuenta de este deterioro neurológico y escasamente 5 minutos después, a las 2:28, es cuando el enfermo se cae de la cama y los familiares del otro enfermo avisan”. Manifiesta que “el informe pericial acompañado por la aseguradora (...) nada añade. Se limita a reiterar con otras o parecidas palabras lo que manifiesta el Jefe del Servicio”.

Indica que “si fuese cierto (...) que el cuadro clínico justifica su fallecimiento es evidente que no se le debió haber mantenido ingresado en planta, sino en una unidad de mayor supervisión, debiendo tenerse en cuenta que la parada cardiorrespiratoria por broncoaspiración puede evitarse con una sencilla supervisión, basta dar la vuelta al enfermo para evitar que el vómito

pase a los bronquios./ Pero el principal error es no apreciar el deterioro neurológico que se estaba produciendo”, lo que justificaba “claramente su traslado a una unidad de mayor supervisión, UVI probablemente, pero venía ya indicado desde el primer momento si es que, como indica el Jefe de Servicio, su diagnóstico justificaba su fallecimiento; máxime cuando presentaba un índice Maddrey de 45 y acude al Servicio de Urgencias quejándose de astenia y claudicación de 6 días de evolución./ En definitiva, la muerte del paciente pudo perfectamente haber sido evitada con una mínima precaución y supervisión”.

Por lo que se refiere a la cuantificación del daño, solicita 20.000 € para cada una de las hermanas y 70.000 € para la madre del fallecido, alegando entre las circunstancias a tener en cuenta la convivencia de todas ellas con el causante.

9. El día 15 de noviembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

10. Con fecha 17 de noviembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Sobre la base de los informes incorporados al procedimiento, concluye que “el paciente no falleció por la caída por falta de vigilancia, sino por la importante patología que presentaba, que provocó un vómito en posos de café y la consiguiente broncoaspiración, que es imprevisible e inevitable. No existe ninguna medida que se haya revelado como eficaz para la prevención de la broncoaspiración. La presencia de un acompañante no hubiera evitado ni el vómito ni la broncoaspiración”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de noviembre 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, cuya copia adverada adjunta 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.

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 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común (en adelante 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 reclamación se presenta con fecha 31 de marzo de 2017, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen (el fallecimiento del paciente) el día 17 de abril 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 Ley 39/2015.

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 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.- En la presente reclamación las interesadas solicitan una indemnización como consecuencia del fallecimiento de un paciente, que atribuyen a que no se diagnosticó la presencia de un deterioro neurológico, ni se le prestó la vigilancia precisa en la planta de hospitalización donde se encontraba ingresado. Afirman que “la muerte del paciente pudo perfectamente haber sido evitada con una mínima precaución y supervisión”.

Acreditado el óbito del familiar, presumimos la existencia de un daño moral en las interesadas que reclaman, que consta son la madre y dos hermanas del fallecido.

Ahora bien, dando por acreditada la existencia de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y materializado en el curso de la actividad del servicio público sanitario, ello 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 del servicio público.

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*, 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 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.

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 -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente en la fase de diagnóstico tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En este caso, las interesadas no aportan prueba alguna de las imputaciones que sostienen, ni siquiera en el trámite de audiencia, por lo que este Consejo ha de fundamentar sus conclusiones a la vista de los únicos

informes médicos que obran en el procedimiento, todos ellos incorporados por la Administración o por su aseguradora.

En el escrito de reclamación las perjudicadas afirman que el fallecimiento pudo haberse evitado con una "simple vigilancia sobre el paciente", y que incluso esa vigilancia podría haber sido realizada por alguno de los familiares si así se les hubiera solicitado por los responsables del centro hospitalario. En la misma línea argumental, en el escrito de alegaciones sostienen que el fallecimiento, que trae causa inmediata en una broncoaspiración (lo que no cuestionan), podría haberse evitado "con una sencilla supervisión, basta dar la vuelta al enfermo para evitar que el vómito pase a los bronquios". Tal aseveración, suscrita por una hermana del fallecido, que no consta posea cualificación alguna en la materia, contrasta frontalmente con los informes médicos de todos los especialistas que obran en el expediente -el del Jefe del Servicio de Digestivo y cuatro especialistas en Medicina Interna-, quienes sostienen que pese a la gravedad de sus posibles consecuencias la broncoaspiración resulta imprevisible e inevitable, y que aunque, en hipótesis, un acompañante hubiera podido evitar la caída de la cama del paciente, ello no habría impedido la broncoaspiración ni la subsiguiente parada cardíaca. También destacan los cuatro especialistas en Medicina Interna que "ninguna de las medidas que se han probado para evitar las broncoaspiraciones han sido eficaces", y que "la aparición del vómito es imprevisible y nadie puede evitarlo ni impedir su aspiración".

A la vista de ello, no cabe dar por probado que -como afirman las reclamantes- con la simple maniobra de "dar la vuelta al enfermo" se hubiera evitado su fallecimiento. En consecuencia, no cabe apreciar nexo causal alguno entre la alegada falta de vigilancia y el fallecimiento, ya sea por falta de vigilancia directa por los servicios propios del centro hospitalario, o incluso por no haber solicitado la colaboración a la familia a tales efectos.

Del mismo modo, tampoco apreciamos nexo de causalidad entre las "contradicciones" que se ponen de manifiesto en el escrito de alegaciones y el

fallecimiento. Más allá de que tales contradicciones sean o no ciertas, lo relevante a efectos de analizar la responsabilidad patrimonial del servicio público sanitario es que se demuestre un incumplimiento de la *lex artis* asistencial unido causalmente al daño, en este caso el fallecimiento. Por tanto, el hecho de que la enfermera que acude en dos ocasiones a la habitación a atender al enfermo (la última instantes antes del fallecimiento) aprecie o no el deterioro cognitivo al que alude el Jefe del Servicio de Digestivo no guarda relación alguna con el óbito si este, como está acreditado y las interesadas no cuestionan, se produjo a consecuencia de una broncoaspiración. Y en mayor medida, ninguna relación con el fallecimiento puede establecerse entre las supuestas contradicciones a que aluden las reclamantes y el desconocimiento de los teléfonos de los familiares.

Finalmente, la aseveración de que el paciente debió haber sido ingresado en una unidad de mayor supervisión, aventurando que lo adecuado hubiera sido su ingreso en la UVI, carece de cualquier sustento probatorio y se opone una vez más a los informes a los que tenemos acceso, que indican que la única actitud terapéutica posible ante una "hepatitis alcohólica muy grave", como la que el paciente padecía, era la de su ingreso hospitalario y medidas de soporte, sin que fuera susceptible de tratamiento alguno, llegando a señalar los cuatro especialistas en Medicina Interna que "ninguna otra medida hubiese ayudado a mejorar su pronóstico".

En definitiva, consideramos acreditado que el fallecimiento del paciente se produjo como consecuencia de una complicación de la grave enfermedad que padecía, una broncoaspiración, que puede aparecer de forma imprevisible e inevitable, y que ninguno de los reproches que las interesadas vierten en sus escritos sobre la actividad asistencial desarrollada por el servicio público guarda relación causal con su fallecimiento. Ello implica la desestimación de la reclamación.

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.