

Expediente Núm. 333/2017
Dictamen Núm. 23/2018

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:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 8 de febrero 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 1 de diciembre de 2017 -registrada de entrada el día 12 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por el fallecimiento de su madre que atribuye a la omisión de pruebas diagnósticas.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 21 de febrero de 2017, el interesado -hijo de la fallecida- presenta en la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su madre.

Expone que el día 6 de febrero de 2016 acude al Servicio de Urgencias del Hospital y se le diagnostica “estreñimiento”, y que el 12 del mismo mes

tiene que volver al referido Servicio, siendo diagnosticada de "catarro bronquial", recomendándosele "mucolítico, beber abundante líquido y *clapping*".

Considera que el fallecimiento de su madre se ha producido "como consecuencia de una negligente actuación de los servicios médicos y sanitarios del hospital, en tanto en cuanto no se ha atendido a la gravedad del cuadro que presentaba". También reprocha que no se hayan realizado "las pertinentes pruebas diagnósticas", toda vez que diagnosticada "de estreñimiento, así como de catarro bronquial, falleció a los pocos días".

Señala el despacho profesional de una letrada como "domicilio a efectos de notificaciones".

Finalmente, insta que se incorpore al expediente la historia clínica de la perjudicada, puesto que la misma fue solicitada al Hospital el 11 de marzo de 2016, "no teniendo respuesta alguna a fecha de hoy".

Adjunta a su escrito los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital, de 6 de febrero de 2016, en el que figura, entre los antecedentes personales de la paciente, que "vive con su nuera e hijo. Deambula con apoyo. Continente. Parálisis facial periférica. Parcialmente dependiente para las (actividades básicas de la vida diaria) (...). Hiperlipemia. Hiperglucemia esteroidea (...). Silla turca vacía con panhipopituitarismo que presenta afectación de ejes suprarrenales, tiroideo y gonadal./ Patrón intersticial pulmonar con bronquiectasias (seguía revisiones por Neumología). Episodios de sobreinfección./ Polimialgia reumática en remisión./ Síndrome de Tolosa-Hunt./ Episodios de infección urinaria". El motivo de la consulta es "dolor abdominal desde hace varios días, sin náuseas ni vómitos, estreñimiento de 4-5 días. No clínica miccional. Alivio cuando consigue deposición./ Episodios previos similares". Tras la exploración física y la realización de pruebas complementarias (hemograma, bioquímica, coagulación, ecocardiograma, radiografías de tórax y abdomen, en las que se aprecia "tórax senil, sin signos de patología cardiopulmonar aguda"), el diagnóstico es de "estreñimiento", descartándose "suboclusión". Se deja constancia de que durante la estancia en Urgencias la paciente hizo "varias deposiciones". Se le da el alta ese mismo día

con indicación de “dieta blanda” y se prescriben “laxantes vía rectal si precisa” y “Duphalac 1 sobre cada 8 h hasta conseguir deposición efectiva”. b) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital de 12 de febrero de 2016 en el que se indica, en el apartado relativo a “historia actual”, que “acude acompañada por un familiar que refiere disnea desde esta mañana. Dice ` que se ahoga con las flemas´. También refiere que hoy no defecó aunque está tomando Duphalac y dolor en hemiabd. izdo., habiendo tenido episodios similares anteriormente, el último consultado hace 6 días” en este Servicio. Presenta “accesos de tos productiva, con secreciones que moviliza con dificultad, por lo que se recomienda mucolítico, beber abundante líquido y *clapping*”, siendo el diagnóstico de “catarro bronquial”. Se añade que presenta estreñimiento, “recomendándose laxantes y enemas si precisa” (aunque durante su estancia en el Servicio realiza deposición). Se efectuó exploración física, ecocardiograma, Rx de tórax en la que se observa “patrón intersticial sin cambios. No se observa patología aguda, y analíticas de sangre y de orina, diagnosticándosele infección del tracto urinario. La paciente es dada de alta con tratamiento farmacológico y antibiótico, y con la indicación de realizar “fisioterapia respiratoria”. Asimismo se indica control y revisión por su médico de Atención Primaria y en caso de empeoramiento volver de nuevo a Urgencias. c) Solicitud de documentación clínica, dirigida al Hospital el 11 de marzo de 2016. d) Certificado de defunción del Registro Civil de Mieres en el que consta que la perjudicada falleció el “veintiuno de febrero de dos mil dieciséis” en el Hospital

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
<http://www.ccasturias.es>

2. El día 27 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas envía una copia de la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. Mediante escrito de 1 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas requiere al interesado para que en el plazo de diez días proceda a “acreditar su parentesco con la fallecida”, a efectuar “la cuantificación económica del daño o, en su defecto, indicar las

causas que motivan la imposibilidad de realizarla y especificar la presunta relación de causalidad entre el fallecimiento (...) y el funcionamiento del servicio público, indicándole que, de no recibirse contestación en el plazo anteriormente señalado, se le tendrá por desistido de su petición”.

Asimismo, le indica que en el caso de que la letrada cuyo domicilio indica a efectos de notificación pretendiera participar en el procedimiento, deberá previamente acreditar su “legitimación” para actuar en su nombre.

El 15 de marzo de 2017, el perjudicado presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que atiende al requerimiento formulado. En cuanto a la relación de causalidad entre el fallecimiento de su madre y el funcionamiento del servicio público, deja constancia de que el día 20 de febrero de 2016 la causante ingresa con el diagnóstico de “agudización bronquial” y es dada de “alta con control y revisión por su médico de Primaria y en caso de empeoramiento volver de nuevo a Urgencias”, pese a que “la familia demanda ingreso hospitalario”. Afirma que la muerte se produjo como consecuencia de “una negligente actuación de los servicios médicos y sanitarios” del Hospital, “donde no se realizaron las pertinentes pruebas diagnósticas” y se le dio el alta médica “sin realizar más pruebas”. Añade que “fue ingresada por los no pocos esfuerzos de la familia, en tanto en cuanto, y como así consta en el informe adjuntado, el centro hospitalario quiso darle el alta dado el cuadro clínico que presentaba, falleciendo a las pocas horas”.

Finalmente, cuantifica el daño sufrido en veintiocho mil euros (28.000 €).

Aporta junto a su escrito copia de los siguientes documentos: a) Libro de Familia. b) Poder notarial de representación. c) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital, de 20 de febrero de 2016, en el que figura que la paciente acude por “cuadro de varios días de evolución de tos con expectoración blanquecina, con empeoramiento esta noche y aumento de su disnea habitual. No fiebre. La familia refiere que no duerme, con empeoramiento tras cambio de tratamiento para el insomnio” por parte de su médico de Atención Primaria. Se realiza exploración y pruebas complementarias

(ECG, hemograma, bioquímica, coagulación, orina, gasometría arterial). La radiografía de tórax se informa "sin cambios significativos respecto a previas". También se deja constancia de que "la familia presenta actitud demandante (demandan ingreso hospitalario) y falta de respeto al personal del Servicio con continuos insultos hacia la profesión médica./ Durante su estancia en Urgencias se administra Combiprasal en nebulización, Furosemida 40 mg y 60 mg de Urbason (...). La familia demandante, no aceptan alta domiciliaria y solicitan ingreso, por lo que se comenta con MI". El diagnóstico principal es de "agudización bronquial", reseñándose en el apartado relativo a "otras recomendaciones./ Control y revisión por su médico de Primaria./ En caso de empeoramiento volver de nuevo a Urgencias".

4. Con fecha 28 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas designa al Inspector de Prestaciones Sanitarias que actuará en el presente procedimiento.

5. Mediante escrito de 28 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado 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.

6. El día 30 de marzo de 2017, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria VII un informe del Servicio interviniente (Urgencias) en relación con el contenido de la reclamación, así como una copia de la historia clínica.

Con fecha 17 de abril de 2017, la Gerente del Área Sanitaria VII le remite la documentación solicitada.

El informe elaborado por el Director del Área de Gestión Clínica de Urgencias el 11 de abril de 2017 señala, en relación con la asistencia dispensada los días 6 y 12 de febrero de 2016, que, "dada la no existencia de

criterios de ingreso hospitalario, ni evidencia de signos de alarma”, se da de alta a la paciente. Añade que el 20 de febrero de 2017 acude de nuevo al Servicio de Urgencias “sin que existan evidencias en la exploración ni en las pruebas complementarias que sugieran necesidad de ingreso hospitalario o aparición de signos de alarma; al comunicarlo a la familia presente estos demandan ingreso hospitalario, a pesar de nuestra recomendación”, y no aceptan el alta domiciliaria, por lo que “ante esta situación se realiza interconsulta con el Servicio de Medicina Interna, quien finalmente realiza el ingreso con el diagnóstico de `problema social y bronquiectasias, no claros signos de infección ´”.

En cuanto a las imputaciones vertidas por el reclamante, subraya que “la atención a la paciente ha sido de absoluto respeto y cuidado, absolutamente reflexiva (repitiendo pruebas para ver evolución), con la adopción de todas las cautelas necesarias (valoración evolutiva por su médico y posibilidad de volver a Urgencias si empeoramiento), con la realización y repetición de pruebas diagnósticas en cada una de las ocasiones (en) que fue valorada en Urgencias, y definiendo todas las medidas y controles necesarios para el bienestar de la paciente”.

Concluye que “en ningún caso ha ocurrido una actuación `negligente´, sino que ha estado ajustada en todo momento y en todas las ocasiones” en que acudió al Área de Gestión Clínica de Urgencias “a la *lex artis*”.

En la historia clínica relativa al proceso de referencia figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital, de 20 de febrero de 2016. b) Informe del Servicio de Medicina Interna - Corta Estancia- del Hospital, de 17 de marzo de 2016, en el que se recoge que “la paciente ingresa en la planta de Medicina Interna a cargo de Corta Estancia Médica en la madrugada del sábado 20 de febrero, a las 03:18, con los diagnósticos de agudización bronquial sin claros signos de sobreinfección, insuficiencia suprarrenal y problema social, según queda reflejado en el informe de ingreso hospitalario./ Se instaura tratamiento con broncodilatadores nebulizados y se ajusta tratamiento habitual (...). La evolución inicial es

favorable, manteniéndose afebril, así como clínica y hemodinámicamente estable durante las 30 horas que siguen al ingreso hospitalario. En la mañana del domingo 21 de febrero (...) presenta un cuadro febril acompañado de hipotensión y mala perfusión periférica, por lo que es valorada de forma urgente por el facultativo de guardia de Medicina Interna, que solicita estudios complementarios urgentes (hemocultivo: negativo, Rx de tórax portátil urgente, donde se pone de manifiesto aumento de densidad en ambas bases pulmonares sugestivo de condensaciones parenquimatosas, y SyS de orina urgente) e inicia medidas terapéuticas urgentes con administración de antitérmicos, antibióticos (Levofloxacino), sueroterapia para soporte hemodinámico y dieta absoluta. Se informa a la familia (...) de la situación actual y el mal pronóstico vital./ La evolución clínica es tórpida, con resultado final de exitus en relación con neumonía basal bilateral en probable relación con broncoaspiración (dieta túrmix espesa y líquidos con espesantes)". El diagnóstico principal es de "obstrucción crónica al flujo aéreo moderada./ Bronquiectasias y lesiones residuales en LSD./ Neumonía bibasal en probable relación con episodio agudo de broncoaspiración./ *Exitus letalis*". c) Hojas de curso clínico hospitalario. d) Resultados de pruebas complementarias.

7. Mediante oficio de 2 de mayo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite una copia del expediente completo a la correduría de seguros a fin de recabar el informe pericial de la compañía aseguradora.

Con fecha 21 de agosto de 2017, cuatro especialistas en Medicina Interna elaboran el informe solicitado. En él explican, en relación con la patología de base que presentaba la paciente -"bronquiectasias"-, que "son dilataciones irreversibles de la vía respiratoria (bronquios y bronquiolos)". Señalan que "esta paciente estaba diagnosticada de patrón intersticial con bronquiectasias, y cuando acudió el día 20 presentaba crepitantes y sibilancias que mejoraron con broncodilatadores, con una saturación de O₂ de 99 %, ausencia de signos de infección y gasometría arterial normal. Por tanto, no

existía ninguna de las indicaciones de ingreso en una agudización de bronquiectasias, que son:/ Insuficiencia respiratoria./ Sepsis grave./ Hemoptisis./ Afectación grave del estado general./ Necesidad de medicación intravenosa./ Por ello, correctamente se decidió alta hospitalaria (...), pero la negativa de la familia hizo que ingresara en Medicina Interna, donde se continuó el tratamiento broncodilatador y se ajustó el resto del tratamiento, con lo que la enferma estuvo estable con una saturación de O₂ del 99 %”.

Respecto a la broncoaspiración, indican que “consiste en la llegada al árbol bronquial del contenido del estómago, bien jugo gástrico solo o con restos alimentarios”, y precisan que “es muy difícil de prevenir”. Ponen de manifiesto que tiene tres tipos de consecuencias: “Obstrucción de la vía aérea por el mismo contenido que actúa como cuerpo extraño y puede producir una muerte súbita (...). Neumonitis química (...). Neumonía bacteriana por sobreinfección bacteriana de las lesiones que ha producido la quemadura química”. En el caso que nos ocupa “la enferma estaba en tratamiento con Pantoprazol/Omeprazol y no tenía sonda nasogástrica, que son las únicas medidas que se pueden hacer para disminuir las consecuencias de la broncoaspiración./ En esta enferma la secuencia más probable fue la siguiente: sufrió una broncoaspiración con infección secundaria que dio lugar a una neumonía bacteriana, sepsis grave y muerte a pesar del tratamiento antibiótico con Levofloxacino”.

Por lo que se refiere a la “actuación negligente” imputada por el reclamante, afirman que “no existía indicación de ingreso, por lo que se hizo el tratamiento indicado desde Urgencias, ajustando el tratamiento basal que era amplio porque se trataba de una enferma con panhipopituitarismo y necesitaba medicación sustitutiva (corticoides y hormona tiroidea). En las hojas de evolución clínica y de enfermería durante las primeras 30 horas de ingreso hay seis anotaciones indicando que no hay incidencias. No era necesaria ninguna exploración complementaria diferente de las que se hicieron y que proporcionaban suficiente información de su situación y que no mostraba alteraciones significativas”.

En cuanto a la negativa al ingreso, reiteran que “no existía indicación de ingreso”, y que este se hizo “por la presión familiar”. Como riesgos de la hospitalización enumeran los siguientes: infecciones, estado confusional y empeoramiento del deterioro funcional que persiste después del alta. Según los especialistas, “en general hay que valorar siempre los beneficios de la hospitalización frente a los riesgos, y no deben ingresar las personas en las que la hospitalización no suponga ningún beneficio. Esta enferma no necesitaba la hospitalización para el tratamiento de la agudización de las bronquiectasias y tenía un gran riesgo de presentar complicaciones de la estancia en el hospital. Por ello en Urgencias se actuó correctamente indicando el alta de la paciente a su domicilio”.

Concluyen que “la actuación seguida con esta paciente ha sido correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*”.

8. Mediante escrito notificado al reclamante el 20 de octubre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 26 de octubre de 2017, la representante del interesado se persona en las dependencias administrativas para examinar el expediente y se le entrega un CD que contiene una copia de los documentos que obran en él. Acompaña un poder notarial de representación.

Con fecha 8 de noviembre de 2017, el interesado presenta un escrito de alegaciones en el Registro General de la Delegación del Gobierno en Asturias dirigido al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios. En él reitera que el fallecimiento se produjo “como consecuencia de la mala praxis de los médicos del hospital, cuyos diagnósticos fueron equivocados”, y pone de manifiesto que “los profesionales diagnosticaron un estreñimiento cuyo único tratamiento fue la dieta blanda y laxantes vía rectal (...), además de una medicina cada 8 horas hasta conseguir la deposición efectiva”. Sostiene que “la muerte (...) no fue producida por un estreñimiento, por lo que el diagnóstico dado por el cuerpo médico fue erróneo, además de que para llegar a un

diagnóstico correcto debieron realizarse las pruebas pertinentes para detectar cuál era la dolencia concreta de la paciente y evitar su muerte”.

Afirma que “si se hubieran realizado las pruebas necesarias para establecer un diagnóstico adecuado quizás se hubiera podido evitar su muerte, o al menos constar la pérdida de oportunidad de la causante”.

Tras señalar que “la medicina es una profesión de medios y no de resultado (...), no se trata de juzgar si de haber llegado al diagnóstico correcto (...) hubiera fallecido de todas formas, sino de que el facultativo médico debió llegar al diagnóstico correcto, y, en todo caso, debió poner todos los medios de los que dispusiera para lograrlo, independientemente de cuál fuera la consecuencia una vez logrado este”.

Finalmente, considera que el hecho de que el informe médico-pericial concluya que la muerte “probablemente haya sido debida a una broncoaspiración (...) es indicativo de una falta de estudio sobre el asunto concreto”.

9. El día 17 de noviembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

10. Con fecha 21 de noviembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona que “en el presente caso la asistencia prestada a la paciente fue acorde a la *lex artis*. Se pusieron a disposición de la paciente los medios diagnósticos adecuados a la sintomatología que presentaba y que permitieron un diagnóstico correcto de bronquiectasias, no encontrándose patología que justificase el ingreso en sus atenciones en el Servicio de Urgencias. El fallecimiento se produjo por un shock séptico secundario a una neumonía por una probable broncoaspiración en el segundo día del ingreso, dadas las condensaciones pulmonares bilaterales apreciadas en la radiografía de tórax”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de diciembre 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), está el interesado activamente legitimado 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 de las

Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 21 de febrero de 2017, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de su familiar- el día 21 de febrero de 2016, por lo que basta con acudir al principio del *dies a quo non computatur in termino*, conforme a su interpretación jurisprudencial, para concluir que la acción se ha ejercitado 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 del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, observamos que el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas indica erróneamente al interesado la necesidad de que la letrada que pretenda “actuar en su nombre” acredite previamente su “legitimación”, cuando en realidad se está refiriendo a la representación, a tenor de lo dispuesto en el artículo 5 de la LPAC.

También advertimos que la Gerencia del Área Sanitaria VII no incluye en la historia clínica remitida los informes del Servicio de Urgencias correspondientes a los días 6 y 12 de febrero de 2016. Al respecto, debe recordarse la necesidad de que la historia clínica remitida por el servicio público sanitario incorpore todos los informes relativos al proceso de referencia.

Asimismo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la 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 una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de una paciente que su hijo atribuye a una negligente actuación del servicio público sanitario.

Del examen del expediente resulta acreditado que el óbito de la enferma se produjo durante su ingreso en un hospital público, por lo que cabe presumir que la muerte ha causado en el descendiente de la finada un daño moral cierto.

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*. Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, el reclamante no desarrolla actividad probatoria alguna al respecto. En consecuencia, dado que en el procedimiento administrativo que analizamos aquel no ejercita el derecho que la ley le confiere a presentar pruebas o pericias que apoyen sus imputaciones, este Consejo Consultivo habrá de formar su convicción sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente.

En el escrito inicial el interesado se limita a exponer sintéticamente el curso clínico de su madre, reprochando al personal sanitario del Hospital la falta de pruebas diagnósticas, así como su "negligente actuación". Sin embargo, no concreta qué relación existe entre el fallecimiento de su madre y la actuación del servicio público sanitario, lo que motiva el requerimiento formulado por el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas con el propósito de que especifique dicho nexo causal. Su contestación se constriñe a sostener que la negligencia asistencial consistió en que el día 20 de febrero de 2016, cuando su madre acude de nuevo al Servicio de Urgencias, tras ser diagnosticada de "agudización bronquial" se le dio el alta

médica “sin realizar más pruebas”, a pesar del “cuadro clínico que presentaba”, produciéndose el fallecimiento “a las pocas horas”.

De la documentación obrante en el expediente se desprende que la perjudicada, de 84 años, presentaba múltiples antecedentes personales (dependiente, parálisis facial periférica, hiperlipemia, hiperglucemia esteroidea, silla turca vacía con panhipopituitarismo que presenta afectación de ejes suprarrenales, tiroideo y gonadal, polimialgia reumática en remisión, síndrome de Tolosa-Hunt) y estaba diagnosticada de patrón intersticial pulmonar con bronquiectasias -en seguimiento por el Servicio de Neumología-. Según el informe clínico aportado por el interesado, el día 20 de febrero de 2016 su madre acude al Servicio de Urgencias del Hospital por “cuadro de varios días de evolución de tos con expectoración blanquecina, con empeoramiento esta noche y aumento de su disnea habitual”, siendo diagnosticada de “agudización bronquial”, aunque en la radiografía de tórax no se objetivaron cambios respecto a las previas. Asimismo, consta en el informe que es la familia de la paciente quien, mostrándose muy “demandante” -con “falta de respeto al personal del Servicio con continuos insultos hacia la profesión médica”-, solicita el ingreso hospitalario y “no aceptan alta domiciliaria”, lo que da lugar al ingreso de aquella en el Servicio de Medicina Interna.

Al respecto, el Director del Área de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital explica en el informe elaborado con ocasión de la reclamación que recomendar el alta hospitalaria fue “correcto”, al no existir “evidencias en la exploración ni en las pruebas complementarias que sugieran necesidad de ingreso hospitalario o aparición de signos de alarma”. En idéntico sentido se pronuncian los especialistas en Medicina Interna que informan a instancias de la compañía aseguradora, quienes, tras exponer cuáles son las indicaciones de ingreso en una agudización de bronquiectasias (insuficiencia respiratoria, sepsis grave, hemoptisis, afectación grave del estado general, necesidad de medicación intravenosa), concluyen que no concurría ninguna de ellas en aquel momento. Además, añaden que debe tenerse en cuenta que la hospitalización conlleva una serie de riesgos, tales como “infecciones, estado confusional y

empeoramiento del deterioro funcional que persiste después del alta”, por lo que se deben “valorar siempre los beneficios de la hospitalización frente a los riesgos, y no deben ingresar las personas en las que la hospitalización no suponga ningún beneficio”. En consecuencia, consideran que “esta enferma no necesitaba la hospitalización para el tratamiento de la agudización de las bronquiectasias y tenía un gran riesgo de presentar complicaciones de la estancia en el hospital. Por ello, en Urgencias se actuó correctamente indicando el alta de la paciente a su domicilio”.

En cuanto al fallecimiento, según el informe de exitus, los diagnósticos principales fueron de: “Obstrucción crónica al flujo aéreo moderada./ Bronquiectasias y lesiones residuales en LSD./ Neumonía bibasal en probable relación con episodio agudo de broncoaspiración./ *Exitus letalis*”. Según el informe médico-pericial, “la enferma estaba en tratamiento con Pantoprazol/Omeprazol y no tenía sonda nasogástrica, que son las únicas medidas que se pueden hacer para disminuir las consecuencias de la broncoaspiración”, y añaden que la broncoaspiración puede tener tres tipos de consecuencias: “Obstrucción de la vía aérea (...) y puede producir una muerte súbita (...). Neumonitis química (...). Neumonía bacteriana por sobreinfección bacteriana de las lesiones que ha producido la quemadura química”. Con base en ello, creen que lo más probable es que la paciente sufriera “una broncoaspiración con infección secundaria que dio lugar a una neumonía bacteriana, sepsis grave y muerte a pesar del tratamiento antibiótico con Levofloxacino”. De lo anterior parece inferirse que el detonante del fallecimiento fue la broncoaspiración, cuyo carácter súbito y la ausencia de medidas que impidan su aparición imposibilita su diagnóstico anticipado.

Tampoco puede compartirse la tesis planteada por el reclamante en su escrito de alegaciones, según el cual “la muerte (...) no fue producida por un estreñimiento, por lo que el diagnóstico dado por el cuerpo médico fue erróneo”. Tal y como consta en los informes médicos que él mismo aporta, la perjudicada acudió los días 6 y 12 de febrero de 2016 al Servicio de Urgencias, donde tras la realización de diversas pruebas y teniendo en cuenta la

sintomatología referida (dolor abdominal, refiere no defecar) fue diagnosticada y tratada para el estreñimiento. Por tanto, tal y como ha quedado indicado, la paciente sufrió varios episodios de estreñimiento que fueron correctamente detectados y tratados, lo que unido al hecho de que en el informe de exitus no se incluya esta dolencia como causa de fallecimiento impide apreciar la existencia de un error diagnóstico como pretende el interesado.

Todos los informes incorporados al expediente defienden la correcta actuación de los profesionales que la atendieron, quienes -en palabras del Director del Área de Gestión Clínica de Urgencias- dispensaron a la paciente una atención “de absoluto respeto y cuidado, absolutamente reflexiva (repitiendo pruebas para ver evolución)”, adoptando “todas las cautelas necesarias (valoración evolutiva por su médico y posibilidad de volver a Urgencias si empeoramiento)”. Asegura que “en cada una de las ocasiones (en) que fue valorada en Urgencias” se realizaron y repitieron las pruebas diagnósticas, definiendo “todas las medidas y controles necesarios para el bienestar de la paciente”. Por su parte, los especialistas que informan a instancia de la compañía aseguradora afirman que “no era necesaria ninguna exploración complementaria diferente de las que se hicieron y que proporcionaban suficiente información de su situación y que no mostraba alteraciones significativas”.

En definitiva, este Consejo entiende, y así lo ha manifestado en anteriores dictámenes, 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. En el caso aquí examinado el fallecimiento se anuda a una neumonía bibasal en probable relación con un episodio agudo de broncoaspiración sufrido por la paciente y a la progresión de su patología de base -téngase en cuenta que tenía “bronquiectasias” y que en el informe clínico de 17 de marzo de 2016 figura “exitus letalis”-, sin que se acredite ninguna actuación de los profesionales que le atendieron contraria al buen quehacer médico o disconforme con la *lex artis*, pues tanto su conducta

como la práctica de las correspondientes pruebas se ajustaron a la sintomatología que presentó en cada momento.

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,