

Expediente Núm. 250/2018
Dictamen Núm. 18/2019

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 17 de enero de 2019, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 14 de septiembre de 2018 -registrada de entrada el día 26 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que atribuye a la suspensión de un tratamiento anticoagulante.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 24 de enero de 2017, la interesada presenta en el registro de una Oficina de Empleo de la Junta de Castilla y León una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias- por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida.

Expone que "el día 18 de diciembre de 2015 sufrí una caída accidental en mi domicilio con el resultado de fractura subcapital de húmero izquierdo y fractura de tibia y peroné izquierdos./ A la espera de ser intervenida quedé ingresada en el Hospital `X` (...). La cirugía se fue demorando por coincidir en aquellas fechas con las fiestas navideñas. A la espera de realizar la intervención quirúrgica, sin que se hubiera fijado fecha para la misma, se me suspendió el tratamiento con Sintrom sin que se pautara ninguna heparina sustitutoria".

Manifiesta que el "6 de enero de 2016, estando todavía hospitalizada", tuvo un accidente cerebrovascular, por lo que fue trasladada al Hospital `Y`, donde se le realizó una "trombectomía mecánica para recanalización", permaneciendo ingresada en la UCI durante dos semanas.

En cuanto a las lesiones que la habían llevado a ingresar en el Hospital "X" el 18 de diciembre de 2015, refiere que "los Servicios de Traumatología y Rehabilitación desestimaron la intervención quirúrgica dada la situación (...) en que me encontraba, optando por tratamiento ortopédico mediante la colocación de un fijador externo y bota de yeso, procedimiento que se realizó el día 4 de marzo de 2016", y precisa que el 11 de marzo de ese año recibió el alta "con indicación de rehabilitación domiciliaria".

Afirma que como consecuencia del accidente cerebrovascular presenta "graves limitaciones funcionales", reconociéndosele un grado de discapacidad del 68 %, y pone de relieve que en la actualidad es su esposo quien se encarga de atenderla "en todas las necesidades de la vida diaria". Refiere, asimismo, "pérdidas de memoria (...), alteración de la personalidad y cambios bruscos de humor".

Denuncia que "siendo conocidos mis antecedentes y situación de anticoagulación por Sintrom desde hace 10 años se debieron extremar las precauciones al ordenar la retirada de dicho fármaco, ante la situación de riesgo que se creaba con dicha decisión médica (...). Se me colocó en situación de riesgo cierto de sufrir una embolia, como la que finalmente acaeció, cuando además ni la cirugía era urgente ni tenía fecha prevista para su realización". También reprocha que no existiera "un control de la coagulación durante todo

ese tiempo". La interesada considera que nos encontramos ante una "imprudencia asistencial muy grave, al colocar a una paciente en una situación de evidente riesgo vital, o cuando menos de sufrir lesiones importantísimas como las finalmente acaecidas".

En cuanto a valoración económica del daño, indica no poder fijar en ese momento la cuantía indemnizatoria dado que aún se encuentra bajo tratamiento médico-rehabilitador, pero que en todo caso deberá incluir "el periodo de curación total", las "secuelas resultantes" y los "perjuicios derivados de tales secuelas", así como los "costes" sanitarios, la "necesidad de asistencia de tercera persona" y el "daño moral derivado para su familia".

Finalmente, interesa que se incorporen al expediente las historias clínicas obrantes en el Hospital "X" relativa al periodo comprendido entre el 18 de diciembre de 2015 y el 7 de enero de 2016 y en el Servicio de Rehabilitación del mismo centro. Asimismo, anuncia que una vez vista la documentación solicitada presentará un informe médico-pericial.

Adjunta a su escrito los siguientes documentos: a) Informes clínicos. b) Resolución de 26 de julio de 2016 de la Consejería de Servicios y Derechos Sociales por la que se le reconoce un grado de discapacidad del 68 %.

2. El día 31 de enero 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 oficio de 8 de febrero de 2017, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios actuante solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V una copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia, así como un informe del Servicio de Traumatología sobre el concreto contenido de la reclamación.

4. El día 14 de febrero de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios designa al Inspector de Prestaciones Sanitarias que actuará en el presente procedimiento.

5. Con la misma fecha, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio -27 de enero de 2017-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

6. Mediante escrito de 17 de marzo de 2017, el Gerente del Área Sanitaria V envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el parte de reclamación y un CD que contiene la historia clínica de la interesada y el informe elaborado por los Servicios intervinientes. En el primero de ellos, suscrito por un especialista del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación el 2 de marzo de 2017, se recoge la asistencia dispensada a la paciente y se indica que “tras revisar la historia clínica, y de acuerdo con los tiempos de evolución de los procesos sufridos, consideramos que la situación clínica se encuentra estabilizada con las secuelas anteriormente referidas. En estas circunstancias se aconseja continuar con medidas domiciliarias, como consta en el informe de alta”.

Por su parte, el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital “X” consigna, en su informe de 14 de marzo de 2017, y como antecedentes de la paciente, que se encuentra “anticoagulada (Sintrom) desde 2005 tras ACV embólico”. Señala que con fecha 30 de diciembre de 2015 “se interviene quirúrgicamente a nivel de pilón colocando un fijador externo en distracción”, que el día 6 de enero de 2016 “sufre aparición brusca de disartria y desviación comisura que valorado por Neurología y tras los estudios correspondientes queda catalogado como ictus isquémico” y que el 7 de enero de 2016 se traslada al Hospital “Y”, “donde se re canaliza”. Precisa que a su reingreso en el Hospital “X” “es controlada en Neurología, Rehabilitación y Traumatología”, y que el 4 de marzo de 2016 “se retira fijador externo. Yeso hasta consolidación de la fractura en mayo de 2016”.

Sobre la terapia anticoagulante, manifiesta que es "falso" que no se pautara heparina sustitutoria, ya que "consta en (la) historia clínica la sustitución desde el primer día del citado Sintrom por Enoxaparina 60", y que se efectuó "una consulta a Hematología que fue contestada el 21 de diciembre. En esa consulta el hematólogo escribe en la historia `mantener Enoxaparina a misma dosis´".

Indica que también es "falso" que nunca se programara la cirugía de tobillo, puesto que "en los datos de (la) historia clínica consta como programada para el día 29 de diciembre, motivo por el cual se suspendió el Sintrom desde el primer día. Las malas condiciones de la piel obligaron al equipo quirúrgico a cambiar de estrategia. La paciente fue operada el día 30 de diciembre reduciendo la fractura y manteniendo los fragmentos mediante un fijador externo. Como es habitual en estos casos la idea es que el fijador nos estabilice la fractura en las mejores condiciones posibles para realizar una fijación interna definitiva cuando las condiciones locales de la piel lo permitan. Con esta finalidad se fijó el 11 de enero como fecha para la osteosíntesis. El ictus sufrido el día 6 de enero impediría esta cirugía".

Por último, señala que "es cierto que el 4 y 5 de enero no se le administró la heparina a pesar de que en las órdenes médicas en ningún momento se dejó de pautar, según se puede comprobar en la historia clínica. Desconocemos el motivo por el que no se le suministró, aunque suponemos (que) por algún error informático en esa fase de inicio de la historia electrónica la orden no llegó a la pantalla de enfermería".

7. El día 30 de marzo 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.

8. Con fecha 4 de octubre de 2017, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado un escrito en el que la interesada solicita una

“copia de todo lo actuado”, y reitera que se incorpore al expediente la historia clínica obrante en el Hospital “X”.

Mediante oficio de 11 de octubre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios traslada a la reclamante una copia íntegra del expediente.

9. Obra incorporado a aquel, a continuación, un informe médico-pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por tres especialistas en Medicina Interna. En él, tras describir la asistencia prestada a la paciente y formular una serie de consideraciones médicas sobre el infarto cerebral, señalan que la paciente “presentó un ictus con aparición de hemiplejía izquierda y las características del mismo sugieren una embolia más bien que una trombosis, ya que el ictus apareció en presencia de una fibrilación auricular y tras la supresión de la anticoagulación durante dos días”. Añaden que aunque “en esta enferma existía indicación de anticoagulación (...) el riesgo de embolia no era alto, sino intermedio” (aplicando la escala CHADS), por lo que “sorprende que la falta de administración de una sola dosis de Enoxaparina diese lugar a la aparición de ictus”.

Sobre la resolución del ictus, indican que “se activó el código ictus pero se desactivó tras realizar un angioTAC craneal que mostró que no existía área de penumbra”, que -explican- “es la zona que hay alrededor de la zona infartada en la que la circulación está comprometida pero es posible recuperarla, sin infartarse, si se actúa a tiempo. Además, la paciente tenía fracturas recientes, lo que es una contraindicación para hacer fibrinólisis. Por ello se realizó trombectomía mecánica que consiste en meter un catéter en la arteria obstruida (la cerebral media derecha) y deshacer el trombo”.

Consideran que “las secuelas del ictus son moderadas”, precisando que gran parte de ellas “no están en relación con el ictus sino con las fracturas y la cardiopatía previa”. Afirman que “desde el punto de vista motor hay una mínima pérdida de fuerza en miembros izquierdos, ya que la fuerza es más de 4 sobre un máximo de 5. La paciente camina con ayuda de un bastón. Aunque no

se indica con claridad en la documentación, parece (que) esta necesidad de bastón es por la fractura del pilón tibial, siendo necesario (...) para disminuir la carga sobre el tobillo izquierdo. El brazo izquierdo tiene una disminución de la anteropulsión pero ello no es debido al ictus sino a la fractura de húmero que fue tratada de forma conservadora, decisión tomada antes del ictus. La secuela principal parece la facilidad para atragantarse por parálisis laríngea para la que se solicitó tratamiento al foniatra en febrero de 2017. En la resolución de reconocimiento del 68 % de discapacidad se incluye disminución de la eficiencia visual por ACV. Sin embargo, en la documentación no hay ningún otro informe en el que se haga referencia a este déficit, cuya naturaleza no podemos por tanto valorar”.

10. Mediante escrito notificado a la reclamante el 23 de enero de 2018, 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 día 12 de febrero de 2018, se recibe en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que la interesada reitera que “el origen del ictus sufrido fue la patología cardioembólica de base que padecía” y de la que estuvo “sin tratamiento anticoagulante durante dos días. Los médicos informantes reconocen que el ictus embólico ocurrió en el contexto de una fibrilación auricular no anticoagulada./ De haber estado correctamente tratada con anticoagulantes (...), como habían indicado los médicos, se hubiese evitado el desenlace final (ictus)”.

En cuanto a la valoración de los daños padecidos, recuerda que “tras sufrir el ictus se desecha la segunda cirugía para osteosíntesis, por lo que únicamente me queda la posibilidad de tratamiento ortopédico y rehabilitador”. En relación con ello, manifiesta que “la pérdida de la oportunidad de esa segunda cirugía de osteosíntesis implica un mayor periodo de incapacidad temporal tras el ictus (...). Puesto que debí realizar tratamiento ortopédico con bota de yeso hasta el día 11-05-2016, y posteriormente de rehabilitación hasta

el día 2-02-2017, fecha en que soy dada de alta por el Servicio de Rehabilitación, continuando con tratamiento de fisioterapia, rehabilitación y logopedia por mi cuenta en centros privados”. Añade que como consecuencia del ictus actualmente presenta “hemiparesia izquierda (...), hemianopsia homónima izquierda (...), parálisis laríngea derecha, disfagia (y) episodio depresivo prolongado”.

De conformidad con el baremo fijado en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación, solicita una indemnización de doscientos cuarenta y nueve mil trescientos ochenta y siete euros con cuarenta y dos céntimos (249.387,42 €), que desglosa en los siguientes conceptos: perjuicio fisiológico, por hemiparesia izquierda leve (15 puntos), afectación del nervio glosofaríngeo (5 puntos), trastornos permanentes del humor (11 puntos), hemianopsias (20 puntos), 77.142,11 €; periodo de incapacidad temporal, 393 días, de los cuales 21 se consideran como perjuicio personal particular por pérdida de la calidad de vida “muy grave”, 42 como “grave” y 150 como “moderado”, 13.082,31 €, a los que añade 400 € por perjuicio personal particular por intervención quirúrgica; perjuicio moral por pérdida de calidad de vida derivado de secuelas que ha de considerarse “de entidad grave”, pues tiene reconocido un grado de discapacidad del 68 % (limitación funcional en miembro superior e inferior por fracturas de hombro y tobillo izquierdos, hemiparesia izquierda, disminución de eficacia visual y enfermedad del aparato circulatorio), 68.000 €, perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de familiares, puesto que desde que sufrió el accidente cerebrovascular es su esposo el que se encarga de realizar “todas las tareas (...), además de ayudarme en las actividades más básicas de mi vida diaria (aseo, vestido, etc.)”, 90.000 €, y diversos gastos derivados del tratamiento rehabilitador, fisioterápico y logopédico que realiza en centros privados, aunque deja esta partida indemnizatoria “diferida” al momento en que las adaptaciones en baño y otras estancias de la vivienda sean acometidas, “interesando entonces su coste tras la debida acreditación”.

Adjunta los siguientes documentos: a) Informes médicos. b) Certificado de pertenencia a la Unión de Discapacitados del Principado de Asturias (cuota anual 35 €). c) Certificado de COCEMFE-Asturias de asistencia a los servicios de fisioterapia y logopedia y recibos por importe de 48 y 39 €. d) Facturas de una clínica privada de fisioterapia.

11. El día 14 de febrero de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

12. Mediante escrito de 13 de marzo de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas solicita a la correduría de seguros una valoración del daño corporal en la que se concrete la cuantía indemnizatoria tras la valoración de las alegaciones formuladas.

El 4 de julio de 2018 se recibe el dictamen elaborado por una especialista en Medicina Interna con fecha 22 de mayo de 2018 relativo a la valoración del daño. En el apartado relativo a observaciones se indica que "la paciente ha sufrido un ACV que ha curado con una mínima hemiparesia y al alta de rehabilitación, el 2-2-2017, se constata ausencia de paresia y solo persiste pérdida de sensibilidad. Las leves secuelas que le han quedado tras el alta derivan mayoritariamente de la fractura de tobillo y de hombro previas al ACV, que fueron motivo del ingreso en el Hospital `X`".

En cuanto a los días de curación, "se puede alargar la estabilidad hasta el alta de rehabilitación, el 2-2-2017. Pero hay que tener en cuenta que la hemiparesia secundaria al ACV fue muy leve y que la rehabilitación fue básicamente derivada de las fracturas; por lo tanto solo serían indemnizables los días de recuperación exclusivamente por el episodio de ACV, ya que los días de rehabilitación no se han visto aumentados por el proceso neurológico sino que corresponden a las lesiones ortopédicas derivadas de la caída que ocasionó el ingreso inicial. Por lo tanto, los días de hospitalización secundarios al ACV, del 6-01 (al) 29-01-2016 (perjuicio personal grave), 23 días".

Respecto a las secuelas, reconoce la existencia de "hemiparesia izquierda muy leve", y precisa que "en el informe de rehabilitación se constata que no hay paresia, solo déficit sensitivo: 15 puntos. Mínima paresia laríngea superior izquierda: 5 puntos. Trastorno distímico con pérdida de memoria y tristeza que precisó seguimiento posterior: 3 puntos./ Perjuicio estético: ligero, ya que la paciente lleva bastón derivado de la lesión del pilón tibial no del daño neurológico por el ictus, que solo le produce una hemiparesia muy leve: 4 puntos".

Finalmente, en cuanto al lucro cesante, reseña que "según los informes en junio de 2016 ya hace las camas y la comida, y en diciembre los familiares refieren que se encuentra prácticamente igual (que) antes salvo una afonía posictus. Por lo tanto, no podemos considerar que la paciente presente lesiones permanentes que condicionen una discapacidad". Por ello propone indemnizar a la interesada con 32.058,42 € (27.331,76 € por secuelas, 3.001,66 € por perjuicio estético, y 1.725 € por 23 días de perjuicio personal por pérdida de la calidad de vida en grado grave).

13. Mediante oficio de 4 de julio de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la reclamante la apertura de un segundo trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El día 23 de julio de 2018, la perjudicada examina el expediente y se le hace entrega de un CD que contiene una copia de los documentos de que consta a día de la fecha.

Mediante escrito de 14 de agosto de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la correduría de seguros que ha transcurrido el plazo establecido para presentar alegaciones sin que se hayan recibido.

14. Con fecha 30 de agosto de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido parcialmente estimatorio, al reconocer que "no es descartable la

existencia de un nexo causal entre la ausencia de medicación y el ACV de un posible origen cardioembólico”, puesto que “la Enoxaparina dejó de administrarse, por razones desconocidas, el día 5 de enero; el día 6 se volvió a administrar y entonces tuvo el ictus isquémico”.

En cuanto a la indemnización, propone que la reclamante sea indemnizada en la cantidad de 32.058,42 €, asumiendo las consideraciones que figuran en el dictamen elaborado por la compañía aseguradora el 22 de mayo de 2018.

15. En este estado de tramitación, mediante escrito de 14 de septiembre de 2018, 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 la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 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 24 de enero de 2017, habiendo concluido el ingreso hospitalario durante el que se dispensó la asistencia por la que se reclama el día 11 de marzo de 2016 (según consta en el informe de alta del Servicio de Traumatología del Hospital “X” que figura en la historia clínica), por lo que es claro que ha sido 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 del servicio afectado, 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 21.1 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 y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se reclama una indemnización por los daños que se atribuyen a la suspensión de un tratamiento anticoagulante.

De la documentación remitida se desprende que la paciente ingresa en el Servicio de Traumatología del Hospital "X" el 18 de diciembre de 2015 por fractura en húmero izquierdo y en pilón tibial tras caída accidental, programándose intervención quirúrgica. Durante el ingreso se pauta tratamiento sustitutorio del "Sintrom" -"Enoxaparina 60"-, aunque no se le administró los días 4 y 5 de enero de 2016, sufriendo al día siguiente un ictus isquémico que motivó su traslado al Hospital "Y" para realizar procedimiento recanalizador mediante trombectomía, que finalmente fue resuelto con secuelas. Por tanto, la realidad del daño alegado ha quedado acreditada con los informes médicos obrantes en el expediente, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

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*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. 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 un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. 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 el caso que nos ocupa, la reclamante acude el 18 de diciembre de 2015 al Servicio de Traumatología del Hospital "X" tras sufrir una caída casual en su domicilio, presentando fracturas de pilón tibial y húmero izquierdo, por lo que la dejan hospitalizada a la espera ser intervenida, pautándosele durante el ingreso tratamiento anticoagulante sustitutorio del Sintrom (Enoxaparina 60) dados sus antecedentes (fibrilación auricular paroxística y anticoagulada desde el año 2005 tras sufrir un accidente cerebrovascular embólico). El 6 de enero de 2016 -durante el ingreso- sufre un ictus isquémico en territorio de ACM derecha y cerebelo derecho de probable etiología cardioembólica. La reclamante reprocha a ese Servicio la suspensión del tratamiento con Sintrom "sin que se pautara ninguna heparina sustitutoria", pese a ser conocidos sus "antecedentes y situación de anticoagulación por Sintrom desde hace 10 años", lo que la colocó "en una situación de evidente riesgo vital" cuando "ni la cirugía era urgente ni tenía fecha prevista para su realización". Y también reprocha que no existiera "un control de la coagulación durante todo este tiempo".

Ante estas afirmaciones, el Jefe del Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología señala que, según consta en la historia clínica de la paciente, se procedió a "la sustitución desde el primer día del citado Sintrom por Enoxaparina 60" y a efectuar "una consulta a Hematología que fue contestada el 21 de diciembre. En esa consulta el hematólogo escribe en la historia `mantener Enoxaparina a misma dosis´". No obstante, reconoce que "el 4 y 5 de enero no se le administró la heparina a pesar de que en las órdenes médicas en ningún momento se dejó de pautar, según se puede comprobar en la historia clínica", y manifiesta desconocer el motivo por el que no se le suministró, suponiendo que pudo deberse a que "por algún error informático en esa fase de inicio de la historia electrónica la orden no llegó a la pantalla de enfermería".

En este contexto, y dado que la Administración no ofrece ninguna explicación alternativa que justifique el infarto cerebral que sufrió la perjudicada, concluimos que la no administración durante dos días del tratamiento anticoagulante pautado constituye una mala praxis sanitaria que

determinó la aparición del ictus isquémico cuyas secuelas son objeto de la presente reclamación. Lo anterior avala la propuesta estimatoria formulada por la Administración sanitaria, que comparte este Consejo.

Ahora bien, debemos precisar que no todos los daños invocados por la reclamante pueden anudarse al infarto cerebral y, por ende, a la actuación del servicio público sanitario. En primer lugar, la cirugía no se retrasó por coincidir con las fiestas navideñas, como sostiene aquella, ya que el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología explica que “en los datos de (la) historia clínica consta como programada para el día 29 de diciembre, motivo por el cual se suspendió el Sintrom desde el primer día”. Añade que “las malas condiciones de la piel obligaron al equipo quirúrgico a cambiar de estrategia”, por lo que “fue operada el día 30 de diciembre reduciendo la fractura y manteniendo los fragmentos mediante un fijador externo. Como es habitual en estos casos la idea es que el fijador nos estabilice la fractura en las mejores condiciones posibles para realizar una fijación interna definitiva cuando las condiciones locales de la piel lo permitan. Con esta finalidad se fijó el 11 de enero como fecha para la osteosíntesis”. Es cierto que el ictus sufrido el día 6 de enero de 2016 impediría esa cirugía, pero no existen datos objetivos que permitan concluir qué proceso curativo de las lesiones traumáticas hubiera cursado de manera distinta de no haberse producido el accidente cerebrovascular. Por otro lado, en la reclamación se afirma que la intervención no se realizó finalmente por el estado en el que quedó la paciente, pero según se indica en el informe pericial que aporta la Administración sanitaria “esta no fue la razón, sino que debido a la fijación externa prolongada la fractura de pilón tibial había comenzado a consolidar, por lo que no se consideró necesario someter a la paciente a la intervención ya que la fractura estaba evolucionando favorablemente, y únicamente se le sedó para quitar el fijador externo con el que había estado ese tiempo”. Además, las imputaciones relativas a la pérdida de oportunidad terapéutica en relación con la osteosíntesis que la reclamante alega carecen de soporte probatorio que acredite su existencia, por lo que este Consejo Consultivo ha de resolver sobre la base de los informes técnico-

médicos que obran en el expediente y que la perjudicada no ha discutido con ocasión del trámite de audiencia.

SÉPTIMA.- Tras lo señalado, solo nos queda pronunciarnos sobre la cuantía indemnizatoria que ha de reconocerse a la reclamante.

Como hemos manifestado en ocasiones precedentes, para el cálculo de la indemnización correspondiente a los conceptos resarcibles parece apropiado servirse del sistema establecido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación, que, si bien no es de aplicación obligatoria, viene siendo generalmente utilizado, con carácter subsidiario, a falta de otros criterios objetivos. Las cuantías indemnizatorias a tener en cuenta son las previstas para el año en curso según lo establecido en la Resolución de 25 de julio de 2018, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones actualizadas del sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (*Boletín Oficial del Estado* de 13 de agosto de 2018).

La perjudicada estima los daños padecidos en la cantidad de 249.387,42 €, que desglosa en los siguientes conceptos: 46 puntos de secuelas concurrentes, 77.142,11 €; periodo de incapacidad temporal, que fija en 213 días, 13.082,31 €; perjuicio personal particular por intervención quirúrgica, 400 €; perjuicio personal particular por secuelas, 68.000 €, y perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de familiares, 90.000 €.

Por su parte, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas propone resarcir a la interesada con una cuantía de 32.058,42 € en atención a las observaciones formuladas por la compañía aseguradora.

Dado que existe discrepancia sobre la cantidad en que debe fijarse la indemnización, fruto de la diferente valoración atribuida a los daños invocados por la reclamante, debemos verificar cuáles han sido efectivamente acreditados.

En primer lugar, por lo que respecta a las secuelas, no hay discordancia sobre la existencia y puntuación relativas a la hemiparesia izquierda ni a la afectación del nervio glossofaríngeo (valoradas por ambas partes con 15 y 5 puntos, respectivamente). En cuanto a los “trastornos permanentes del humor”, la facultativa que informa a instancias de la correduría de seguros le atribuye 3 puntos; valoración a la que se acoge este Consejo, dado que la misma no ha sido objeto de contradicción por la interesada en el trámite de audiencia. Por lo que se refiere a la disminución de la eficacia visual derivada del accidente cerebrovascular, en el informe del Servicio de Neurología del Hospital “X” se recoge que el día 1 de febrero de 2016 persistía la “inatención visual izda./hemianopsia” (folio 17), y en el dictamen técnico facultativo que motiva la resolución de discapacidad (folio 23) se constata que la paciente presenta “disminución de eficiencia visual por accidente cerebral vascular agudo”. Dado que no consta la recuperación de esta lesión, damos por acreditada la existencia de una hemianopsia, a la que la tabla 2.A.1 del baremo atribuye 20 puntos. Para determinar la valoración final de este concepto ha de aplicarse la fórmula prevista para las secuelas concurrentes (artículo 98), resultando un total de 38 puntos que, atendiendo a la edad de la lesionada -62 años-, arrojaría un total de 58.683,14 €.

En relación con el perjuicio estético valorado por la entidad aseguradora, y aceptado por la Administración, dado que la reclamante no invoca su existencia, ni la misma ha quedado acreditada, no procede indemnizarla por este concepto.

Sobre el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas, la afectada entiende que nos encontramos ante un perjuicio “de entidad grave”, toda vez que tiene reconocido un grado de discapacidad del 68 %. Por su parte, la Administración no tiene en cuenta este concepto para el cálculo de la indemnización, ya que la especialista que informa a instancias de la correduría de seguros sostiene que “según los informes en junio de 2016 ya hace las camas y la comida, y en diciembre los familiares refieren que se encuentra prácticamente igual que antes salvo una afonía posictus. Por lo tanto, no podemos considerar que la paciente presente lesiones permanentes

que condicionen una discapacidad”. En efecto, según las hojas de curso clínico de rehabilitación obrantes en la historia clínica consta que en junio de 2016 “va haciendo comida, camas”; en diciembre se anota que “está casi como antes, dice la hermana (...), parece que solo le queda una afonía posictus”; y en febrero de 2017 se constata una “buena evolución global” y “marcha independiente con bastón”. Ahora bien, sin perjuicio de la mejoría que pueda haber experimentado, no podemos desconocer que la interesada tiene reconocido un grado de discapacidad del 68 %, y que en el dictamen técnico que sirve de apoyo a la resolución de discapacidad (folio 23) se establece la existencia de una “hemiparesia izquierda” y una “disminución de eficiencia visual” por “accidente cerebral vascular”, mientras que la limitación funcional del brazo y la pierna se atribuyen al traumatismo sufrido antes de este. Por tanto, careciendo este Consejo de elementos de juicio para precisar la valoración de la secuela en el momento actual (que en el referido baremo puede ser muy grave, grave, moderada o leve, cuantificándose mediante una horquilla indemnizatoria que establece un mínimo y un máximo expresado en euros), el órgano consultante deberá llevar a cabo los actos de instrucción que resulten necesarios para su adecuada tasación.

Respecto al “perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de familiares”, la reclamante refiere que desde que sufrió el accidente cerebrovascular es su esposo el que se encarga de realizar “todas las tareas (...), además de ayudarme en las actividades más básicas de mi vida diaria (aseo, vestido, etc.)”. Ahora bien, no ha probado que se haya producido una merma en la calidad de vida de sus familiares, y además en el dictamen técnico facultativo emitido en el proceso de discapacidad consta que no necesita asistencia de tercera persona. No ha quedado acreditada, en consecuencia, una pérdida de la autonomía personal de la perjudicada que provoque una alteración sustancial en la vida de sus familiares.

A la cuantía resultante de la valoración de las secuelas deberá añadirse la correspondiente al tiempo de incapacidad temporal. Según el informe de traslado al Hospital “X” (folio 16), la paciente permaneció ingresada a cargo del

Servicio de Neurología del Hospital "Y" del 6 al 29 de enero de 2016, donde fue remitida para tratamiento del accidente cerebrovascular, reingresando posteriormente en el Servicio de Neurología del Hospital "X" hasta el 19 de febrero de 2016, fecha en que se traslada al Servicio de Traumatología de ese mismo centro para el tratamiento de las fracturas derivadas del traumatismo sufrido antes del ictus (informe del Servicio de Neurología de esa misma fecha). A la vista de ello, y de conformidad con el inciso final del artículo 138.3 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, que ejemplifica como perjuicio grave "la estancia hospitalaria", procede reconocerle una indemnización por el periodo comprendido entre la fecha del accidente cerebrovascular (6 de enero de 2016) y el día en que recibe el alta del Servicio de Neurología (19 de febrero de 2016) -44 días-, a razón de 76,39 € diarios. El resto de los días hasta completar el proceso de curación deben imputarse al tiempo empleado en la curación de las lesiones derivadas de la fractura.

Finalmente, debe reconocerse la existencia de un perjuicio personal particular causado por intervención quirúrgica. El baremo dispone (artículo 140) que este perjuicio personal "se indemniza con una cantidad situada entre el mínimo y el máximo establecido en la tabla 3.B, en atención a las características de la operación, complejidad de la técnica quirúrgica y tipo de anestesia". Dado que la reclamante cuantifica este concepto en 400 €, límite mínimo previsto en el baremo, estimamos procedente resarcir este concepto en la citada cuantía una vez actualizado su importe -407,41 euros-.

En definitiva, corresponde indemnizar a la interesada en la cuantía resultante de los siguientes conceptos: 38 puntos de secuelas (58.683,14 €), un perjuicio personal particular por pérdida temporal de la calidad de vida de carácter grave durante la estancia hospitalaria (3.361,16 €) y un perjuicio personal particular causado por la intervención quirúrgica (407,41 €). La cantidad resultante deber incrementarse con el importe correspondiente al grado en que se fije el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionado por las secuelas, según hemos señalado.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, estimando parcialmente la reclamación presentada por, indemnizarla en los términos expresados en el cuerpo de este dictamen.”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.