

Expediente Núm. 221/2018
Dictamen Núm. 40/2019

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 14 de febrero 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 29 de agosto de 2018 -registrada de entrada el día 3 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos a causa de un ictus hemorrágico que atribuye inicialmente a una pauta de tratamiento establecida por el sistema público sanitario que considera errónea.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 13 de diciembre de 2017, la representante del perjudicado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por las secuelas derivadas de un ictus hemorrágico producido, según afirma, a causa de una indicación farmacológica inadecuada.

Explica que los días 3 y 13 de diciembre de 2016 sufrió sendos síncope con pérdida de conciencia por los que fue atendido en el Servicio de Urgencias

del Hospital "X", y que con el alta tras la segunda atención, el día 16 de diciembre de 2016, se le indicó "suspender" el tratamiento que venía siguiendo desde hacía "más de 20 años", consistente en "los siguientes fármacos: Kalpress Plus (hipotensor), Metformina (tratamiento y prevención de diabetes) y Atenolol (hipotensor)", tras diagnosticársele un "síncope probablemente vaso vago en el contexto de cifras tensionales bajas", sin pautarle un tratamiento alternativo al alta hospitalaria ni "en los posteriores seguimientos por su médico de Atención Primaria".

Manifiesta que el 6 de mayo de 2017 "ingresa en la UVI por una hemorragia de GGBB derechos con vertido ventricular e hidrocefalia aguda de probable etiología hipertensiva", y que al alta "solo es capaz de comunicarse por la escritura (...). Sufre paresia facial central izquierda moderada (...). Hemiplejia izquierda hipotónica grave sin movilidad activa ni en miembro inferior ni en miembro superior (...). Sufre disfagia grave (...). Importante amiotrofia (...). Persiste con traqueotomía y cánula (...). Mal control de tronco (...). No bipedestación (...). Total dependencia para actividades de la vida diaria", como se recoge en los informes médicos que adjunta. Precisa que en el informe del alta hospitalaria se señala que "el periodo de rehabilitación para que pueda valerse por sí mismo para las actividades básicas de la vida diaria es de carácter indefinido".

Reseña que dada su dependencia al recibir el alta hospitalaria se traslada a un centro gerontológico, y que por Resolución de 3 de noviembre de 2017 la Consejería de Educación y Cultura lo declara en situación de jubilación por incapacidad permanente, pues era "profesor de instituto".

Por lo que se refiere a la relación de causalidad, afirma que la pauta de supresión del tratamiento hipertensivo sin alternativa constituye "una actuación sanitaria que se aleja de una correcta *lex artis* de la que se ha derivado un daño desproporcionado (...) consistente en una calidad de vida más deteriorada y un mayor riesgo para la supervivencia", y que la misma "ha sido el origen o la causa del accidente cerebrovascular" del que derivan los daños por los que reclama.

Por las lesiones sufridas solicita una indemnización de quinientos sesenta y cinco mil euros (565.000 €), cantidad que considera "suficientemente razonable y ponderada".

Adjunta, entre otros, los siguientes documentos: a) Escritura pública de poder general otorgada a favor de quien suscribe el escrito de solicitud. b) Diversos informes médicos relativos al proceso asistencial al que se refiere la reclamación. c) Contrato de admisión en un centro gerontológico. D) Dictamen evaluador del Equipo de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social, de 13 de septiembre de 2017. e) Resolución de jubilación por incapacidad permanente.

2. Mediante oficio de 10 de enero de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a la representante del 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.

3. Con fecha 12 de enero de 2018, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto comunica a la Gerencia del Área Sanitaria III la presentación de la reclamación y solicita un informe de "los servicios intervinientes (Medicina Interna y Neurología) en relación con el contenido de la reclamación, así como una copia de la historia clínica" del paciente.

4. Mediante oficio de 30 de enero de 2018, el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del perjudicado junto con los informes librados por el Jefe del Servicio de Medicina Interna y la Jefa de la Sección de Neurología del Hospital "X" con fechas 24 y 25 de enero de 2018, respectivamente.

En el informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna se expresa que "el paciente es un varón de 63 años en la actualidad con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia que acudió en dos

ocasiones por síncope en diciembre de 2016 al Hospital `X`. En la primera, el 03-12-16, fue atendido por el S.º de Urgencias sin ser visto por el S.º de Medicina Interna, recomendándosele específicamente control de glucemia capilar y cifras de tensión una vez al día en diferentes momentos, tal como consta en el informe clínico (...). Se recomienda, asimismo, control y revisión por su médico de Atención Primaria. En el segundo episodio el 13-12-16 el paciente fue ingresado, siendo atendido en la Sección de Medicina Interna, completándose el estudio con ecocardiograma transtorácico, monitorización Holter y electroencefalograma con resultados normales, recomendándosele dieta para diabéticos D3 sin sal y suspender la medicación hipotensora que tomaba (...) en ese momento (Kalpress plus y Atenolol). Se le recomendó además control y seguimiento por el médico de Atención Primaria para ajustar su tratamiento diabético y antihipertensivo según su criterio”.

Señala que “la reclamación se basa en que se suspendió el tratamiento antihipertensivo” a su “ingreso en Medicina Interna sin pautarle un tratamiento alternativo en el momento del alta hospitalaria. Por error se habla de que se suspendió también Metformina, pero dicho medicamento se administra en forma de Janumet 50/1000 que sí fue recomendado en el momento de la retirada de la Metformina”.

Afirma que “analizando la actuación realizada al ingreso del día 13-12-2016 las medidas que se tomaron estaban plenamente justificadas. Una vez descartada la existencia de una patología grave (...) y demostrada durante el ingreso la presencia de unas tensiones persistentemente bajas (sistólicas en torno a 100-110) sin tratamiento antihipertensivo estaba plenamente justificado la retirada de los fármacos hipotensores en un paciente que había presentado dos síncope en el plazo de diez días. Los síncope implican episodios de pérdida de conocimiento que pueden producir graves lesiones traumáticas incluyendo traumatismos craneoencefálicos graves. No es cierto que se retirara todo el tratamiento hipotensor, ya que se siguieron manteniendo medidas dietéticas tipo dieta sin sal y se recomendó específicamente `control y seguimiento por médico de A. Primaria ajustando tratamiento diabético, antihipertensivo y vitamina según considere oportuno´”.

Concluye que “las medidas tomadas en diciembre de 2016 fueron las correctas, recomendándose el seguimiento posterior del paciente para adaptar los tratamientos a sus necesidades posteriores”, puntualizando que desconoce “si dicho seguimiento se efectuó y si el paciente volvió a presentar cifras de tensión arterial elevadas o no”, o “si existían otros factores que pudieran justificar la hemorragia cerebral que sufrió”, aunque reconoce que “la hipertensión arterial es uno de los factores más importantes en el desarrollo de la misma”.

En el informe de la Jefa de la Sección de Neurología se indica que en el momento de ingreso en el Servicio, al que fue “trasladado desde el S. de Neurología del (Hospital `Y´) por ser este su hospital de área”, el ictus “estaba en fase secuelar” y “durante su estancia permanece sin grandes cambios”, siguiendo el enfermo rehabilitación de la deglución y fisioterapia pasiva en el mismo hospital antes de ser trasladado a un centro gerontológico.

5. Mediante oficio de 5 de febrero de 2018, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita a la Gerencia del Área Sanitaria III, al objeto de “completar la documentación”, un informe por “otro Servicio interviniente (facultativo/a de Atención Primaria del Centro de Salud) en relación con el contenido de la reclamación, así como una copia de la historia clínica de Atención Primaria”.

6. El día 15 de marzo de 2018, el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de Atención Primaria del perjudicado y un informe elaborado por la facultativa responsable del mismo. En él deja constancia de que, “habiéndome incorporado a este centro de salud en noviembre de 2017 y teniendo en cuenta que el paciente está en mi cupo desde el 29-01-2018 no puedo aportar más información que la reflejada en el historial clínico”.

El 21 de marzo de 2018 se envía al Servicio instructor el informe librado por la misma facultativa en el que se indica que, “según consta en historia clínica de OMI, el día 13-12-2016 se solicita (...) consulta urgente por desvanecimiento./ Acude médico y enfermera por pérdida de conocimiento y

vómito oscuro con tensión arterial de 100/60 mmHg y glucemia capilar de 232 mg/dl./ Se decide derivarlo para más estudios en ambulancia al Hospital `X´./ En apunte del médico del Servicio de Atención continuada del Centro de Salud de fecha 6-5-17" se recoge que "acude al domicilio del paciente, donde se diagnostica de ictus cerebral con tensión arterial de 210/100 y glucemia capilar de 180. Se activa código ictus y se deriva al hospital./ En apunte de 2005 consta que el paciente seguido por Nefrología hace control en su domicilio de tensión arterial (AMPA)./ Entre el periodo de 13-12-2016 a 6-5-2017 figura un apunte médico que dice textualmente "tiene controles de tensión arterial en su domicilio que oscilan entre 130-140/80-90´./ El día 18-12-2016 no acude a cita programada por enfermería./ El día 30-12-2016 tiene una toma de tensión por enfermería de 130/70".

7. Con fecha 25 de mayo de 2018, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe una especialista en Medicina Legal y Forense. En él explica que "los AVC´s presentan una elevada frecuencia y son responsables de una alta mortalidad y morbilidad, condicionan en muchos casos a los pacientes supervivientes secuelas invalidantes de por vida. Los factores de riesgo cardiovascular son la edad avanzada, sexo masculino, la HTA, tabaquismo, DM (sobre todo tipo II), DLP, obesidad, sedentarismo, dieta (consumo excesivo de sal, déficit de folato y vitaminas del grupo B), entre otros./ La hemorragia intracerebral solo representa el 10-15 % de todos los AVC´s y condiciona un peor pronóstico. El factor de riesgo más importante para el desarrollo de HIC es la HTA, estando presente en el 60 % de los casos. La hipertensión crónica condiciona alteraciones degenerativas que favorecen la rotura vascular".

Refiere, a la vista de la historia clínica, que en el presente caso el paciente "presenta múltiples factores de riesgo cardiovascular" y que "tras el alta, sin tratamiento farmacológico antihipertensivo, acudió a su centro de salud el 17-12-2016 para administración intramuscular de vitamina B12. El 18-12-2016 no acudió a cita programada. El 30-12-2016 consta en la historia clínica de Atención Primaria TA de 130/70 y que el paciente realiza autocontroles diarios (tiene tensiómetro). El 04-01-2017 en cita de enfermería,

TA 140/80. El 05-04-2016 (*sic*) el paciente refiere que presenta presiones arteriales sistólicas entre 130-140 y diastólicas entre 80-90”.

Tras el análisis de la documentación, concluye que “la actuación médica prestada durante el ingreso del 13 al 16-12-2016 en el (Hospital “X”) fue correcta. La retirada del tratamiento farmacológico antihipertensivo estaba plenamente justificada tras descartar origen neurológico y cardiológico de los episodios sincopales y constatar reiteradamente tensiones sistólicas bajas causantes de la clínica. Al alta se indicó, como consta en el informe, proseguir dieta sin sal y control por su médico de familia para ajustar-valorar tratamiento antihipertensivo./ Según consta en historia clínica de (Atención Primaria), en el periodo comprendido entre el 16-12-2016 y el 06-05-2017 acudió en 3 ocasiones para control metabólico. Se constatan cifras de tensión arterial sistólica siempre por debajo de 145 y diastólicas por debajo de 90 sin tratamiento farmacológico hipertensivo. No se consideró iniciar de nuevo la terapia. También consta que el paciente se realizaba autocontroles diarios no detectando tampoco cifras tensionales por encima de los valores referidos./ El hecho de retirar el tratamiento farmacológico no está en relación directa con el AVC sufrido por el paciente. Sí está en relación el haber sufrido el ictus hemorrágico de ganglios basales con la HTA de años de evolución (en tratamiento con dieta y control aceptable), junto con el resto de factores de riesgo cardiovascular que tenía el paciente (edad, sexo, DM, DLP)”, por lo que entiende que “no se puede establecer nexo de causalidad entre la retirada del tratamiento farmacológico y el evento cardiovascular cerebral”.

8. Mediante escrito notificado a la representante del interesado el 19 de julio 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 y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

9. El día 25 de julio de 2018, la representante del perjudicado comparece en las dependencias administrativas y obtiene una copia de los documentos que integran el expediente.

Con fecha 31 de ese mismo mes presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se ratifica en su pretensión y afirma que “el funcionamiento de la Administración sanitaria no fue el correcto, pues, ya sea por retraso en la atención médica, por diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados o incluso inexistentes, e incluso por mala praxis, desencadena un cúmulo de sucesos, patologías y complicaciones que dieron lugar a las graves secuelas irreversibles y permanentes descritas en la reclamación (...). La Administración olvida que a pesar de los ingresos hospitalarios (...) en el mes de diciembre de 2016 se le da el alta sin recibir ningún tratamiento adecuado./ En los diversos centros hospitalarios no se tomaron las medidas de previsión y cuidados necesarios, no se utilizaron a tiempo las pruebas diagnósticas oportunas, no se le aplicaron los tratamientos adecuados, es más, no se le pautó ningún tratamiento, todo lo cual contribuye a poner de manifiesto el nexo causal entre la actuación de la Administración y el estado actual (del perjudicado), puesto que de haberse actuado de otra manera no hubiera sucedido el fatal desenlace”.

10. El día 13 de agosto de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios propone desestimar la reclamación al considerar que “la asistencia prestada al paciente fue acorde a la *lex artis*. Se hicieron controles tensionales con cifras aceptables, según consta en la historia clínica de Atención Primaria”. Descarta la relación entre el ictus y la supresión del tratamiento hipertensivo, atribuyéndola a la “HTA de larga evolución, junto con el resto de factores de riesgo cardiovascular que presentaba el paciente”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de agosto 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 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la LPAC dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o 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 13 de diciembre de 2017, habiendo tenido lugar el accidente cerebrovascular del que trae origen el día 6 de mayo del mismo año, por lo que, aun sin tener en cuenta la fecha de determinación del alcance de las secuelas, 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 de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, apreciamos 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 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 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser

efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- El interesado reclama el resarcimiento de los daños que padece a consecuencia de un ictus hemorrágico.

Queda acreditado en el expediente que el perjudicado sufrió un accidente cerebrovascular y que este le produjo graves lesiones por las que es totalmente dependiente para las actividades de la vida diaria. Por ello, hemos de considerar probada la efectividad del daño por el que reclama dejando al margen cuál haya de ser su concreta valoración económica; cuestión esta que

solo analizaremos de apreciar que concurren el resto de requisitos generadores de la responsabilidad patrimonial que se demanda.

Ahora bien, la mera constatación de un perjuicio surgido en el curso de la actuación del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar 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 el 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.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega.

En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el asunto sometido a nuestra consideración el interesado identifica con precisión en su escrito inicial como actuación sanitaria a la que imputa el daño la pauta de suspender un determinado tratamiento en el contexto de la atención prestada tras los síncope sufridos en diciembre de 2016. Sin embargo, en el escrito de alegaciones presentado después de consultar el expediente amplía el objeto de aquella y reprocha al servicio público de forma genérica un trato incorrecto “por retraso en la atención médica, por diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados o incluso inexistentes, o incluso por mala praxis”, aunque sin llegar a identificar cuál es la actuación que considera demorada, los diagnósticos que reputa erróneos, los tratamientos que entiende inadecuados o las actuaciones incorrectas que -a su juicio- habrían contribuido a la producción del daño por el que reclama. Tal modo de proceder -que hemos advertido en otros casos similares, supone construir la reclamación en vía administrativa sobre vagas alegaciones e imputaciones que previsiblemente solo se concretarán y tratarán de probar más adelante en un pleito- resulta reprobable en cuanto implica hurtar a la Administración reclamada y también a este Consejo el análisis completo de las cuestiones que suscita la acción de responsabilidad.

Sin perjuicio de lo que acabamos de señalar, la ausencia total de prueba que se aprecia en este caso afecta tanto a la pretendida incorrección de la actuación o actuaciones sanitarias objeto de reproche (algunas de las cuales reiteramos que ni siquiera se identifican), como a la relación de causalidad entre la actividad sanitaria y el daño cuya indemnización se pretende. En estas circunstancias, el Consejo Consultivo no cuenta con más elementos técnicos para formar su juicio que los que resultan del conjunto documental formado por la historia clínica incorporada al expediente y los informes médicos librados en el curso de la instrucción, todos los cuales coinciden en señalar, una vez analizada la actuación frente a la que se dirige inicialmente la reclamación, que la atención prestada fue correcta. Tanto el informe librado por el Servicio de

Medicina Interna responsable de la atención del paciente tras el segundo síncope como la facultativa que informa a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias afirman que, ante dos episodios de pérdida de conciencia producidos en el contexto de tensiones persistentemente bajas y una vez descartado el origen cardiológico o neurológico de los síncope, la pauta de suspensión de fármacos hipotensores con seguimiento por parte de Atención Primaria que reajustaría el tratamiento en caso de resultar necesario no solo fue correcta sino que estaba plenamente justificada, pues se trataba de prevenir ulteriores bajadas de tensión con las consiguientes caídas que podían llevar aparejadas lesiones graves. Consta que el paciente comprendió la importancia de vigilar su tensión arterial, ya que - según resulta de la historia clínica- cuando acude al centro de salud unos días después de recibir el alta hospitalaria refiere estar realizando controles de tensión diarios, constatándose en diferentes mediciones efectuadas en el propio establecimiento sanitario que sus cifras de tensión son normales en ausencia de tratamiento (130/70 el 30 de diciembre de 2016 y 140/80 el 4 de enero de 2017). La anotación correspondiente a la asistencia prestada en este centro el día 5 de abril de 2017 evidencia, asimismo, que solo un mes antes de producirse la hemorragia cerebral las cifras de tensión arterial del reclamante seguían sin alteraciones a falta de tratamiento antihipertensivo (según él mismo refería, sistólicas entre 130-140 y diastólicas entre 80-90), y no ha resultado probado que en estas circunstancias la *lex artis* impusiera al servicio público la restauración del tratamiento suspendido o la adopción de otras medidas en anticipación del desenlace de los acontecimientos que más adelante se producirían. A mayor abundamiento, como se señala en el informe médico librado a instancias de la entidad aseguradora, el paciente presentaba una serie de factores de riesgo que impedirían relacionar causalmente, al menos de forma exclusiva, la retirada del tratamiento antihipertensivo con la hemorragia cerebral posteriormente sufrida.

En definitiva, de lo actuado en el expediente no ha resultado probada la existencia de práctica sanitaria alguna contraria al buen hacer. Dado que la imputación del interesado solo se sostiene en sus propias manifestaciones, lo

que no es suficiente para tenerla por probada, y que, por el contrario, todos los informes obrantes en el expediente son coincidentes y sostienen que la actuación del servicio público fue correcta, la pretensión resarcitoria ejercitada no puede ser acogida.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.