

Expediente Núm. 306/2018
Dictamen Núm. 134/2019

V O C A L E S :

García García, Dorinda,
Presidenta en Funciones
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 29 de mayo de 2019, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 30 de noviembre de 2018 -registrada de entrada el día 13 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por el fallecimiento de su hermano que atribuyen a la asistencia prestada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 23 de marzo de 2018, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia, a su juicio, de la deficiente asistencia prestada a su hermano por parte del servicio público sanitario que habría desembocado en su fallecimiento.

Con carácter previo al relato del episodio clínico desarrollado entre el 29 de junio y el 1 de julio de 2017, que finalizaría con el fallecimiento de su familiar, los interesados, a modo de antecedente, se remontan al año 2004; en concreto, al ingreso de su hermano entre los días 9 de noviembre a 3 de diciembre de ese año en el Servicio de Neurocirugía del Hospital "X", donde tras serle diagnosticado un "angioma cavernoso" fue sometido a una intervención quirúrgica en la que se le practicó una "craneotomía y extirpación de cavernoma". Pasados diez años de esta primera patología su familiar acudió en diferentes ocasiones -29 de marzo de 2014, 12 y 17 de enero de 2016 y 24 de enero de 2017- al servicio público sanitario, donde recibió asistencia relacionada siempre con cefaleas recurrentes.

Señalan que con fecha 29 de junio de 2017 uno de los reclamantes encontró a su hermano "sentado en el WC dormido", motivo por el cual acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital "Y", donde, tras exploración física y realización de un electrocardiograma, con un diagnóstico principal de "cefalea sin signos de alarma", fue dado de alta ese mismo día.

Manifiestan que el 30 de junio de 2017, ante la persistencia de la somnolencia que presentaba en los últimos tres días, el paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital "X", donde ingresa a las 22:22 horas, realizándosele una "analítica de sangre y orina y TAC que no muestra signos de patología intracraneal aguda ni cambios con respecto al estudio de 12-01-2016". Precisan que "durante el ingreso se le había realizado un electrocardiograma que resultó ser anómalo", y también un "estudio neurosonológico que descarta estenosis significativas". Reseñan que en estas condiciones fue dado de alta por parte del Servicio de Urgencias a las 02:01 del día 1 de julio de 2017 "con el diagnóstico de probable crisis comicial en relación con lesión estructural antigua, con las recomendaciones de observación domiciliaria, abstención de tóxicos (y) descanso apropiado", pautándosele "Vimpat 50 mg y resto de medicación como venía tomando", indicándole que debía "entregar copia del informe a su (médico de Atención Primaria), realizar analítica completa incluyendo PFH y CK y control por el Servicio de Neurología

de su hospital de referencia". Precisan que tras el alta el paciente "fallece pocas horas después y es encontrado por sus familiares en el suelo, boca abajo, a las 9:30 h del 01-07-2017".

Afirman que en el informe de autopsia que se le realiza a su hermano al día siguiente del fallecimiento "se observa cerebro muy edematoso, hemorragia difusa de predominio basal y fundamentalmente a nivel del tronco encefálico, pequeña área de malacia subcortical frontal derecha, extensa zona de malacia en todo el parénquima cerebral que afecta a todo el lóbulo frontal izquierdo y parte del parietal homolateral y hemorragia intraparenquimatosa e intraventricular. El estudio concluye que la muerte se debió a una destrucción de los centros vitales encefálicos como consecuencia de una hemorragia cerebral".

Los interesados se detienen en las discordancias existentes entre dos documentos relativos a la asistencia prestada a su familiar en las pocas horas en que permaneció ingresado en el Hospital "X", el "informe clínico de Urgencias" emitido a las 23:21 horas del 30 de junio y el realizado a las 02:01 horas del 1 de julio, al que se le añade una "adenda" a las 9:59:33 horas de ese mismo día, y destacan algunas diferencias que se constatan entre los mismos. La primera aparece en el apartado referido a la "historia actual" de ambos documentos, pues mientras que en el primero consta que se trata de un "paciente de 51 años que acude a Urgencias por presencia de síncope sin relajación de esfínteres ni movimientos tónico-clónicos ayer en su domicilio (caída no presenciada) sin cortejo vegetativo previo ni sensación de mareo previa. No focalidad neurológica posterior ni cefalea asociada. No pérdida de fuerza ni sensibilidad. La disartria apareció esta mañana. Refiere que ha ido hoy a trabajar y lo único que ha presentado ha sido dolor muscular bilateral moderado./ Antecedente de SAHOS con aumento de la somnolencia estos últimos 3 días sin otra clínica asociada./ Antecedente de angioma cavernoso operado en 2004 que fue dado de alta en 2009./ Esteatosis hepática y enolismo -alteración de PFH con elevación persistente de GGT"- . Sin embargo, en el mismo apartado del segundo informe se refleja que "ayer por la noche se

encontraba en el piso de arriba del domicilio y su familia, que se encontraba en el piso de abajo, escuchó un golpe fuerte. Cuando acudieron el paciente estaba encerrado en el baño. Esperaron durante un tiempo y al ver que tardaba más de lo normal en salir y que no respondía a la llamada abrieron la puerta y lo encontraron sentado en el inodoro durmiendo. Les costó despertarle para llevarle a la habitación y se percataron de que tenía un habla pastosa, con dificultad en la pronunciación y además (...) se quejaba de dolor en la lengua. Hoy está muy cansado y con mialgias generalizadas, además del dolor lingual que persiste. Presenta una amnesia completa del episodio./ No fiebre ni clínica por aparatos intercurrente. Parece que en la última semana estaba muy nervioso, con insomnio y conductas compulsivas (fumar, comer)”.

También aprecian diferencias en el apartado de “exploración física” de estos dos informes, y subrayan que en el primero de ellos no se anota que se observa “nistagmus horizontal en la mirada extrema a ambos lados”, así como “leve ptosis palpebral derecha”.

Por otro lado, en el apartado dedicado a “evolución y comentarios” del primero de los documentos puede leerse que “durante su estancia en el (Servicio) de Urgencias el paciente se encuentra estable. Se comenta con el (Servicio) de Neurología para valoración, sospecha de posible crisis”, mientras que en el segundo se consigna “paciente de 51 años con antecedente de lesión estructural cortical frontal izquierda que cursó con crisis sintomáticas agudas controladas con FAE durante unos meses. Diez años después presenta un episodio de disminución del nivel de conciencia con semiología comicial (posible mordedura lingual, somnolencia poscrítica, mialgias, amnesia del episodio), compatible con crisis sintomática remota de origen frontal izquierdo y secundariamente generalizada. La analítica es anodina y se realiza un estudio de neuroimagen que no muestra cambios respecto a los previos. Dada la presencia de leve ptosis palpebral derecha que la familia refiere de nueva aparición, realizamos estudio neurosonológico que descarta estenosis significativas, por lo que este hallazgo exploratorio parece inespecífico.

Reintroducimos tratamiento antiepiléptico: evitamos levetiracetam dado que existen alteraciones conductuales de base y optamos por lacosamida”.

La tercera diferencia radica en la adenda introducida a las 9:59:33 horas del 1 de julio de 2017 en el segundo documento -esto es, el “realizado” a las 02:01 horas de ese mismo día-, y que obviamente no recoge el efectuado a las 23:21 horas del 30 de junio de 2017. En ella se deja constancia de que “este informe ha sido firmado y entregado por médico de Urgencias sin comentar previamente con la guardia de Neurología. Estábamos a la espera del resultado de la CK previa al alta./ Revisamos ahora: CK 8450./ Llamo por teléfono a los dos números disponibles sin poder contactar con el paciente o familia. Intentaremos volver a llamar a lo largo del día para recomendar hidratación abundante y control analítico por su médico de Atención Primaria en unos días”. Al respecto, los interesados indican en su reclamación que la doctora contactó finalmente con la familia “para indicar que el paciente se hidratase pero (...) ya había fallecido”.

Sostienen que “a pesar de que eran conocidos los antecedentes médicos” de su hermano (hematoma intraparenquimatoso, episodio de disminución de conciencia) “y de los síntomas que presentaba cuando acude a Urgencias, tras acudir a dos hospitales distintos no se le prestan los tratamientos y cuidados que precisaba (...) y no se realizan las pruebas diagnósticas necesarias./ Es más, a pesar de que no se había comprobado el resultado de la CK se le da el alta precipitadamente, resultando posteriormente un valor elevadísimo de este parámetro, lo que debería haber alertado de la hemorragia cerebral que estaba sufriendo (...). La errónea actuación médica deriva finalmente en el fallecimiento (...), consecuencia directa de una mala praxis médica”.

Evalúan los daños y perjuicios sufridos de manera cautelar en la cantidad de trescientos mil euros (300.000 €).

2. Mediante oficio de 5 de abril de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la Secretaría General

del Servicio de Salud del Principado de Asturias una copia de la reclamación presentada.

3. El día 9 de abril de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Con fecha 2 de mayo de 2018, la Responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe emitido por el Jefe de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias y la Responsable del Servicio de Neurocirugía. En el primero de ellos, elaborado el 25 de abril de 2018, se indica que "según consta en su historia clínica acudió al Servicio de Urgencias el 30 de junio de 2017 a las 22:22 horas acompañado por su familia y tras haber sido atendido por la misma causa el día anterior, a las 15:58 horas, en el Servicio de Urgencias del Hospital `Y´./ Durante su estancia en el Servicio de Urgencias se le realizó una doble valoración con su correspondiente exploración física por médicos del propio Servicio y por el neurólogo de guardia, se solicitaron pruebas complementarias que incluyeron un estudio de imagen mediante TAC craneal que fue informado por el radiólogo de guardia y en ningún momento se objetivaron signos, síntomas o resultados de pruebas diagnósticas que pudieran alertar o predecir la causa de la muerte reflejada en la autopsia y que le llevó al fatal desenlace./ La elevación de la "CK" (creatininfosfoquinasa) a la que se hace referencia en la reclamación se da en una muestra sanguínea extraída al ingreso del paciente y casi coincidente en el tiempo con la realización de la TAC donde se descartaba la presencia de hemorragia intracraneal, por lo que es evidente que no es esta la causa de su elevación. Por otro lado, no existe evidencia científica que relacione la elevación de "CK" como marcador predictor de sufrir una hemorragia cerebral -esta afirmación ha sido contrastada con el

responsable del laboratorio de Medicina del (Hospital "Y")-. Sin embargo, sí existe evidencia de la elevación de "CK" en episodios de síncope con caída al suelo o en crisis comiciales generalizadas, que es la impresión diagnóstica que sospechaba el neurólogo en su informe de alta./ En este caso y en relación a la causa final de la muerte, (el paciente) no tenía indicación de más cuidados urgentes, ni precisaba ingreso hospitalario, pues ya habían transcurrido aproximadamente 48 horas desde el episodio por el (que) consultaba, tiempo que supera los criterios de observación indicados para la sospecha diagnóstica que se manejaba./ Nada ni nadie podría prever que presentara una hemorragia cerebral horas más tarde".

En el informe elaborado por la Responsable de la Sección de Neurología el 27 de abril de 2018 se indica que se trata de un "paciente conocido del Servicio de Neurocirugía por haber sido intervenido en el año 2004 de un cavernoma frontal izquierdo y que realizaba seguimiento en consultas externas. En el año 2008 se realiza estudio de video-EEg que muestra actividad cerebral dentro de la norma. En todos los estudios de imagen realizados desde la intervención hasta el año 2016 no se evidencia recidiva de la lesión. Valorado por última vez en enero del año 2017 en la consulta (...), refiere cefaleas que relaciona con estrés y realiza tratamiento Escitalopram. En dicha consulta se solicita una RM cerebral de control./ En cuanto a los hechos descritos en junio de 2017, el Servicio de Neurocirugía no participa en la atención de dicho paciente en nuestro centro. Realizado un TC craneal el día 30 de junio de 2017, y dado que no existe evidencia de patología neuroquirúrgica ni cambios respecto al estudio previo de 2016, de manera adecuada no se solicita nuestra valoración./ Según el informe aportado de la autopsia realizada, presenta un cerebro edematoso con hemorragia cerebral sin evidencia de cavernoma u otra lesión subyacente. Tampoco en el TC realizado el día 30 hay constancia de recidiva o nuevo sangrado, por lo que es evidente que la hemorragia no tiene relación con sus antecedentes y no era predecible según las pruebas realizadas".

5. El día 3 de mayo de 2018, la Responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe suscrito el 30 de abril de 2018 por el Jefe de la Sección de Neurología del Hospital "X". En él señala que "la historia de patología encefálica" del paciente "se remonta a noviembre de 2004. Fue trasladado el día 9 de noviembre de 2004 desde el Hospital 'Y' al (Hospital 'X') por un hematoma cerebral que se demostró motivado por un cavernoma. El cuadro se inició con dos episodios de crisis epilépticas generalizadas y el paciente fue intervenido en nuestro centro, realizándose extirpación del cavernoma y siendo su evolución favorable tras la intervención. Siguió recibiendo medicación antiepiléptica durante algunos meses./ Con posterioridad fue seguido en la consulta externa de Neurocirugía de nuestro centro aquejando con frecuencia cefaleas. Se realizó una TAC craneal de control en el año 2014 con resultados normales, sin evidencia de malformación vascular ni otras lesiones./ El día 29 de junio de 2017 su hermano lo encontró sentado en el WC, dormido. Había acudido tras escuchar un golpe y no obtener respuesta a sus llamadas. Encontraron al paciente con habla pastosa y se quejaba de dolor en la lengua (...). La exploración (...) era normal y, en ausencia de signos de alarma, recibió el alta médica./ El día 30 de junio acudieron a Urgencias del (Hospital 'X') aquejando una disartria que había aparecido esa mañana, junto con dolor muscular. En la exploración en Urgencias se reflejaba una discreta disartria como único hallazgo. Se practicó una TAC craneal que no mostró signos de patología intracraneal aguda ni cambios con respecto al estudio previo. Ante la sospecha de una crisis comicial se solicitó valoración al Servicio de Neurología. En la exploración neurológica se hacía notar un nistagmus horizontal en la mirada extrema bilateral y una leve ptosis palpebral derecha. Se realizó, adicionalmente, un estudio ecográfico, cerebral y de troncos supraaórticos que resultó normal./ Con la sospecha de una crisis comicial (posible mordedura lingual, somnolencia, mialgias y amnesia del episodio), se recomendó reintroducir el tratamiento antiepiléptico, optando por lacosamida (...). Antes de que las neurólogas de guardia pudieran revisar

los resultados de un análisis de CK que estaba pendiente el paciente recibió el alta médica. Se le intentó localizar telefónicamente para indicarle la necesidad de una adecuada hidratación, pero no fue posible comunicar con él./ El paciente falleció unas horas después, siendo encontrado por sus familiares en el suelo, boca abajo, a las 09:30 horas del día 1 de julio./ No disponemos del informe de la autopsia que mencionan en el texto de la reclamación. Se afirma que presentaba el cerebro muy edematoso, hemorragia difusa de predominio basal y fundamentalmente a nivel del tronco encefálico, una pequeña área de malacia subcortical frontal derecha, una extensa zona de malacia en todo el parénquima cerebral que afecta a todo el lóbulo frontal izquierdo, parte del parietal homolateral y una hemorragia intraparenquimatosa e intraventricular. El estudio concluye que la muerte se debió a una destrucción de los centros vitales encefálicos como consecuencia de una hemorragia cerebral./ Con respecto a la atención prestada al paciente en nuestro hospital, parece bien fundamentada la sospecha de una crisis comicial en función de los argumentos que se desgranar en los informes: el paciente sufrió un episodio súbito de disminución del nivel de conciencia, con amnesia de lo ocurrido, mialgias (y elevación correspondiente de la CK), somnolencia posterior y una posible mordedura lingual (que justificaría el dolor que refería en la región lateral de la lengua y la disartria que aquejaba y se constató en la exploración). Se trataba, por otro lado, de un paciente con antecedentes de crisis comiciales secundarias a la lesión cerebral sufrida en el año 2004 y, por tanto, con riesgo de volver a experimentar crisis. Dado el antecedente hemorrágico, se consideró necesario descartar la posibilidad de una nueva hemorragia cerebral, y se excluyó de modo fiable mediante la realización de una TAC craneal que solo mostró, sin cambios, con respecto a estudios previos, la ya conocida malacia subcortical frontal derecha./ En relación con este último punto, la TAC craneal es la prueba indicada para detectar la existencia de una hemorragia cerebral en caso de que exista sospecha de que esta puede ser la causa de los síntomas del paciente, por lo que el abordaje diagnóstico realizado parece el correcto./ La CK (creatina quinasa) es una enzima presente en diferentes tipos celulares. Cuando se eleva

la sangre de modo importante suele indicar que los músculos han sufrido daño por un proceso patológico. En el caso concreto que nos ocupa, cuando un paciente sufre una crisis epiléptica esta se suele acompañar de una intensísima contracción muscular que conlleva la ruptura de fibras y, con ella, la liberación de CK a la sangre en cantidades importantes. Este proceso, llamado rhabdomiolisis, puede generar complicaciones secundarias, entre las cuales destaca la obstrucción del filtro renal, que puede dar lugar a una insuficiencia renal aguda. Para evitarla se recomienda hidratación abundante y es conveniente seguimiento analítico./ Con respecto a la relación entre la elevación de la CK y las hemorragias cerebrales, se ha investigado su papel (entre el de otras muchas moléculas) como biomarcador de hemorragia, concluyéndose que no es un marcador fiable (hoy por hoy no se dispone de ningún biomarcador sérico que lo sea), a diferencia de la TAC cerebral que sí constituye una prueba diagnóstica altamente fiable./ En definitiva, no parecían existir datos clínicos ni en las pruebas complementarias que pudieran hacer prever el desgraciado desenlace que tuvo lugar”.

6. Mediante oficio de 3 de mayo de 2018, el Gerente del Área Sanitaria V envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado por el Jefe de la Unidad de Urgencias del Hospital “Y” el 27 de abril de 2018. En él reseña que “ingresa en el Servicio de Urgencias el día 29-06-2017, según consta en el informe, al ser encontrado por su hermano dormido en el cuarto de baño./ El paciente no refiere traumatismo, pérdida de conocimiento ni déficits neurológicos asociados./ En Urgencias solo describe una cefalea holocraneal de características similares a las que venía padeciendo desde hace años. Se le pauta tratamiento analgésico intravenoso con resolución de la cefalea./ Dado que las características de la cefalea no varían con respecto a las que (...) padecía de manera habitual desde hace años, y que además cedió con la medicación pautada, no está indicado la realización de estudios de imagen complementarios (guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Recomendaciones no hacer de la Sociedad Española de Neurología,

Recomendaciones no hacer-Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)“.

7. El día 31 de julio de 2018, emiten informe dos facultativas a instancia de la entidad aseguradora de la Administración sanitaria frente a la que se reclama en el que concluyen que “el análisis de la documentación aportada pone de manifiesto el correcto manejo de la patología del paciente, y que la actuación se realizó según protocolos y guías clínicas. Ni los datos clínicos, ni los resultados de las pruebas complementarias, hicieron prever el fatal desenlace”.

8. Mediante oficio notificado a los reclamantes el 16 de octubre de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia.

El 17 de octubre de 2018 comparece uno de los interesados en las dependencias administrativas y se le hace entrega de una copia de la documentación obrante en el expediente, según consta en la diligencia extendida al efecto.

El día 29 de octubre de 2018 los reclamantes presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reafirman íntegramente en su escrito inicial. A la vista de la documentación incorporada al expediente, alegan que “dados los síntomas y antecedentes que presentaba el paciente, a pesar de los resultados de la TAC, no se actuó conforme determinan los protocolos. No se realizaron pruebas complementarias que hubieran determinado el origen de las lesiones que presentaba (...) y se le privó de la atención médica que precisaba”. Tras ratificarse en la mala praxis que denuncian por parte de la Administración sanitaria, finalizan anunciando “las concreciones que sean procedentes a tenor del informe pericial que contrate caso de no alcanzar un acuerdo extrajudicial”.

9. Con fecha 9 de noviembre de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución

en sentido desestimatorio. En ella razona que “la asistencia prestada ha sido conforme a la *lex artis*. Cuando el fallecido fue atendido en el Servicio de Urgencias el 29-06-2017 ni los datos clínicos, ni la exploración neurológica, justificaban la realización de un TC o RM. En (...) los estudios que se realizaron -especialmente la TAC cerebral, que es la prueba diagnóstica concluyente- no se encontraron datos de la existencia de una hemorragia cerebral. El aumento del nivel de CK en sangre no es un dato concluyente de la existencia de una hemorragia cerebral, sino de daño muscular (probablemente debido a la crisis comicial). El paciente fue dado de alta por no existir datos que aconsejasen su permanencia en el Servicio de Urgencias. El fatal desenlace era imprevisible e inevitable. La hemorragia descrita en la necropsia no tiene relación con sus antecedentes y no era predecible en ninguna de las pruebas realizadas”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 30 de noviembre 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, de conformidad con lo establecido en los artículos 17,

apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están los interesados activamente legitimados 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 23 de marzo de 2018, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del hermano de los reclamantes- el día 1 de julio de 2017, 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 de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. Ahora bien, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 “Solo 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 los interesados solicitan una indemnización como consecuencia del fallecimiento de su hermano en su domicilio tras sufrir una hemorragia cerebral a las pocas horas que siguieron a la asistencia sanitaria que le fue prestada en dos hospitales públicos.

Acreditado en el expediente el óbito, resulta evidente que dicha pérdida ha originado a sus familiares un daño real y efectivo de naturaleza moral.

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

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

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado 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 la mera constatación de un error médico o de un retraso diagnóstico entrañe *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 particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de

la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

A los expresados efectos, en la presente reclamación nos encontramos con que los interesados no dudan en hacer derivar causalmente el fallecimiento de su hermano, acaecido en su domicilio a las pocas horas de habersele dado el alta, con la atención sanitaria prestada en los Servicios de Urgencias de dos hospitales públicos, y argumentan que “a pesar de que eran conocidos los antecedentes médicos de (su hermano) -hematoma intraparenquimatoso, episodio de disminución de conciencia(...)- y de los síntomas que presentaba cuando acude a Urgencias, tras acudir a dos hospitales distintos no se le prestan los tratamientos y cuidados que precisaba (...) y no se realizan las pruebas diagnósticas necesarias./ Es más, a pesar de que no se había comprobado el resultado de la CK se le da el alta precipitadamente, resultando posteriormente un valor elevadísimo de este parámetro, lo que debería haber alertado de la hemorragia cerebral que estaba sufriendo (...). La errónea actuación médica deriva finalmente en el fallecimiento (...), consecuencia directa de una mala praxis médica”.

Sin embargo, lo cierto es que una afirmación tan rotunda como la que se hace aparece desprovista de soporte pericial alguno, lo que la convierte en una mera conjetura interesada a la vista de como se desarrollaron los hechos. Tal forma de proceder, que como hemos advertido en casos similares (entre otros, Dictamen Núm. 39/2019) supone construir la reclamación en vía administrativa con base en vagas imputaciones que todo apunta a que solamente serían concretadas y probadas en ulteriores instancias, resulta reprobable en la medida en que supone privar tanto a la Administración frente a la que se reclama como a este Consejo de un análisis completo y debidamente fundamentado de las cuestiones que suscita la acción de responsabilidad. Tan es así que los propios interesados, conscientes sin duda de este déficit probatorio solamente a ellos imputable, no dudan en finalizar su escrito de alegaciones anunciando la presentación, para el caso de “no alcanzar un acuerdo extrajudicial”, de un futuro “informe pericial de contraste” frente a los

aportados ya en vía administrativa tanto por la Administración sanitaria frente a la que se reclama como por su compañía aseguradora.

En las condiciones expuestas, esta total indeterminación y carencia absoluta de elemento probatorio alguno en orden al establecimiento de un nexo causal entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario es de por sí suficiente para concluir que en el presente caso no se ha acreditado la relación de causalidad cuya existencia resulta inexcusable para un eventual reconocimiento de responsabilidad de la Administración.

Por lo demás, el intento de los perjudicados de anudar causalmente en su escrito inicial el fallecimiento de su hermano con una pretendida alta precipitada, cuando aún no se conocía el resultado de una de las pruebas solicitadas durante su estancia en el Servicio de Urgencias del Hospital "X" -en concreto el marcador de "CK"-, se descarta de manera rotunda en los informes del Director del Área de Gestión Clínica y del Jefe de la Sección de Neurología de dicho centro, sin que los razonamientos científicos allí recogidos hayan sido objeto de cuestionamiento pericial de contraste por parte de los interesados.

Finalmente, la insinuación de los reclamantes de concretar, siquiera sea vagamente, en su escrito de alegaciones alguna de las posibles infracciones a la *lex artis* en la asistencia prestada a su familiar, al afirmar que, "dados los síntomas y antecedentes que presentaba el paciente, a pesar de los resultados de la TAC, no se actuó conforme determinan los protocolos. No se realizaron pruebas complementarias que hubieran determinado el origen de las lesiones que presentaba (...) y se le privó de la atención médica que precisaba", no puede ser acogida por dos motivos fundamentales. El primero de ellos radica en la falta de informe pericial alguno que proporcione un mínimo sustrato científico a tal aseveración, y el segundo porque el reproche fundamental que en la misma se contiene -"no se actuó conforme determinan los protocolos"-, además de no concretar esos supuestos protocolos, tampoco facilita ninguna pista sobre cuáles habrían de ser las "pruebas complementarias" supuestamente omitidas que -en su opinión- "hubieran determinado el origen de las lesiones que presentaba el paciente".

En definitiva, los informes de los servicios afectados, así como el elaborado a instancias de la compañía aseguradora, únicos documentos periciales puestos a disposición de este Consejo Consultivo y sobre los que debe formar su juicio, nos llevan a considerar como acorde a la *lex artis ad hoc* la asistencia prestada al paciente a lo largo de todo el episodio clínico que sus familiares cuestionan y que desembocó en su desgraciado fallecimiento, por lo que la reclamación no puede prosperar.

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.