

Dictamen Núm. 184/2020

**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 23 de julio de 2020, 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 22 de mayo de 2020 -registrada de entrada el día 27 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por el fallecimiento de su padre y esposo, respectivamente, que atribuyen a la asistencia recibida en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 26 de julio de 2019 una procuradora, en nombre y representación de los interesados -hijos y esposa del finado- presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad

patrimonial por el daño derivado del óbito de su familiar, que atribuyen a la asistencia recibida en un hospital público.

Exponen que el enfermo acudió en repetidas ocasiones al Servicio de Urgencias del Hospital ..... refiriendo "fuertes dolores en la zona abdominal", siendo diagnosticado de "epigastralgia y abundante gas intestinal", así como de "estreñimiento". Indican que ante el empeoramiento de su situación el día 28 de enero de 2019 se decide su ingreso en la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, falleciendo al día siguiente. Según el informe de la autopsia, el diagnóstico es de "hemorragia digestiva alta con una úlcera gástrica de 1 cm de diámetro, una leve contusión pulmonar en el lóbulo superior derecho, un bocio multinodular, un nódulo intestinal mucoso y nódulos prostáticos".

Los interesados consideran que el fallecimiento "no hubiera tenido lugar" si en el hospital "se hubiera llevado a cabo un estudio más completo la segunda vez que (...) acude al Servicio de Urgencias con los mismos síntomas y sin mejorías, y si en dicha visita se hubiesen realizado más pruebas que las que se realizaron en el primer ingreso en Urgencias", precisando que "en ambas ocasiones se le realizaron las mismas pruebas sin llegar a cesar su malestar, puesto que aún tuvo que acudir hasta una tercera vez".

Por todo lo anterior fijan el importe de la indemnización solicitada en las siguientes cantidades: para la esposa del finado 112.965 €, y para cada uno de los tres hijos 25.315,80 €, 25.17,60 € (*sic*, los conceptos que se reseñan arrojan la cifra de 25.317,60) y 25.320 €, respectivamente, tomando en consideración el perjuicio personal básico de la tabla 1.B del baremo de accidentes de tráfico y el lucro cesante conforme a lo dispuesto en el artículo 87 y la tabla 1.C.

Solicitan que se incorpore al expediente la historia clínica completa del paciente, así como la totalidad del informe de autopsia.

Adjuntan a su escrito los siguientes documentos: a) Poder notarial de representación. b) Copias del Libro de Familia. c) Diversa documentación clínica

relativa al proceso objeto de reclamación. d) Certificado médico de defunción.  
e) Certificación literal de fallecimiento. d) Informe de autopsia.

**2.** Mediante oficio de 7 de agosto de 2019, 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.** Con fecha 28 de agosto de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la representante de los interesados la fecha de recepción de su reclamación -26 de julio de 2019-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**4.** Previa petición formulada por la Instructora Patrimonial, el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite un Cd que contiene una copia de la historia clínica del paciente en formato electrónico y los informes librados por los Servicios de Urgencias y de Medicina Interna.

El informe que suscribe el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital ..... se limita a recoger sucintamente el curso clínico del paciente y se remite al informe elaborado por el especialista tras el exitus.

El Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias señala que el proceso asistencial se desarrolló “de una manera correcta y ajustada a los procedimientos habituales que la práctica de la medicina de urgencias indica para el cuadro clínico que se describe en su historia”. Añade que “no se objetivaron criterios (...) que sugirieran la necesidad de solicitar más estudios urgentes ni provocar un ingreso hospitalario”.

**5.** A continuación obra incorporado al expediente un informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora por una facultativa, máster en Valoración del Daño Corporal, con fecha 13 de diciembre de 2019. En él sostiene que “la actuación sanitaria prestada en estas asistencias a Urgencias fue correcta siguiendo protocolos a pesar de que no se llegara a un diagnóstico etiológico”.

**6.** Concluida la fase de instrucción del procedimiento, el 21 de enero de 2020 se notifica a la representante de los interesados la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 23 de enero de 2020 se extiende diligencia para hacer constar que un letrado con poder bastante al efecto toma vista del expediente y se le hace entrega de un Cd que contiene una copia de los documentos de lo integran.

**7.** Con fecha 24 de enero de 2020, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del expediente, al haberse interpuesto por los reclamantes recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Consta en el expediente que el 28 de enero de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas atiende al requerimiento.

**8.** Mediante oficio de 21 de febrero de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la correduría de seguros que ha transcurrido el plazo establecido para presentar alegaciones sin que se hayan recibido.

**9.** Con fecha 26 de febrero de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución

en sentido desestimatorio. En ella asume íntegramente las consideraciones médicas contenidas en el informe emitido a instancias de la entidad aseguradora y concluye “que la prestación asistencial fue realizada correctamente y conforme a protocolos, a pesar haber alcanzado un diagnóstico etiológico” (*sic*).

**10.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 22 de mayo de 2020, 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 Salud, 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), 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, 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 5 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

**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 26 de julio de 2019, y el óbito del paciente tiene lugar el 29 de enero de ese mismo año, por lo que es claro que se acciona 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, en relación con la fecha de presentación de la reclamación en el registro de la Administración del Principado de Asturias y su recepción por el órgano instructor advertimos los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto, entre otros, en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 163/2015, por lo que nos remitimos a las consideraciones allí realizadas. No obstante, en el

presente asunto la Administración, en la práctica del trámite previsto en el artículo 21.4 de la LPAC, comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -en su calidad de órgano competente para resolver- y no, de forma genérica, en la Administración del Principado de Asturias -como venía haciendo habitualmente-.

Por otro lado, observamos que el informe evacuado por el Servicio de Medicina Interna resulta insuficiente, pues se limita a describir el proceso asistencial del paciente sin abordar las concretas imputaciones formuladas en el escrito de reclamación. Al respecto, este Consejo ya consideró necesario subrayar, dentro del capítulo de "Observaciones y sugerencias" de la Memoria correspondiente al ejercicio 2019, la relevancia de que los informes de los servicios sanitarios a los que se imputa el daño "resulten minuciosos, razonados -y no descriptivos- y referidos singularmente a los daños y nexo causal invocados por los reclamantes".

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

Por último, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

**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.-** Los interesados instan una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su padre y esposo, respectivamente, que atribuyen a la falta de pruebas diagnósticas durante el proceso asistencial en el Servicio de Urgencias.

La documentación obrante en el expediente acredita la defunción del paciente en un hospital público en la fecha indicada -29 de enero de 2019-, por lo que debemos presumir un daño moral en los familiares que aquí reclaman.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que los interesados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Como ha señalado este Consejo Consultivo en ocasiones anteriores (por todas, Dictamen Núm. 218/2019), 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 concretos.

Por tanto, para poder apreciar si 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 el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha reiterado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño

es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos supuestos, 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 este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado y, en particular, que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, en el presente caso los reclamantes no desarrollan actividad probatoria alguna al respecto, y ni siquiera formulan alegaciones en el trámite de audiencia. En efecto, en su escrito inicial se limitan a denunciar que se habría evitado el fallecimiento si “se hubiera llevado a cabo un estudio más completo la segunda vez que (...) acude al Servicio de Urgencias con los mismos síntomas y sin mejorías”, sin llegar a identificar qué pruebas habrían contribuido causalmente a evitar el fatal desenlace. Tal forma de proceder, advertida en otros casos similares, supone construir la reclamación en vía administrativa sobre vagas imputaciones que presumiblemente solo se concretarán y tratarán de probar más adelante en el pleito ya iniciado el 15 de enero de 2019 mediante la interposición de recurso contencioso-administrativo, y resulta reprobable en cuanto que implica hurtar a la Administración reclamada y también a este Consejo del análisis contradictorio de los extremos controvertidos, y obliga a señalar -como hemos observado en la Memoria correspondiente al año 2019- que “nuestro pronunciamiento solo puede sustentarse sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente, todos ellos presentados por la Administración y su compañía aseguradora”.

Según se desprende de los datos contenidos en la historia clínica, el perjudicado acude el día 21 de enero de 2019 al Servicio de Urgencias por “dolor epigástrico de 3 días de evolución, continuo que se irradia a flanco I”,

refiriendo “que la clínica es similar a episodios previos de flatulencia”. Ante la normalidad de las pruebas se decide observación domiciliaria con el diagnóstico de “epigastralgia” y “abundante gas intestinal”. Tres días más tarde vuelve a Urgencias por empeoramiento del dolor, siendo diagnosticado de “estreñimiento”. Posteriormente fue visto como transeúnte por el médico de Atención Primaria en el Área IV (el paciente estaba adscrito al Área Sanitaria II), con el diagnóstico de “probable íleo paralítico”. En la tercera visita a Urgencias -28 de enero de 2019- ante la persistencia de la sintomatología se decide ingreso hospitalario, siendo exitus al día siguiente. El informe de la necropsia que obra en la historia clínica recoge los siguientes diagnósticos: “Hemorragia digestiva alta. Úlcera gástrica de 1 cm de diámetro. Se descarta malignidad histológica. Focos de inflamación mixta y necrosis tisular (...). Leve congestión pulmonar en lóbulo superior derecho. Sin evidencia de malignidad histológica (...). Bocio multinodular (...). Nódulo intestinal mucoso. Sin evidencia de malignidad histológica (...). Nódulos prostáticos. Sin evidencia de malignidad histológica. Hiperplasia benigna prostática (...). Atrofia testicular parcial (...). Arterioesclerosis con focos de calcificación”.

El Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital ..... afirma que el proceso asistencial se desarrolló de “una manera correcta y ajustada a los procedimientos habituales que la práctica de la medicina de urgencias indica para el cuadro clínico que se describe en su historia”. En particular, con relación a la asistencia dispensada al paciente los días 21 y 24 de enero de 2019, explica que “no se objetivaron criterios ni clínicos, ni analíticos, ni en los resultados de las pruebas de imagen realizadas, que sugirieran la necesidad de solicitar más estudios urgentes ni provocar un ingreso hospitalario. Según consta, en ambas visitas se produjo una mejoría sintomática, con las medidas pautadas, de un cuadro clínico bastante inespecífico, que permitió darle el alta y continuar controles y/o estudios ambulatorios”, lo que se constata en los informes clínicos emitidos con ocasión de la visita a Urgencias del paciente. Así, en ambas ocasiones se le efectúa una

exploración física exhaustiva y se le practicaron diversas pruebas (análisis de sangre, ecocardiograma, radiografía de tórax y ecografía de abdomen completo) que arrojaron un resultado normal. En el informe relativo a la asistencia del día 21 de enero de 2019 se recoge “mejoría clínica durante su estancia en Urgencias con la analgesia pautada. Se realiza seriación de MDM siendo normales y sin presentar cambios ECG. El paciente refiere que la clínica es similar a episodios previos de flatulencia y ante la normalidad de las PC se decide observación domiciliaria” (folio 50 de la historia Millennium). La segunda vez que acude a Urgencias el paciente refiere que el dolor ha ido empeorando, pero presenta una clínica similar a la referida en la consulta anterior, observándose en la radiografía de abdomen un “patrón gaseoso inespecífico. Aire y heces distales y hasta colon ascendente. Calcificaciones en pelvis menor compatibles con flebolitos”. Se pauta analgesia (Dexketoprofeno perf. IV) y se coloca enema tras lo cual se evidencia mejoría, por lo que se decide nuevamente alta con seguimiento por su médico de cabecera (folio 46 de la historia Millennium).

Como se puede observar, el perjudicado refiere episodios similares previos asociados a la presencia de gases que, unido a la mejoría con la analgesia pautada, la colocación de un enema y la ausencia de signos de alarma en el resultado de las pruebas complementarias practicadas, permitió descartar el padecimiento de una patología aguda tributaria de ingreso o actuación quirúrgica urgente.

Al respecto, la facultativa que informa a instancias de la compañía aseguradora sostiene que “la finalidad de los Servicios de Urgencias no es la realización de estudios mediante la solicitud de pruebas complementarias. La solicitud urgente de realización de exploraciones complementarias, como son el TAC, angio-TAC, FGS (...), van encaminadas a descartar procesos que requieran de actuación urgente y ayuden a la toma de decisiones terapéuticas, y siempre en función de la situación clínica del paciente./ La actuación sanitaria prestada

en estas asistencias a Urgencias fue correcta siguiendo protocolos a pesar de que no se llegara a un diagnóstico etiológico”.

En términos similares, hemos apuntado en el reciente Dictamen Núm. 137/2020 que “lo exigible al servicio, tanto en atención primaria como en urgencias, es una atención adecuada a los síntomas por los que la paciente acude, ponderada la respectiva naturaleza de esos servicios ya que el nivel asistencial en cuanto a medios y pruebas no puede equipararse entre unos y otros y considerada la improcedencia de realizar pruebas indiscriminadas o aleatorias o de someter a los enfermos a estudios invasivos ante la menor sospecha, lo que no es asumible por el servicio público sanitario ni se ajusta a los requerimientos del cuidado de la salud”. En este supuesto no nos enfrentamos a la falta de respuesta ante una sintomatología persistente y grave que reclama pruebas complementarias en los pacientes que acuden con recurrencia (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 30 de abril de 2019 -ECLI:ES:TSJAS:2019:1248-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), sino ante una afección de difícil diagnóstico, como seguidamente razonaremos.

En efecto, cuando el paciente acude por segunda vez al Servicio de Urgencias no se aprecia una sintomatología que justifique la práctica de otras pruebas distintas a las ya realizadas, pues no parece razonable que ante una clínica compatible con estreñimiento (dolor abdominal, pérdida de apetito, distensión abdominal, meteorismo, 7-8 días sin realizar deposición, sin otros síntomas de interés y mejoría tras tratamiento en Urgencias con enema efectivo -folio 46 de la historia Millennium-) se deban llevar a cabo otros estudios más específicos y exhaustivos para indagar y explorar el diagnóstico, propios de los servicios especializados hospitalarios. En esta línea, procede señalar que el artículo 29.1 de la Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, dispone que “La Atención Hospitalaria es el segundo nivel asistencial del Sistema Sanitario Público y está orientada al diagnóstico y tratamiento de los procesos que a causa de su complejidad sean derivados desde el ámbito de la

Atención Primaria". Igualmente, el artículo 56.2.b) de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece que "En el nivel de atención especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquéllos, se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales", y el artículo 13.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, prescribe que "La atención sanitaria especializada comprenderá: (...) e) La indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos". En el caso examinado, hay constancia en la historia clínica de que en el Servicio de Urgencias, tras la práctica de diversas pruebas y el tratamiento analgésico pautado, se le indicó control y seguimiento por su médico de Atención Primaria para que, en su caso, valorase derivarle al especialista de Digestivo si la clínica no cesaba.

En todo caso en la tercera visita a Urgencias -cuatro días después de la anterior-, ante la persistencia de la sintomatología y la ausencia de un diagnóstico claro se acordó su ingreso hospitalario para mantener en observación y realizar los estudios que se estimaran necesarios para alcanzar un diagnóstico, tal y como explica el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias; decisión que según la facultativa de la entidad aseguradora "se realizó con buen criterio", pese a lo cual el paciente falleció sin que se pudieran completar los estudios para filiar el origen de su dolencia.

Sobre la causa del fallecimiento, el informe final de autopsia reveló la existencia de una "hemorragia digestiva alta" por "ulcera gástrica de 1 cm de diámetro", descartándose "malignidad histológica", presentando las asas de intestino delgado "una marcada apariencia isquémica, de manera extensa" (folio 43 de la historia Millennium). En el informe pericial elaborado a instancia de la compañía aseguradora se concluye que "tras los hallazgos autópsicos se puede atribuir a una isquemia intestinal con una HDA concurrente" y se razona, con cita de bibliografía científica, que "la isquemia intestinal es un afección de

difícil diagnóstico y es causada por fenómenos tromboembólicos e isquemia no oclusiva que conducirá al infarto del intestino delgado. Se considera una enfermedad sistémica con elevada morbilidad y mortalidad, de manera que constituye uno de los grandes retos de la medicina de urgencia". En relación con la sintomatología de esta enfermedad, señala que "la manifestación temprana distinta de la isquemia mesentérica es el dolor intenso con hallazgos físicos mínimos. El abdomen permanece blando, con dolor a la palpación escaso o nulo. Puede haber taquicardia leve. Más adelante, a medida que se produce la necrosis aparecen intenso dolor a la palpación abdominal, defensa, rigidez y ausencia de ruidos hidroaéreos".

En el caso analizado el paciente no presentaba una clínica concluyente, puesto que refería dolor abdominal a la palpación profunda pero "sin ruidos anormales" y "sin defensa". Tampoco consta que sufriera taquicardia, registrándose un ritmo sinusal de 91 latidos por minuto (folio 46 de la historia Millennium). Como hemos apuntado, la isquemia intestinal es una dolencia difícil de diagnosticar, lo que unido a la inespecificidad de los síntomas que refería el paciente impidió su temprana detección. Prueba de ello es que este falleció "sin que hubiese una clara etiología que lo justificase", por lo que fue preciso solicitar una necropsia -como apunta el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna-. Ninguna alegación ni prueba aportan los reclamantes en esta fase administrativa que contraponga los criterios técnicos de la Administración y su aseguradora que obran en el expediente.

Finalmente, los reclamantes reprochan que su familiar no tenía asignado "ningún médico responsable". Así lo reconoce el facultativo que suscribe el informe de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna "por ser el responsable del busca a la mañana siguiente", con base en "la organización del Servicio de Medicina Interna". Ello se debe a que "la asignación de facultativo a los pacientes ingresados por la tarde-noche en un hospital se realiza, por regla general, a primera hora de la mañana del día siguiente. Este es el motivo con alta probabilidad de que el paciente no tuviese médico asignado", según explica

la facultativa que informa a instancias de la compañía aseguradora, frente a lo cual nada oponen los interesados.

En definitiva, dado que todos los informes incorporados al expediente han observado una actuación correcta y adecuada de los profesionales que atendieron al paciente conforme al nivel asistencial propio del servicio de urgencias y a la sintomatología que este presentaba, no hay indicios que permitan vincular su fallecimiento con el funcionamiento del servicio público sanitario, por lo que la pretensión no puede ser acogida.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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.