

Dictamen Núm. 12/2021

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 4 de febrero de 2021, por medios electrónicos, 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 23 de octubre de 2020 -registrada de entrada el día 29 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposo que atribuye a la asistencia recibida en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 21 de octubre de 2019, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que solicita la resolución expresa de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada el 14 de marzo de 2019 por el daño derivado del óbito de su familiar.

Según la información que obra en el expediente, el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios no había recibido dicha

reclamación, por lo que se solicita vía telefónica a la reclamante una copia de la misma, que se recibe el 24 de octubre de 2019.

En ella señala que “se ha producido una actitud negligente por parte del Servicio de Hematología del Hospital” y “pasiva”, considerando que mi marido requería de manera palmaria una vigilancia extrema de su salud” y no que “fuese derivado a su domicilio ante los continuos y manifiestos achaques que presentaba”.

También denuncia que se inició tratamiento con “Azacitidina (...), no constándole” que su “esposo hubiera prestado autorización para efectuar el tratamiento”.

Cuantifica la indemnización que solicita en setenta mil trescientos cincuenta euros con cuarenta y cuatro céntimos (70.350,44 €), más el interés legal que proceda, “conforme a la Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones para el año 2018”, en concepto de “indemnizaciones por causa de muerte a favor del cónyuge viudo, con hasta 15 años de convivencia y cuando la víctima tenía entre 67 y 80 años”.

Finalmente propone como medios de prueba la testifical de la médica de Atención Primaria del paciente y del hematólogo que se indica, así como la documental consistente en que se incorporen al expediente los informes médicos del mismo y la autorización para recibir el tratamiento quimioterápico de “Azacitidina”.

Adjunta a su escrito varios informes médicos relativos al proceso de referencia y una certificación de defunción de su esposo, así como la solicitud cursada al hospital el 12 de diciembre de 2018 para acceder a la historia clínica.

2. Mediante oficio de 4 de noviembre de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por la Instructora Patrimonial, el 20 de noviembre de 2019 la Gerencia del Área Sanitaria I le remite un CD que contiene una copia de la historia clínica del paciente obrante en Atención Primaria y en Atención Especializada, así como el informe suscrito por el Facultativo Especialista de Área del Servicio de Hematología y Hemoterapia.

En este último se analiza el curso clínico del paciente y se formulan una serie de consideraciones médicas sobre la enfermedad que sufría y su tratamiento. Indica que estaba diagnosticado de “síndrome mielodisplásico (...), tipo anemia refractaria con exceso de blastos de tipo 1”, que es una enfermedad “incurable y no tiene tratamientos óptimos”. Añade que “la progresión de las citopenias y la necesidad de transfusiones son la evolución natural de esta enfermedad y por sí mismas no son motivo de ingreso hospitalario”. Por otro lado, sostiene que el paciente “fue puntualmente informado acerca del tratamiento con Azacitidina (...), como demuestra el hecho de que acudió a recibir las administraciones sucesivas al Hospital de Día”. Finalmente, explica que los síncope que sufría el paciente no estaban relacionados directamente con su enfermedad, sino que se trataba de “síncopes tusígenos” y los presentaba desde el año 2016.

Mediante oficio de 16 de diciembre de 2019, la Gerente del Área Sanitaria I envía al Servicio instructor el informe elaborado por la médica de Familia del centro de salud al que estaba adscrito el perjudicado y en el que se detalla la asistencia prestada.

4. Con fecha 8 de enero de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas requiere a la reclamante para que en el plazo de 10 días acredite su parentesco con el perjudicado.

El 4 de febrero de 2020 se recibe en el Servicio instructor una copia del certificado de matrimonio.

5. A continuación obra incorporado al expediente el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por una facultativa,

máster en Valoración del Daño Corporal y diplomada en Medicina del Seguro el 31 de enero de 2020. En él, tras revisar la historia clínica y el informe aportado por el facultativo que atendió al paciente en el domicilio, considera que no se produjeron actuaciones contrarias a la *lex artis*, dado que se cumplieron los protocolos y guías clínicas de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (cita literatura al respecto), “proporcionando al paciente los medios y las posibilidades terapéuticas correctas en cada momento”. Añade que “se ingresó al paciente cuando este presentaba criterios de ingreso y se trató de manera ambulatoria cuando la situación clínica lo permitió”.

6. Mediante oficio notificado a la interesada el 12 de marzo de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Previa petición formulada por la reclamante, el 5 de junio de 2020 se le remite una copia del expediente en formato digital, otorgándole un nuevo plazo de quince días para que presente alegaciones.

Con fecha 8 de julio de 2020 un abogado, en nombre y representación de la interesada (acompaña poder notarial), presenta en una oficina de correos un escrito en el que señala que ha encargado a un especialista en valoración del daño corporal un informe “sobre las posibles responsabilidades sanitarias que, en su caso, se pudieran derivar del actual expediente”. En consecuencia, solicita una ampliación del plazo para formular alegaciones y, subsidiariamente, para el caso de no atenderse dicha petición, se ratifica en el contenido de la reclamación formulada.

Mediante oficio de 10 de julio de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la reclamante que el escrito presentado por su representante no tiene “validez pues carece de firma”. En consecuencia, de conformidad con lo establecido en el artículo 73.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, le concede un plazo de diez

días para que remita el documento firmado, con advertencia de que si así no lo hiciera se le tendrá por desistida de su petición.

7. Con fecha 9 de septiembre de 2020, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona que “la asistencia ha sido correcta a las sucesivas situaciones clínicas, conforme a los protocolos y guías clínicas de la especialidad, proporcionando los medios y las posibilidades terapéuticas adecuadas en cada momento. Se ingresó al paciente cuando este presentaba criterios de ingreso. En la última visita al (Hospital), ante la situación clínica y mal pronóstico de la enfermedad, procedían únicamente cuidados paliativos, sin indicación de ingreso hospitalario para los mismos”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de octubre 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), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. Al efecto, consta acreditado en el expediente su parentesco con el fallecido mediante una fotocopia del certificado de matrimonio.

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 14 de marzo de 2019, y el óbito de su esposo tiene lugar el 25 de octubre de 2018, 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, 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.

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.- La interesada presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su esposo, que atribuye a la actitud pasiva del hospital al no proceder a su ingreso pese a las múltiples afectaciones que presentaba.

La documentación obrante en el expediente acredita la defunción del perjudicado en la fecha indicada -25 de octubre de 2018-, por lo que debemos presumir un daño moral en la familiar que aquí reclama.

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

También es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 146/2019) 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*). 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. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre el tratamiento dispensado u omitido y el resultado dañoso.

En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que a pesar de que le incumbe la carga de la prueba la reclamante no desarrolla actividad probatoria alguna al respecto, por lo que este Consejo Consultivo ha de formar su convicción sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente.

En el supuesto analizado, la interesada reprocha al Servicio de Hematología del hospital su "actitud negligente" y "pasiva" por no proceder al ingreso hospitalario de su marido, pese a "los continuos y manifiestos achaques" que mostraba, teniendo que hacer frente la familia "a las múltiples afectaciones que (...) presentaba".

Según informa el Facultativo Especialista de Área del Servicio de Hematología y Hemoterapia, el perjudicado estaba diagnosticado de "síndrome mielodisplásico (...), tipo anemia refractaria con exceso de blastos tipo 1, de riesgo intermedio por el IPSS-R (Revised International Prognostic Scoring System)", que es una enfermedad "incurable" cuyo tratamiento en pacientes mayores de 60-65 años (en este caso el paciente tenía 78 años) consiste en "soporte transfusional y tratamiento de las infecciones cuando es preciso". Señala que en el momento del diagnóstico -12 de febrero de 2018- "no presentaba citopenias significativas desde el punto de vista clínico, ni infecciones evidentes", por lo que "se dejó en observación sin tratamiento específico". Sostiene que "en los siguientes 6 meses se realizó un seguimiento estrecho desde la consulta de Hematología (6 visitas, aproximadamente una al mes), con analíticas, exploración física y anamnesis, donde se constató lenta progresión del (síndrome mielodisplásico) a nivel de las cifras hematológicas pero sin repercusión clínica, por lo que se continuó con la estrategia de abstención terapéutica".

En el informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora se recoge que "los (síndromes mielodisplásicos), conocidos como 'con exceso de blastos', suelen ser más graves y más difíciles de tratar", según las guías clínicas de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. El método de tratamiento "dependerá del estado general, de la edad del paciente y de la

categoría de riesgo según la calificación IPSS (...), o de las más recientes WPSS e IPSSR". Así, "los pacientes con citopenia leve asintomática incluidos en el grupo de riesgo bajo o intermedio 1 sin alteraciones citogenéticas adversas y con blastosis < 5 % pueden no recibir tratamiento". Como acabamos de señalar, el paciente tenía un síndrome mielodisplásico de riesgo intermedio por el IPSS-R, no presentaba citopenias significativas desde el punto de vista clínico y tenía más de 65 años, por lo que la actuación sanitaria consistente en abstención terapéutica fue correcta.

Con relación a la asistencia dispensada al enfermo el día 9 de septiembre de 2018, la reclamante destaca que pese a "todos los padecimientos que estaba sufriendo" su cónyuge "no se consideró oportuno el ingreso hospitalario". En cambio, el Facultativo Especialista de Área del Servicio de Hematología y Hemoterapia asevera que "sí fue ingresado", siendo "alta con los diagnósticos de infección respiratoria de vías altas y síncope en probable relación con exceso de la HTA". Y añade que, a diferencia de lo que figura en la reclamación, "sí se tomaron medidas: se administraron medidas de soporte, se prescribió antibioterapia, se suspendió la anticoagulación oral por el riesgo hemorrágico aumentado al empeorar las citopenias y se suspendió el antihipertensivo como causa adyuvante probable de los síncope". Añade que durante el ingreso se constató "mejoría clínica", por lo que le dieron el alta el 13 de septiembre de 2018 "en aceptable situación clínica", y "era completamente autónomo para las funciones vitales básicas". También indica que "a pesar de ello fue citado en un plazo breve, el 26 de septiembre de 2018 (13 días después del alta y no 17 como figura en la reclamación)". Asimismo, comenta que "dado que las citopenias habían empeorado se comenzó a valorar la posibilidad de iniciar algún tratamiento específico" para el síndrome mielodisplásico)". En efecto, revisada la historia clínica de Atención Especializada se constata que el paciente permaneció ingresado entre el 9 y el 13 de septiembre de 2018, con los diagnósticos, evolución y tratamiento expuestos por el especialista (notas de progreso e informe clínico de alta).

Respecto al ingreso que tuvo lugar el día 17 de septiembre de 2018, se sorprende la reclamante de que a su marido le dieran el alta, pues entendía que debía permanecer hospitalizado, y cuestiona que figure como motivo del mismo el término "domicilio". Sobre este extremo, el Facultativo Especialista de Área del Servicio de Hematología y Hemoterapia explica que "la inestabilidad hemodinámica se resuelve en 24 horas con medidas de soporte básico", mejorando la situación del paciente en los días siguientes al ingreso. Pese a ello, "dada la progresión de las citopenias se decide una reevaluación de la enfermedad hematológica, para lo que se realiza el 20 de septiembre de 2018 un aspirado de médula ósea esternal donde, junto con el resto de datos, se constata que en este momento el paciente tiene un (síndrome mielodisplásico) con IPSS-R de muy alto riesgo". Insiste en que "esta enfermedad es incurable y no tiene tratamientos óptimos, por lo que habitualmente el tratamiento estándar es soporte transfusional, como así se hizo". Añade que "se valoró de forma positiva administrar tratamiento con Azacitidina, un agente hipometilante del DNA que puede mejorar las citopenias en algunos casos y evitar algunas transfusiones; por ello, y en vista de la mejoría clínica constatada durante el ingreso, se inició este tratamiento el 24 de septiembre de 2018, fue citado para la segunda dosis en el hospital de Día el 25 de septiembre de 2018 y fue dado de alta al no cumplir criterios clínicos de ingreso hospitalario".

Respecto al motivo del alta, en el que figura "domicilio", comenta que "es el estándar, salvo que sea trasladado a otro centro hospitalario", por lo que no puede considerarse incorrecto o negativo como pretende la interesada.

También debe significarse que durante el tiempo transcurrido entre el 5 de septiembre y el 24 de octubre (periodo durante el cual el paciente acudió a Urgencias en dos ocasiones y la reclamante acusa su tórpida evolución), ni el perjudicado fue a la consulta del centro de salud ni la familia avisó para solicitar asistencia, según reporta la médica de Atención Primaria.

En cuanto a los síncope que sufría el enfermo, el Facultativo Especialista de Área del Servicio de Hematología y Hemoterapia explica que no estaban relacionados directamente con su enfermedad, sino que se trataba de "síncope

tusígenos” que presentaba desde 2016 y que habían sido estudiados por los Servicios de Neurología y de Cardiología. En efecto, en el informe del Servicio de Neurología de 8 de junio de 2017 consta que el paciente fue valorado con la impresión diagnóstica de “síncope tusígeno (...) en probable relación con control excesivo de la PA (presión arterial)” y “presíncopes por hipotensión ortostática”.

Por último, el facultativo explica que “la situación clínica fue empeorando algo como corresponde a la evolución natural de esta enfermedad”, y reitera que “en ningún momento tuvo criterios de ingreso en un hospital de cuidados agudos”. Aclara que “la progresión de las citopenias y la necesidad de transfusiones son la evolución natural de esta enfermedad y por sí mismas no son motivo de ingreso hospitalario”. Señala que “se realizaron las medidas ambulatorias que fueron consideradas necesarias: transfusión de concentrados de hematíes, sueroterapia, antieméticos, laxantes”, comunicando a la médica de Atención Primaria “la posibilidad de administrar únicamente cuidados paliativos dado el mal pronóstico de la enfermedad”; opción que la familia rechazó según comunica la médica de Atención Primaria.

Por último, la reclamante también denuncia que se le administró “Azacitidina” no constando que el perjudicado “hubiera prestado autorización para efectuar tal tratamiento”, aunque no explicita la posible incidencia de esa falta de consentimiento en el fallecimiento de su esposo. Al respecto, tal y como señalamos en el Dictamen Núm. 159/2013, “el consentimiento informado, como ha puesto de relieve la Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo, constituye una manifestación de la facultad de autodeterminación del paciente -facultad inherente a su derecho fundamental a la integridad física (artículo 15 de la Constitución)-, de modo que el daño moral que se anudaría a la insuficiencia de la información suministrada al paciente y la antijuridicidad de las lesiones producidas cuando falta el consentimiento informado originan un derecho que solo este puede invocar”. También hemos manifestado que incluso “la ausencia del documento de consentimiento no está anudada de forma automática a una indemnización *per se*, siendo imprescindible la causación de

un daño o perjuicio” (entre otros, Dictamen Núm. 9/2020). En el supuesto examinado, debe tenerse en cuenta que una eventual infracción del consentimiento informado habría lesionado, en todo caso, la autonomía de la voluntad del paciente, generando un daño para cuya reclamación no se encuentra legitimada la interesada, quien reclama por el sufrimiento derivado de la pérdida de su esposo como consecuencia de la pasividad que imputa al servicio público sanitario; circunstancia, en suma, ajena a la hipotética lesión de la autodeterminación del enfermo.

En cualquier caso, el Facultativo Especialista de Área del Servicio de Hematología y Hemoterapia sostiene que el paciente “fue puntualmente informado acerca del tratamiento con Azacitidina (...), como demuestra el hecho de que acudió a recibir las administraciones sucesivas al Hospital de Día”. En efecto, en las notas de progreso del hospital se recoge que el enfermo acudió hasta en tres ocasiones para recibir el tratamiento con Azacitidina, de lo que se infiere su voluntad de realizar el mismo.

En definitiva, desde que se diagnosticó su enfermedad hematológica el perjudicado estuvo sometido a un estrecho seguimiento por el Servicio de Hematología y Hemoterapia, con controles periódicos, ofreciéndole los medios y las posibilidades terapéuticas adecuadas a cada momento, teniendo en cuenta que según las guías clínicas de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia el síndrome mielodisplásico no tiene indicado un tratamiento específico en mayores de 65 años, más allá del soporte transfusional, tratamiento de las infecciones -si las hubiera- y administración de fármacos con agentes hipometilantes del DNA (se inició tratamiento con Azacitidina). Acudió al Servicio de Urgencias únicamente en dos ocasiones, y en ambas fue ingresado y atendido en función de los signos y síntomas que presentaba, siendo alta por mejoría clínica, como ya hemos expuesto. Las otras veces que acudió a consulta no cumplía criterios clínicos de ingreso, por lo que fue alta domiciliaria, actuación que es correcta a juicio de todos los facultativos que han examinado el caso.

A la vista de ello, debemos concluir que no resulta acreditada una mala praxis en la actuación sanitaria, que fue adecuada a la sintomatología en cada momento y a las circunstancias del paciente, siendo el fallecimiento consecuencia de la inevitable evolución de la grave enfermedad que padecía.

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.