

Dictamen Núm. 251/2021

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 2 de diciembre de 2021, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por mayoría el siguiente dictamen. La Consejera doña María Isabel González Cachero votó en contra:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 15 de septiembre de 2021 -registrada de entrada el día 21 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del inadecuado control del estado de las úlceras por presión que sufría su madre por parte del servicio de salud.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 11 de agosto de 2020, los interesados presentan en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños y perjuicios derivados de la deficiente atención sanitaria prestada a su madre por parte del personal del Centro de Salud

Exponen que fue ingresada en una residencia geriátrica en agosto de 2018 tras sufrir un ictus hemorrágico el día 10 de julio de ese año que la dejó postrada en una "situación (...) de dependencia total, teniendo que ser alimentada por sonda nasogástrica", y pasando a "pertenecer, como el resto de internos de dicha residencia (...), al Centro de Salud (...). Durante su ingreso en el geriátrico (...), a partir del mes de marzo de 2019, el estado de salud (...) empieza a empeorar, con úlceras por presión en las piernas, circunstancia que no se comunica ni por la residencia ni por el centro de salud a sus familiares, que en las visitas que le realizan en la residencia patentizan el mal estado (...) y su expresión de dolor, a pesar del estado de dependencia y fragilidad en que se encontraba, si bien el personal de la residencia, e incluso el facultativo de la misma (...), minimizan la gravedad de la paciente (...) diciéndole a su hija que no se preocupase".

Señalan que cuando el día 23 de mayo de 2019 la ingresan en el Hospital "X" "por habersele desconectado el sistema PEG de alimentación los facultativos del Servicio de Urgencias se percatan del mal estado general de la misma, y muy especialmente de las lesiones que presentaba en las piernas, con vendajes de consistencia pétreo y superpuestos sobre la misma gasa, que según se le manifestó a la hoy reclamante llevaban sin cambiar y curar varias semanas; de ahí la importante necrosis de las piernas, el mal olor y el exudado purulento, aspectos indicativos de sobreinfección./ Todo lo cual resulta más grave, si cabe, por el hecho de que (la paciente), si bien no respondía a estímulos verbales, si lo hacía a estímulos dolorosos, lo que hace, dado lo irreversible de la situación y para no prolongar más su (...) estado, que se inicie una sedación paliativa que abocó en su fallecimiento (...) el 28 de mayo de 2019. Las fotografías del estado de las piernas de la paciente a su ingreso" en el Hospital "X" "hablan por sí solas. Incluso el propio Servicio de Urgencias remitió parte de las lesiones al Juzgado de Guardia".

Denuncian "una ausencia de valoración por el facultativo de Atención Primaria (...), siguiéndose únicamente el criterio y decisiones totalmente erráticas del personal de enfermería, que se limitó a tratar la escara con

betadine sin extirpar la necrosis, practicando curas escasas e insuficientes cada (...) semana o incluso quince días cuando ese tipo de lesiones requieren cuidado cada dos o tres días (...). Corolario de lo antedicho lo supone el hecho de no derivar a la paciente por los facultativos de dicho centro de salud, dada la situación de sus lesiones, a un centro hospitalario”.

Fijan el *quantum* indemnizatorio en cincuenta mil ochocientos euros (50.800 €), de los cuales corresponderían 25.400 € a cada hijo.

Acompañan copia, entre otros documentos, del certificado de defunción, de la certificación acreditativa de que la finada falleció sin testar, del Libro de Familia y de diversos informes clínicos. Figura, asimismo, el parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones, en el que se señala que se trata de una “paciente traída a Urgencias por desconexión de sistema PEG. A la exploración física, consciente, desconectada del medio. No responde a estímulos verbales, pero sí dolorosos. AC: arrítmica, soplo sistólico eyectivo IV/VI. AP en plano anterior: mvc. Región dorsal con eritema con pérdida de solución de continuidad en región escapular derecha. Apósito sin lesión subyacente en región escapular izquierda. Abdomen: RHA +, blando, depresible, aparentemente no doloroso./ Se levantan vendajes con gasa impregnada en betadine, de consistencia pétrea y con varios vendajes superpuestos sobre la misma gasa./ Derecha: (úlceras por presión) en calcáneo. Exudado putrefacto que afecta a fascia muscular con importante necrosis de la misma (...), mal olor y exudado purulento./ Izquierda: úlcera pretibial con afectación a fascia muscular, con necrosis importante y exudado purulento. Lesión isquémica en primer dedo pie”.

2. Mediante escrito de 25 de agosto de 2020, 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 -13 de agosto de 2020-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo de resolución del mismo y el sentido del silencio administrativo.

3. Previa solicitud formulada por la Instructora Patrimonial, el 17 de abril de 2020 el Gerente del Área Sanitaria V le remite una copia de la historia clínica de la paciente obrante en Atención Primaria, de la historia Selene y el informe de la Facultativa de Atención Primaria.

En la historia clínica constan varias anotaciones de la enfermera del servicio público sanitario que, requerida el 23 de noviembre de 2018, observa que la enferma tiene una úlcera por presión “de 2 meses de evolución, me avisan ahora”, detallando el tratamiento y los consejos para las curas al personal de la residencia, con indicación de “colchón antiescaras”, reseñando que la Directora de la residencia “es reticente a colocarlo”; el 27 de noviembre de 2018 que “hablo con trabajadora social sobre situación residencia”; el 29 del mismo mes que llama por teléfono a “la hija para hablar del colchón antiescaras” que la residencia no había proporcionado y es pedido por la familia; el 5 de diciembre que “da la impresión de no movilizar ni curar diariamente en residencia. Dejo por escrito la indicación”, y en sucesivos apuntes la mala evolución y la deficiencia de las curas practicadas por la residencia, que no atienden a lo pautado por ella.

La Médica de Atención Primaria informa, el 16 de septiembre de 2020, que “según se refleja en la copia de la historia clínica (...) la paciente fue atendida de manera continuada por el médico de la residencia (...), recibió las curas del personal de enfermería del centro de salud (...) al que pertenecía y fue derivada al hospital cuando se consideró necesario./ Durante el tiempo que fue paciente de mi cupo no se demandó ninguna consulta domiciliaria para el médico del centro de salud a la residencia, por lo que no llegué a conocer a la paciente./ Con fecha (...) 12 de agosto de 2019 (...) fue enviada al Servicio de Atención al Usuario otra copia de la historia clínica de la paciente solicitada por el Juzgado”.

4. Con fecha 19 de octubre de 2020, la Instructora Patrimonial reitera a la Gerencia del Área Sanitaria V el requerimiento de la historia clínica completa de la paciente, pues la enviada “se compone de pantallazos del programa informático, y el informe del Médico de Familia no reúne los requisitos legales”.

5. Mediante oficio de 17 de diciembre de 2020, el Gerente del Área Sanitaria V traslada a la Instructora Patrimonial una copia de la historia clínica de la enferma obrante en el centro de salud y un informe médico.

El informe emitido por la Facultativa del Centro de Salud refiere que “la paciente fue atendida correctamente por el personal de enfermería del centro de salud, según consta en su historia clínica, en numerosas ocasiones. Y por el médico de la residencia, con el que me he puesto en contacto./ Durante su estancia en la residencia no fue solicitada mi intervención, puesto que tanto el personal de la residencia, el personal de enfermería, el médico de la residencia y las derivaciones” al Hospital “X” “cuando fueron precisas sirvieron para atender cuanto fue preciso a la paciente./ Como cualquier otro paciente, institucionalizado o no, es atendido por el personal sanitario siempre que se nos necesita. Y si por parte de la familia o el personal de la residencia hubieran solicitado asistencia de un médico del centro de Salud así hubiera sido. Pero, repito, la paciente estuvo en todo momento a seguimiento por el médico de la residencia, como también se refleja en la copia de la historia clínica (...), puesto que es también médico del Centro de Salud”.

6. El día 22 de febrero de 2021, se recibe en el Servicio Instructor el informe suscrito por el Responsable de Enfermería del Centro de Salud el 14 de enero de 2021. En él se indica que la paciente, con domicilio en la residencia, fue “atendida por el personal de enfermería del Centro de Salud”, en cuyas “anotaciones se hace referencia a los tratamientos y técnicas de enfermería que están regladas en los distintos protocolos de curas de úlceras”. Indica que “en la última fase de la vida (...) se realizó un proceso de cuidados paliativos (...), dada la irreversibilidad de los distintos procesos que la paciente tenía; durante todas las anotaciones de la historia clínica se comprueban las veces que la paciente fue remitida al hospital por complicaciones de sus procesos./ Dentro de los cuidados paliativos está el proceso de momificación de ulceraciones o escaras vasculares, técnica esta aplicada en domicilios y hospitales y totalmente validada por los

múltiples estudios sobre el tema (...); se practica cuando la situación es irreversible (...), requiere ser consensuada con el médico para su realización, como sucede en el caso que nos compete”.

Señala que no entra “a valorar los distintos puntos de vista ni el parecer de la familia, ni de las discusiones con el personal de la residencia, ni su intromisión en las curas realizadas o derivadas para su realización por parte del personal de enfermería al personal de residencia”.

Finalmente, considera que “la actuación del personal de enfermería del Centro de Salud fue diligente”.

7. Con fecha 8 de abril de 2021, emite informe pericial a instancia de la compañía aseguradora un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, máster en Peritaje Médico y licenciado en Farmacia, en el que concluye que “la actuación de los profesionales sanitarios (...) ha sido correcta y ajustada, en todo momento, a la *lex artis ad hoc*”.

Afirma que “consta acreditado que la paciente ha sido valorada de forma continua, estrecha y adecuada por todos los profesionales del centro de salud (...). Constan visitas y anotaciones periódicas para atender las patologías que ha padecido (...) durante su ingreso en la residencia geriátrica”. Señala que presentaba -aplicando la escala de Norton- un riesgo de desarrollo de úlceras por presión “extremo (superior al 90 %). Por este motivo, y con excelente criterio profesional, la enfermera de su centro de salud insiste” en “la realización de cambios posturales frecuentes y la utilización de un colchón antiescaras”. Estima “acreditadas visitas periódicas por parte de enfermería para curas y seguimiento de las (úlceras por presión) y de la sonda de gastrostomía, así como de su médico Atención Primaria para ajuste de medicación”.

Manifiesta que “la paciente presenta un deterioro clínico más acusado a partir del mes de marzo-abril de 2019 fruto de la inmovilización, la desnutrición y la isquemia crónica de miembros inferiores (...). En esta situación terminal e irreversible (...) el único tratamiento posible es paliativo, continuando con las curas no agresivas y aumentando la analgesia de la paciente para su mejor

confort (...). No existe una alternativa terapéutica eficaz con intención curativa, la única opción médica realista y apropiada es la que se tomó por parte de los facultativos del centro de salud, que es limitar el esfuerzo terapéutico, aumentar la analgesia (...) y realizar curas no agresivas”.

8. Mediante oficio notificado a los interesados el 18 de mayo de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los documentos obrantes en el expediente.

9. Con fecha 8 de junio de 2021, los interesados presentan un escrito de alegaciones en el que reiteran el contenido de su reclamación. En él destacan que “no es hasta el día 2 de mayo cuando se recomiendan `curas cada 48/72 horas´, si bien no se tiene constancia en la historia clínica de que se realice una cura hasta el día 14 de mayo, que se dice se repite el día 16 y el día 21 de mayo”, aunque “para tales fechas las úlceras debido a tales actuaciones tardías y erráticas ya presentaban un estado que aboca en la repetida sedación y en la ya alegada pérdida de oportunidad (...). Si bien es verdad que recibe dos o tres curas de enfermería a mediados de mayo, durante todo el mes de abril, pese a señalarse ya la gravedad (...), no se constata ni una sola cura; amén de la inadecuada superposición de vendas de aspecto pétreo que lo único que consiguieron fue la necrosis (...) y la sobreinfección”.

Solicitan que se les dé traslado del informe de la Directora de la residencia de 30 de junio de 2019 al que hace referencia la doctora de Atención Primaria en su informe, así como la práctica de diversos interrogatorios.

10. El día 15 de junio de 2021, la Instructora Patrimonial acuerda estimar la prueba documental solicitada y “denegar la (...) relativa a los interrogatorios propuestos, habida cuenta del carácter eminentemente escrito del expediente administrativo, así como de la constancia de las valoraciones realizadas por los profesionales propuestos (...), resultando innecesaria dicha prueba”.

11. Mediante oficio de 16 de junio de 2021, el Gerente del Área Sanitaria V incorpora al expediente el informe de la Directora de la residencia. En él se indica que “la aparición de úlceras de decúbito (...) es algo inevitable en pacientes con total inmovilidad y permanencia continuada en la cama (...), a pesar de lo cual la primera úlcera (...) ha tardado en aparecer casi 7 meses por el empleo desde su ingreso de colchón antiescaras, cambios posturales cada 2 horas y vigilancia diaria para poner parches que amortiguan la presión ante la más mínima señal de enrojecimiento de la piel”, añadiendo que “a pesar de la imposibilidad de saber si la residente padecía algún tipo de dolor se ha mantenido durante toda su estancia tratamiento analgésico”.

12. Mediante oficio notificado a los interesados el 26 de junio de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura de un segundo trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los nuevos documentos incorporados al expediente.

13. Con fecha 5 de julio de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a los reclamantes, “en respuesta a su petición telefónica de 5 de julio de 2021”, un CD que contiene una copia del expediente administrativo completo, concediéndoles un nuevo plazo de quince días para formular alegaciones.

14. El día 30 de julio de 2021, los reclamantes presentan un escrito de alegaciones en el que manifiestan encontrar contradicciones entre los informes emitidos por la Directora de la residencia y la doctora, subrayando que “lo único cierto de todo esto es que las úlceras (...) no fueron tratadas correctamente”, y acompañan el informe pericial emitido por una especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él se destaca, en primer lugar, que “cuando la paciente llega a la residencia” en el informe de alta del Hospital “X” “no figura en ningún

punto del mismo que (...) deba permanecer encamada permanentemente. Así pues, mi primera sorpresa es que a esta paciente se le condenase de hecho al encamamiento permanente, con el riesgo de producción de escaras que esto conlleva./ Curiosamente en el informe de alta de `Z´ del día 18-2-2019 se dice que la paciente hace vida cama-sofá (esta afirmación la habrán supuesto porque sería lo normal en una paciente de este tipo y no se imaginarían que estaba confinada permanentemente en la cama)./ Así pues, esta señora debería haber hecho una vida cama-sillón, como es preceptivo en cualquier paciente que ha sufrido un ictus, y esa indicación debería haberla realizado el médico de la residencia que, además, era también un médico de Centro de Salud

A continuación, señala que "las veces (en) que esta paciente acudió al hospital no fueron por complicaciones de sus procesos", sino que "tenía un problema neurológico y motor (...), pero el resto de sus órganos funcionaban con normalidad y por tanto no se la tenía que haber tratado con cuidados paliativos sino con los cuidados especiales que requería; cosa que, desde mi punto de vista, no se hizo y esa fue precisamente la causa de que llegase a una situación de irreversibilidad". Alude a las distintas asistencias recibidas por la enferma, refiriéndose a las anotaciones efectuadas el día 23 de noviembre de 2018 -"comenta la enfermera del centro de salud que `tiene una pequeña escara sacra grado I y otra úlcera por presión en el talón derecho sin cavitación y exudado grado III con fibrina en el lecho de la úlcera´"-, precisando que le "cuesta mucho trabajo creer que una úlcera grado III no tiene cavitación ni exudado pero tiene fibrina en el lecho, estos datos son realmente incompatibles por lo que no me queda más remedio que pensar que esta enfermera no sabía valorar adecuadamente las lesiones de la paciente", y destaca que según la clasificación mencionada en la pericial emitida por la compañía aseguradora "el grado III consiste en pérdida total del grosor de la piel, que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo aunque no llega a la fascia". Añade que "la enfermera comenta que la úlcera del talón derecho tenía más o menos dos meses de evolución y la herida de la mano unos días, pero que no la habían avisado de la residencia./ Esto me da pie para pensar de nuevo que el doctor del

C. de S. que ejercía, parece ser como médico de la residencia, no debía de estar muy atento a las posibles incidencias de los internos de la residencia (...). En cualquier caso, la enfermera refiere que ese día realizó las pruebas pertinentes de la PGE, el sacro, el talón y la mano, aunque no especifica qué tipo de curas realizó. Recomendando que no se toquen los apósitos hasta que ella vuelva dentro de 5 días (personalmente me parecen muchos días porque habitualmente las curas de las escaras suelen realizarse cada 48/72 horas). 28-11-2018: Este día la enfermera comenta la mejoría de la escara sacra y de la mano: `La escara sacra ha epitelizado pero dejo apósito protector (...). También hace referencia a la movilización y limpieza de la sonda PEG pero no comenta el estado del talón, por lo que ni siquiera tenemos la certeza de que le haya realizado ninguna cura a ese nivel (...). 5-12-2018: Ha pasado una semana desde la última visita de la enfermera (...). 11-12-2018 (...): La enfermera hace constar que disminuyó el lecho de la úlcera en el talón derecho y que tiene una placa necrótica (que no extirpó como sería preceptivo). Aquí de nuevo discrepo con la enfermera./ En primer lugar, con mi experiencia de más de 40 años” como cirujana en el Hospital “Y” “puedo asegurar que nunca he visto mejorar una (úlceras por presión) con una placa de necrosis sin que esta haya sido extirpada. Esto mismo lo corrobora el perito (...), la úlcera no pudo haber mejorado si tenía una placa de necrosis sobre la que no se actuó./ Además, de nuevo había pasado casi otra semana desde la última cura realizada (...). 3-1-2019: Han pasado 23 días desde la última cura reseñada (...). Tampoco se realiza extirpación de la placa de necrosis./ 14-1-2019: Vuelve la enfermera 11 días más tarde (...) y recomienda curas cada 24/48 h. No obstante, la enfermera no vuelve hasta el día 28-1-2019”.

El informe pericial menciona las sucesivas fechas de las anotaciones de intervención que se reflejan en el historial señalando que durante 25 días “no figura ninguna actuación ni médica ni de enfermería”, y destaca que el derivado de la morfina recetado (“que se encuadra dentro de lo que se llaman analgésicos mayores”) es indicativo del sufrimiento de la paciente, y resalta el hecho de que se le prescribiese un antibiótico de amplio espectro “cuando en las infecciones

de las úlceras rara vez son necesarios". Añade que en la asistencia del día 2 de mayo se recoge que se practica una cura y que "se realizarán curas cada 72 horas", no constando otra hasta el día 14.

La especialista se muestra disconforme con la falta de lavado de las heridas y de realización de cultivos a la luz de la supuración, así como con la no derivación al hospital de la paciente con base en las notas que constan el 17 de mayo de 2019, afirmando que le "parece bastante absurdo poner de repente tres antibióticos a ojo", lo que considera una "pésima práctica médica". Tras esa asistencia consta la de 21 de mayo, efectuándose una cura que "fue teóricamente la última que se le realizó a la paciente antes de derivarla a 'X'".

Indica que "cuando la paciente llega a Urgencias en la hoja de informe se describe que (...) trae un vendaje de consistencia pétreo que consiste en capas superpuestas de vendas con betadine. Esto no es lo que describe la enfermera el día 21 ¿De dónde sale este tipo de curas de superponer capa sobre capa de gasas sin retirar las anteriores?/ Creo que es a esto a lo que se refiere el Supervisor de Enfermería de cuando hace referencia a la 'momificación' de úlceras y escaras vasculares, que según dice él es una técnica perfectamente validada para situaciones irreversibles./ Comentado el caso con el anterior Jefe del Servicio de Cirugía Vasculor" del Hospital "Y", "para poder tomar la decisión de momificar un miembro isquémico tiene que haber una valoración estricta por un Servicio de Vasculor en un centro hospitalario, decidir que el único tratamiento que puede realizarse al paciente en cuestión es la amputación de ese miembro y que se constate que esto no puede realizarse por las circunstancias del paciente, y una vez explicado detalladamente todo esto a la familia y de forma consensuada puede realizarse el proceso de momificación, para lo cual es también condición imprescindible que no hay infección importante en la extremidad afecta (...). En resumen, la decisión de proceder a la momificación de la extremidad estuvo incorrectamente tomada, no ajustándose para nada a los protocolos de buena práctica clínica".

Destaca el resultado de las analíticas que se realizan en el Hospital “Z” y en el Hospital “X”, indicando que le “hace pensar que la alimentación en las últimas semanas (...) no fue correctamente vigilada por el personal sanitario”.

Concluye que “el mal estado general de la paciente no se debía a sus patologías previas sino a la mala evolución de sus úlceras por su inadecuado manejo, tanto por la calidad de las curas como por su frecuencia, así como por el deficiente control nutricional por parte de los sanitarios (...). De hecho, el que con la sedación paliativa haya tardado cuatro días en fallecer habla del buen funcionamiento en se hallaban la mayor parte de sus órganos (...), lo que supuso claramente una pérdida de oportunidad para la paciente”, y finaliza afirmando que los cuidados dispensados “no han sido conformes a la *lex artis*”.

15. Con fecha 17 de agosto de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al entender que “la asistencia prestada ha sido correcta y adecuada a la *lex artis ad hoc*”.

En ella, tras describir el cuadro clínico que la paciente presentaba, afirma que en la “situación clínica descrita no cabe una alternativa terapéutica con intención curativa, la única opción médica realista es la adoptada por parte de los facultativos del centro de salud, limitando el esfuerzo terapéutico, aumentando la analgesia (consta acreditada la administración de mórficos) y realizando curas no agresivas. Dicha actitud ha sido consensuada con la familia”.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 15 de septiembre de 2021, 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.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación, pues esta se dirige específicamente frente al servicio público sanitario como prestador o garante de una asistencia adecuada, sin perjuicio de la implicación de un centro geriátrico privado respecto de sus obligaciones de guardia y asistencia de las personas internas en el centro.

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 11 de agosto de 2020, habiéndose producido el fallecimiento de la paciente el día 28 de mayo de 2019 si bien, atendida la suspensión del cómputo de los plazos de prescripción y caducidad operada entre el 14 de marzo y el 4 de junio de 2020 en aplicación de la disposición adicional cuarta del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el Estado de Alarma para la Gestión de la Situación de Crisis Sanitaria ocasionada por el COVID-19, y sus prórrogas, y el artículo 10 del Real Decreto 537/2020, de 22 de mayo, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, estimamos 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.

Ahora bien, se observa 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 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 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la apertura de diligencias penales, sin que conste formalmente el archivo de las mismas o la sentencia recaída, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en su 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados reclaman una indemnización por el daño sufrido a causa del fallecimiento de su madre, que achacan a una deficiente actuación sanitaria, dado que el estado de sus úlceras por presión no estuvo sujeto al seguimiento que requería, con tardanza en la derivación al hospital, lo que determinó que hubiera de optarse por una sedación paliativa.

Acreditada la realidad del óbito y la relación de filiación que une a reclamantes y paciente, cabe presumir la existencia del daño moral cuya indemnización se reclama.

Ahora bien, como venimos reiterando, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público 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 y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 171/2021), 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 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 previo estado del paciente o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, 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 esos 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 el supuesto planteado, los reclamantes sostienen que el estado de la paciente llegó a ser irreversible a causa del inadecuado control y tratamiento de las úlceras por presión que presentaba. Aducen, de este modo, una pérdida de oportunidad terapéutica, fundando su pretensión en las probabilidades de que la enferma hubiera superado el cuadro clínico que la aquejaba tras sufrir un ictus hemorrágico que la dejó postrada en una "situación (...) de dependencia total, teniendo que ser alimentada por sonda nasogástrica".

Ante todo, no debe desconocerse que cuando se reclama por una pérdida de oportunidad terapéutica no solo ha de acreditarse una mala praxis médica sino también la puntual disponibilidad de una técnica que, aplicada al caso concreto, hubiera conducido a un mejor resultado, en este caso a evitar el fallecimiento.

Este último extremo no alcanza a acreditarse. Se trata de una anciana que presentaba una dependencia total -padeciendo un problema neurológico y motor- por haber sufrido un ictus, que no respondía a órdenes verbales, con hemiparesia y que se encontraba en una residencia geriátrica en la que era atendida periódicamente y a demanda por personal del centro de salud de la zona, a quien se achaca mala praxis. Durante su ingreso en el centro geriátrico empieza a sufrir úlceras por presión que derivaron en necrosis e infección.

Con relación a esas úlceras, las periciales obrantes en el expediente constatan documentadamente que al tratarse de una paciente de edad avanzada, estuporosa, con hemiparesia derecha, inmovilidad de ambos miembros inferiores e hipoperfusión que afectaba fundamentalmente a estos el riesgo de desarrollo de úlceras por presión, aplicando la Escala de Norton, es de 6 puntos, es decir, extremo (superior al 90 %). Es pacífico que la técnica destinada a reducir ese riesgo es la realización de cambios posturales frecuentes y la utilización de un colchón antiescaras.

Frente a esta evidencia, la pericial aportada por los reclamantes se reduce a indicar que la enferma "debería haber hecho una vida cama-sillón, como es preceptivo en cualquier paciente que ha sufrido un ictus", y no quedar de continuo encamada, y que "no se la tenía que haber tratado con cuidados paliativos sino con los cuidados especiales que requería, cosa que (...) no se hizo y esa fue precisamente la causa de que llegase a una situación de irreversibilidad". Anuda así la pérdida de oportunidad de supervivencia a las omisiones de los profesionales que la trataron.

Al respecto, la Facultativa del centro de salud, el Responsable de Enfermería del mismo y el especialista que informa a instancias de la entidad aseguradora desechan esa relación de causa a efecto. En concreto, el

mencionado especialista manifiesta que, “con excelente criterio profesional, la enfermera de su centro de salud insiste” en “la realización de cambios posturales frecuentes y la utilización de un colchón antiescaras (...). En las múltiples anotaciones realizadas por las enfermeras del centro de salud se vuelve a insistir de forma reiterada en la necesidad de realizar cambios posturales y la utilización del colchón antiescaras”, y pone de manifiesto, en lo que atañe estrictamente a la asistencia sanitaria dispensada por el personal del centro de salud, que en la situación clínica concurrente no cabía una alternativa terapéutica con intención curativa, de manera que “la única opción médica realista y apropiada es la que se tomó por parte de los facultativos del centro de salud, que es limitar el esfuerzo terapéutico, aumentar la analgesia” y realizar curas no agresivas.

En la confrontación de las pruebas periciales procede recordar, tal como hemos señalado en ocasiones precedentes (por todos, Dictamen Núm. 25/2020), que “la jurisprudencia viene razonando de forma constante que la fuerza probatoria de los informes periciales reside en gran medida en su fundamentación y coherencia interna, en la mayor especialización de quien los formula y en la independencia o lejanía del perito respecto a los intereses de las partes pues, `naturalmente, en la ponderación no es suficiente la mera constatación del criterio cuantitativo´, debiendo acudir a `un criterio valorativo´ que conduce a postergar la pericial que omite el análisis `de todo el conjunto de datos que contextualizaban la situación´ del paciente (Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2019 -ECLI:ES:TS:2019:1135-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª). Por ello no cabe atribuir mayor fuerza de convicción a lo reseñado por las periciales construidas *ex post facto* que a lo dictaminado por los técnicos que se detienen en las circunstancias concurrentes”.

Aplicado lo anterior a la presente reclamación, se advierte que la pericial de los reclamantes describe diversas actuaciones -u omisiones- a las que podría asociarse una infracción de la *lex artis ad hoc*, pero en ningún momento justifica la incidencia de la praxis médica denunciada en el fatal desenlace. El curso clínico evidencia que en el estado de la paciente la aparición de las úlceras por

presión -riesgo que rebasaba el 90 % a tenor de la pericial que se detiene en este extremo- no puede atribuirse a la actuación médica sino a la compleja patología de base. No se acredita que por el servicio de salud se hubiera desatendido la necesidad de cambios posturales o de colchón antiescaras, que la enfermera pauta y solicita expresamente, constanding también sus indicaciones de cuidados dirigidas al personal de la residencia. Una vez aparecidas las úlceras, de la lectura crítica de las periciales se deduce que no cabía en este caso esperar un tratamiento más allá del paliativo, sin que la pericial de los interesados apunte en rigor una alternativa terapéutica curativa, pues en este aspecto se reduce a la afirmación apodíctica de que la situación de irreversibilidad se debió a la omisión de los "cuidados especiales que requería", sin que se describa la técnica por la que -en su precario estado- la enferma hubiera superado sus dolencias.

Expresado en otros términos, la aparición de las úlceras por presión en esta paciente no puede imputarse al servicio sanitario -lo que requeriría de una cumplida prueba atendido el riesgo inherente a su estado-. Sobre la incidencia de una eventual irregularidad en los cuidados, merece recordarse que la doctrina de la pérdida de oportunidad o imputación probabilística conlleva, en su formulación más común, la consideración de dos umbrales -uno en el entorno del 80 % y otro cifrado alrededor de un 20 % de opciones de que el resultado hubiese sido más favorable-, que de rebasarse determinan que se atienda la pretensión en su integridad o se desestime (cuando la probabilidad estadística descienda de ese 20 %). Esta construcción, si bien debe acogerse con ciertas cautelas, permite excluir cualquier pérdida de oportunidad atendible cuando se constata, como sucede en el supuesto examinado, que el resultado dañoso es típico de la patología sufrida, a la que sigue en el común de los casos.

Más allá, en el tratamiento de las úlceras podría discutirse la adecuación de la asistencia dispensada en cada momento -por la residencia geriátrica o por el servicio público de salud-, pero ha de asumirse que en pacientes terminales y/o que no tienen indicación quirúrgica por su grave estado de salud -como es el caso- se prioriza no causar molestias o incurrir en ensañamiento terapéutico, sin

que nada alcance a objetivar aquí que la enferma dispusiera ya de opciones curativas. De hecho, se objetiva que ante la evolución de las úlceras el estado de la paciente aconsejaba limitar el esfuerzo terapéutico y practicar curas no agresivas, y que se la remite a cuidados paliativos con la conformidad de sus familiares, ahora reclamantes.

Desechado el nexo causal entre el fallecimiento y la praxis médica denunciada, procede desestimar la reclamación. No se obvia que las fotografías aportadas al expediente muestran el grave estado de la paciente, que desde el hospital se pone en conocimiento del Juzgado por presentar importante necrosis, exudado purulento, mal olor y vendajes de consistencia pétreo, pero al mismo tiempo se constatan visitas periódicas por parte de enfermería para curas y seguimiento de las úlceras. En la historia clínica constan varias anotaciones de la enfermera del servicio público sanitario que, requerida el 23 de noviembre de 2018, observa que la enferma tiene una úlcera por presión “de 2 meses de evolución, me avisan ahora”, detallando el tratamiento y los consejos para las curas al personal de la residencia, con indicación de “colchón antiescaras”; el 5 de diciembre refleja que “da la impresión de no movilizar ni curar diariamente en residencia. Dejo por escrito la indicación”, reseñando en sucesivos apuntes la mala evolución y la deficiencia de las curas practicadas por la residencia, que no atienden a lo pautado por ella. En este contexto, no puede soslayarse que la residencia geriátrica cuenta con un servicio médico y, aunque se adviertan algunas discordancias entre lo indicado en los protocolos y la asistencia dispensada, la paciente “estuvo en todo momento a seguimiento por el médico de la residencia”, tal como se recoge en el informe de la Facultativa del centro de salud, y “si por parte de la familia o el personal de la residencia hubieran solicitado asistencia de un médico del centro de salud así hubiera sido”.

En definitiva, no se acredita tampoco una mala praxis imputable al servicio público sanitario, y la asistencia dispensada desde el centro de salud no privó a la enferma de opciones atendibles de supervivencia, sin perjuicio de que la desatención de la residencia geriátrica pudiera ocasionarle algunos

padecimientos ajenos a esta reclamación, que se deduce estrictamente por los daños morales derivados del fallecimiento y frente al servicio público sanitario.

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.