

Dictamen Núm. 150/2022

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
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 23 de junio de 2022, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 17 de marzo de 2022 -registrada de entrada el día 23 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en un hospital público a su marido, ya fallecido.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 24 de junio de 2021 un abogado, en nombre y representación de la interesada, presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en un hospital público a su difunto marido.

Expone que su esposo acudió el 4 de abril de 2020 al Hospital “X” presentando “al ingreso en Urgencias, a las 3:09 horas”, sintomatología “confusional, alteración de la conducta 24-48 horas, desorientación, agitación,

actitud agresiva (...). Ingresó a cargo de Medicina Interna y se pautó tratamiento antiagregante con aspirina”.

Indica que el mismo día del ingreso, a las 17:30 horas, “se produjo una caída del paciente con golpe en la cabeza”, y que por dicho motivo le pusieron “contención mecánica”, realizándosele un TAC que se interpretó con “ausencia de hemorragia”, por lo que “pasó a cargo de Salud Mental, y pese a la persistencia de la clínica y deterioro del paciente no realizaron una resonancia hasta diez días después”, en concreto el 14 de abril de 2020, objetivándose en la misma “un importante hematoma”.

Manifiesta que ante estos hallazgos “fue valorado por Neurología y trasladado a Neurocirugía” del Hospital ‘Y’, donde quedó ingresado con el “diagnóstico de síndrome confusional de origen multifactorial”, pero que “ante la presencia del hematoma (...) y dado que el paciente pese a su sintomatología y el golpe que sufrió en la cabeza en el Servicio de Medicina Interna fue tratado con Adiro era necesario posponer la cirugía. Por dicho motivo (...) reingresó en Neurología del Hospital ‘X’ el 15 de abril de 2020”.

Señala que “el 20 de abril de 2020 intervinieron al paciente drenando el hematoma objetivado en (la) resonancia de 14 de abril de 2020. En el posoperatorio se observó disminución del hematoma con persistente componente de hematoma en fase aguda (...). Recibe el alta hospitalaria con cuidado a domicilio en fecha 26 de junio de 2020”.

Reseña que su marido “no volvió a ser el mismo que era con anterioridad al ingreso de 4 de abril de 2020, convirtiéndose en un gran dependiente por las secuelas generadas debido al funcionamiento anormal de la Administración sanitaria./ El 25 de junio de 2020 se solicitó el reconocimiento de la situación de dependencia y (el) 29 de enero de 2021 se reconoció el grado III, fijado en 95 puntos”.

Añade que el 23 de febrero de 2021 acudió a “Urgencias (...) del Hospital ‘X’ por cuadro de fiebre (...). El paciente dio positivo en SARS-CoV-2 y debido a su situación de dependencia generada a raíz del ingreso

hospitalario del periodo 4 de abril (...) a 26 de junio de 2020 no fue candidato a UCI. La evolución (...) fue tórpida, falleciendo el 19 de marzo de 2021”.

Relaciona “las actuaciones reprobables del Servicio de Salud del Principado de Asturias”, refiriendo que “acude el 4 de abril de 2020 al Hospital ‘X’ con un cuadro confusional de desorientación y agitación y no establecen un correcto diagnóstico (...). No ponen los medios oportunos, contención y opciones terapéuticas necesarias para evitar la caída del paciente en el Servicio de Medicina Interna (...). Retraso (en) el diagnóstico de la hemorragia cerebral/hematoma hasta diez días después (...), el 14 de abril de 2020 (...). No realización de las pruebas de imagen oportunas durante la asistencia al paciente (...). Retraso en la intervención quirúrgica (...). El tratamiento de aspirina/Adiro favorece el sangrado (...). No atendieron a que (...) podría tener un importante hematoma (...). Generaron al paciente una grave secuela incidiendo en el deterioro cognitivo/trastorno orgánico de la personalidad con importantes daños debido a la deficiente asistencia prestada (...). El paciente desde el ingreso hospitalario de 4 de abril de 2020, con intervención en fecha 20 de abril de 2020 y alta hospitalaria el 26 de junio de 2020, se convirtió en una persona dependiente total, como así acredita su historia clínica, hasta el óbito”.

Manifiesta que la cuantía final de la indemnización será la que venga reflejada en el informe pericial cuya aportación “anuncia (...) antes del trámite de audiencia”, pero que “en su defecto en estos momentos” se fija el importe de la reclamación en cuatrocientos mil euros (400.000 €).

Adjunta copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Poder para pleitos otorgado a favor del letrado actuante. b) Certificación literal de defunción. c) Libro de Familia. d) Resolución de reconocimiento de la situación de dependencia del esposo de la reclamante. e) Diligencias promovidas el 23 de septiembre de 2020 por la Fiscalía de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias en orden a la declaración de incapacidad total del esposo de la reclamante y la designación de su esposa como defensora judicial y tutora del mismo. f) Diversa documentación clínica.

2. Mediante oficio de 29 de junio de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al representante de la interesada la fecha de recepción de la reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa solicitud formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto, el 26 de agosto de 2021 el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III le remite una copia de la historia clínica del paciente y los informes elaborados por los servicios del Hospital "X" que le atendieron en el episodio clínico cuestionado.

En el emitido el 15 de julio de 2021 por el Jefe de la Sección de Neurología se indica que el paciente "ya había sido valorado (...) en el año 2014, siendo diagnosticado de trastorno amnésico en relación (con) patología psiquiátrica de base/psicofármacos. Además, en notas de seguimiento de Salud Mental se hace referencia a la existencia de un deterioro cognitivo (...). Por lo que respecta al ingreso en abril de 2020, la primera valoración realizada por Neurología tuvo lugar el día 08-04-20, tras ser solicitada interconsulta por el Servicio de Salud Mental (...). Presentaba sintomatología compatible con un síndrome confusional agudo que se había iniciado ya con anterioridad al ingreso y que no se había modificado significativamente hasta el momento de dicha valoración. En la exploración realizada ese día se apreció bradipsiquia (que impresionaba de farmacológica), desorientación temporoespacial y ausencia de signos de focalidad neurológica. Ante la ausencia de posible proceso infeccioso/tóxico como desencadenante del cuadro confusional, se decidió ampliar estudio de imagen con RM cerebral que fue solicitada a ritmo normal, ya que no existían cambios significativos de la situación clínica ni datos de focalidad neurológica (...). El tratamiento antiagregante plaquetario con AAS 100 mg fue instaurado al ingreso por Medicina Interna ante la

posibilidad de un ictus cerebral como causante de la sintomatología (...) (aunque parecía poco probable) (...). Tras conocer la existencia de un hematoma subdural hemisférico derecho al realizar estudio de RM craneal el día 14-04-20, desde Neurología se establece inmediatamente contacto telefónico con el Servicio de Neurocirugía del (Hospital `X´) a donde es trasladado para valoración (...), siendo nuevamente remitido al (Hospital `X´) por haberse decidido diferir medidas quirúrgicas (por el tratamiento antiagregante) e ingresando en esta ocasión a cargo de Neurología. El día 19-04-20 es nuevamente derivado al (Hospital `Y´) para tratamiento neuroquirúrgico, que se efectúa el día 20-04-20 (...). El enfermo reingresa en Neurología el 23-04-20, permaneciendo hospitalizado hasta el día 26-06-20. Durante su estancia hospitalaria importante agitación psicomotriz de difícil manejo farmacológico y persistencia de deterioro cognitivo interpretado como de origen multifactorial (demencia degenerativa primaria, hematoma subdural, infecciones del tracto urinario) (...). Consideramos que si bien el hematoma subdural postraumático puede haber contribuido al deterioro neurológico del paciente, este fundamentalmente se encontraba en relación con la existencia de una demencia degenerativa primaria de base. Además, se interpreta que la descompensación de la misma fue la causa inicial del ingreso hospitalario (...) y que la situación inicial no se modificó significativamente tras la caída accidental sufrida”.

El día 15 de julio de 2021, el Jefe del Servicio de Medicina Interna informa que el esposo de la reclamante “presentó tres ingresos en Medicina Interna, el primero entre el 24 (...) y el 30 de septiembre de 2020, en el que fue diagnosticado de infección urinaria por *Pseudomonas* como diagnóstico principal, añadiéndose los diagnósticos de portador de sonda vesical permanente y dependencia funcional/cognitiva severa. Presentó un segundo ingreso entre el 9 y el 14 de enero de 2021 en el que los diagnósticos fueron de infección urinaria, deterioro cognitivo multifactorial y úlceras por presión, y un tercer ingreso entre el 23 de febrero (...) y el 19 de marzo de 2021 en el que el paciente falleció como consecuencia de neumonía bilateral por

SARS-CoV-2 con probable sobreinfección respiratoria e insuficiencia respiratoria, presentando en el mismo como diagnósticos secundarios úlcera por presión sacra sobreinfectada e infección de tracto urinario por *Enterococcus faecalis* (...). En todos los ingresos (...) en Medicina Interna se recoge que presentaba como antecedentes personales la existencia de varios ingresos por intoxicaciones etílicas (...), un accidente laboral con traumatismo craneoencefálico en 1995 (...), patología psiquiátrica con episodios maníacos, síndrome ansioso-depresivo, episodios disociativos, intentos autolíticos y episodios de delirio (...), un trastorno amnésico en relación con patología psiquiátrica/psicofármacos y finalmente la presencia de un hematoma subdural temporo-occipital derecho postraumatismo drenado quirúrgicamente por Neurocirugía en abril de 2020 que condiciona desde entonces una dependencia total y un agravamiento muy importante del deterioro cognitivo multifactorial (...). Por tanto, el deterioro neurológico irreversible era el problema de base principal del paciente y las complicaciones que (...) presentó y que motivaron los diferentes ingresos en Medicina Interna fueron consecuencia de las secuelas neurológicas que presentaba, fundamentalmente infecciones del tracto urinario en un paciente con retenciones urinarias que requerían la presencia de una sonda vesical permanente, úlceras por presión relacionadas con su escasa movilidad e infección por SARS-CoV-2 en el contexto de la situación pandémica, que fue lo que motivó el fallecimiento (...). En consecuencia (...), la reclamación en este caso se centra en lo acontecido previamente y no en las actuaciones que se realizaron durante los ingresos en Medicina Interna”.

Con fecha 9 de agosto de 2021, el Director del Área de Gestión Clínica de Salud Mental señala que “la intervención de nuestro Servicio, como en el resto de casos similares, tiene el mayor sentido cuando las causas orgánicas que motivan un episodio confusional, como era el caso, han sido descartadas./ Desde el día 3-4-2020 hasta el día 6-4-2020 nuestra función en este proceso fue de interconsultores tanto con Urgencias como con Medicina Interna./ El 6-4-2020 (...), tras haber sido dado de alta” por parte de Medicina Interna

“ingresa en nuestra Unidad de Agudos, confuso y agitado, para determinar si su proceso psiquiátrico de base (...) pudiera influir en su estado./ La situación del paciente (...) no mejora, por lo que procedemos a ampliar estudios en busca de patología orgánica de base. El día 8-4-2020 se hace una petición de resonancia magnética nuclear y en ella se detecta un hematoma subdural, lo que motiva el traslado (...) a Neurología el día 14-4-2020, causando alta” en la Unidad.

4. El día 8 de noviembre de 2021 emiten informe pericial, a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, dos especialistas, una de ellas en Medicina Interna y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él se advierte “que no existe negligencia, culpa y/o mala praxis en la asistencia prestada”, y que “no es posible establecer un nexo causal único, cierto, directo y total entre la actuación del personal sanitario y el deterioro progresivo y posterior fallecimiento”.

Respecto al diagnóstico del inicial “cuadro confusional”, se razona que “en el Servicio de Urgencias la actitud ha de ser eminentemente terapéutica, reduciéndose la diagnóstica a descartar afecciones que requieren un tratamiento urgente; se realizan una serie de pruebas encaminadas a descartar patologías que precisen tratamiento urgente, y al no encontrar causa para el cuadro se establece un diagnóstico sindrómico: síndrome confusional agudo, y se procede al ingreso para (...) su estudio etiológico (búsqueda de la causa) y tratamiento. Se realiza TAC craneal que descarta la presencia de patología intracraneal subsidiaria de tratamiento urgente (...). No se desatiende al paciente”. Se aprecia que en Urgencias “nada hace sospechar de un riesgo aumentado de caída y, por lo tanto, se comienza por medicación oral (Lorazepam) y contención leve con las barras laterales de la cama; al ingreso en planta el paciente se encontraba adormilado; las medidas de contención deben ser las mínimas necesarias y proporcionadas, evitando también el control excesivo que (...) puede provocar un agravamiento de los síntomas de

agitación” u “otras lesiones indeseadas, además de vulnerar los derechos del paciente”.

Respecto al pretendido retraso diagnóstico de la hemorragia cerebral/hematoma “hasta diez días después (...), el 14 de abril de 2020”, se reseña que “es imposible establecer el momento preciso en que se desarrolla el hematoma. Lo único cierto es que el 4-4-2020 al ingreso en planta no existe” el hematoma subdural, “como acredita el TAC craneal realizado. Posteriormente, la ausencia de cambios en el estado clínico del paciente impide conocer el momento exacto en que se produce el sangrado, que pudo ser diferido en un paciente que acababa de comenzar tratamiento antiagregante y tenía como factor de riesgo (...) una atrofia cerebral ya conocida (al menos desde 2018)”.

En cuanto a la omisión de “las pruebas de imagen oportunas durante la asistencia al paciente”, se afirma que “sí se realizan las pruebas de imagen, tanto en Urgencias como en planta, pero no de forma urgente durante la hospitalización. No hay indicación para realizar pruebas de neuroimagen (TAC o RMN) de forma urgente, ni por el traumatismo facial ni por el síndrome confusional que no presenta deterioro ni hallazgos clínicos de alarma en los días de estancia en planta de hospitalización. Se solicitan como parte del estudio del cuadro confusional”.

Respecto al invocado “retraso en la intervención quirúrgica”, se considera que “la situación de estabilidad aconsejaba optimizar los factores de riesgo hemorrágico posponiendo la intervención (...). Si la situación neurológica no es muy grave se puede plantear tratamiento médico y esperar; este abordaje tiene dos ventajas:/ se revierte el efecto antiplaquetario o anticoagulante de forma más segura./ El coágulo sólido pasa a líquido, por lo que podría evacuarse sin necesidad de una craneotomía./ Como así fue, evacuándose el hematoma mediante trépano en vez de craneotomía (...). El abordaje fue menos agresivo”.

El “tratamiento de aspirina/Adiro” se justifica afirmando que “cuando se inicia el tratamiento no” se aprecia “sangrado en (el) TAC craneal realizado y

existe la sospecha de patología cerebrovascular isquémica, que no se consigue descartar fehacientemente en los estudios realizados posteriormente”.

Se explica que “al ingreso, ante el cuadro confusional, se plantea la presencia de un hematoma intracraneal como posible causa, como queda reflejado en el volante de petición del TAC urgente: ‘ruego descartar proceso expansivo o sangrado agudo causante de clínica’. Posteriormente, la ausencia de cambios en el estado clínico del paciente no permite sospechar el desarrollo de un hematoma intracraneal”.

Se añade que el enfermo “ya presentaba deterioro cognitivo previo al ingreso, y el cuadro confusional no se modifica en el periodo alrededor del diagnóstico y tratamiento quirúrgico del (hematoma subdural agudo), ni tampoco semanas después tras la resolución” del mismo, precisando que mostraba “deterioro progresivo a lo largo de los meses, lo que es una evolución coherente con un deterioro cognitivo crónico que padecía de base (...). En efecto (...), presenta deterioro funcional que cursa de forma independiente de la evolución del (hematoma subdural agudo). No se identifican síntomas claramente asociados a la aparición” de este, “ni mejora la sintomatología tras (su) resolución (...). Presenta la evolución natural de su patología neuropsiquiátrica de base, agravada por las circunstancias del ingreso en que precisó de contención mecánica prolongada como tratamiento, con las secuelas motoras consecuentes, no estando relacionado con el (hematoma subdural agudo)”.

5. Mediante oficio notificado al representante de la reclamante el 26 de enero de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

6. El día 25 de enero de 2022, la interesada presenta un escrito al que adjunta el informe pericial elaborado el 24 de enero de 2022 por un especialista en

Neurología. En él se advierte que el paciente “acudió el 4 de abril de 2020 al Hospital ‘X’ por un cuadro de desorientación con alteraciones conductuales./ Los estudios iniciales realizados en el Servicio de Urgencias descartaron la existencia de una lesión estructural cerebral y fue ingresado primero en Medicina Interna y posteriormente en Psiquiatría./ Durante el ingreso (...) sufrió un traumatismo craneoencefálico debido a que no se realizó una contención adecuada. Llama poderosamente la atención el hecho de que un paciente de las características clínicas” del perjudicado, “con un cuadro psiquiátrico agudo manifestado con alteraciones conductuales no fuese sometido a una contención correcta. Esta falta de contención favoreció el hecho de que (...) cayese al suelo y sufriese un traumatismo craneoencefálico con las consecuencias descritas. Cabe recordar que los protocolos de contención para los pacientes con alteraciones de conducta que no pueden controlarse por sí mismos están recogidos en los protocolos de actuación médica./ Existió un error diagnóstico del traumatismo craneoencefálico puesto que no se tomaron las medidas oportunas, como la realización de un TAC cerebral para descartar lesiones intracraneales. De hecho, el Servicio de Psiquiatría pautó Adiro como tratamiento, un antiagregante que es capaz de aumentar los sangrados cerebrales, y la resonancia magnética que permitió el diagnóstico del hematoma no se realizó hasta 10 días después./ Este retraso diagnóstico y error terapéutico que se produjo en el Hospital ‘X’ impidieron que (...) fuese intervenido hasta muchos días después, lo que se tradujo en una mayor lesión del tejido cerebral. De hecho, es bien sabido que los hematomas cerebrales subdurales, como en este caso, son capaces de producir deterioro cognitivo./ El retraso diagnóstico y terapéutico y, por lo tanto, la lesión cerebral derivada favorecieron la situación de dependencia que se produjo durante los meses posteriores./ Esta situación de dependencia basal fue el motivo por el que el paciente fue excluido de la Unidad de Cuidados Intensivos y del uso de un respirador tras la infección por COVID-19, lo que provocó finalmente el fatal desenlace (...). Como conclusión (...), se puede afirmar que el Servicio de Salud del Principado de Asturias no actuó de

forma correcta en el tratamiento y el diagnóstico (...). Por un lado, el manejo no fue adecuado puesto que no se pusieron las medidas de contención adecuadas, lo que culminó en una caída con traumatismo craneoencefálico y desarrollo de un hematoma subdural. Por otro lado, el Servicio de Psiquiatría pautó tratamiento con Adiro, un antiagregante que favorece los sangrados intracraneales, lo que aumentó el tamaño del hematoma subdural y retrasó la intervención quirúrgica. Todo ello creó una situación de secuelas cerebrales y posterior dependencia que influyeron en que al paciente no se le considerase subsidiario de cuidados intensivos tras la infección por COVID-19 y finalmente falleciese”.

Mediante oficio de 27 de enero de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios traslada una copia de este informe pericial a la compañía aseguradora de la Administración.

7. Con fecha 7 de febrero de 2022, la interesada presenta un escrito de alegaciones en el que, sirviéndose de una ampliación del informe pericial realizada el 27 de enero de 2022, y en aplicación del baremo vigente durante el año 2019 para las víctimas de los accidentes de circulación, cuantifica el daño sufrido en cincuenta y seis mil ciento treinta euros con sesenta y nueve céntimos (56.130,69 €), que desglosa en los siguiente conceptos: indemnización por muerte, 24.146 €, toda vez que para el perito de la reclamante “la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias influyó en el hecho de que el paciente no reuniese los criterios para ser ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos y que no fuese candidato a un respirador, con lo que influyó en el desenlace final y en el exitus. Sin embargo, no fue el único factor que produjo este desenlace, sino que existieron otros como el estado previo o las infecciones recurrentes de orina. Asimismo, también debe tenerse en cuenta que no es posible afirmar con seguridad que con cuidados intensivos y respirador se hubiese evitado el fallecimiento por COVID-19. Por (...) ello, se puede estimar en un tercio la contribución de la negligencia a este desenlace”; 15 días de perjuicio personal particular por

“aumento de la estancia hospitalaria debida al traumatismo”, 1.163,15 €; cirugía, 900 €, y 25 puntos de “secuelas funcionales” por “agravación o desestabilización de demencia no traumática (...). Se considera el rango máximo (...) porque la agravación del deterioro cognitivo leve que ya padecía el paciente llega a un grado máximo de discapacidad”, 29.921,54 €.

Adjunta copia, entre otros, de los siguientes documentos: ampliación del informe pericial y diversa documentación acreditativa del estado de las actuaciones desarrolladas ante el Juzgado de 1.ª Instancia e Instrucción Núm. 7 de Avilés en orden a la declaración de incapacidad del esposo de la reclamante, constando que por Auto de 30 de noviembre de 2020 fue designada defensora judicial de su esposo, disponiéndose tras el fallecimiento del mismo el archivo del procedimiento de incapacidad.

Mediante oficio de 9 de febrero de 2022, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas envía una copia del escrito de alegaciones a la compañía aseguradora de la Administración.

8. Con fecha 16 de febrero de 2022, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona que si lo que se reclaman son los daños y perjuicios derivados de “la situación de dependencia” que el paciente sufrió en vida, la desestimación ha de fundarse en “la falta de legitimación activa” de la reclamante, toda vez que la legitimación “para reclamar por los daños sufridos en vida por el paciente, en todo caso, correspondería a la comunidad hereditaria (...) y no a -la reclamante-, quien en ningún momento manifiesta actuar en nombre de la misma, sino que lo hace en nombre propio”, citando al efecto la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 15 de enero de 2021 -ECLI:ESTSJAS:2021:2- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1ª), y el Dictamen Núm. 143/2021 de este Consejo.

Sin embargo, si lo que se reclama son los daños y perjuicios ocasionados a la interesada por el fallecimiento de su esposo, “no es posible establecer un nexo causal único, cierto, directo y total entre la actuación del personal sanitario y el deterioro progresivo y posterior fallecimiento”. Se asume el criterio de la pericial incorporada al procedimiento por la entidad aseguradora de la Administración, advirtiéndose que el hecho de que fuese excluido de la Unidad de Cuidados Intensivos y del uso de un respirador tras la infección por COVID-19 “fue fruto de su deterioro y enfermedades concurrentes. El deterioro neurológico irreversible era el problema de base principal del paciente, y las complicaciones que (...) presentó y que motivaron los diferentes ingresos en Medicina Interna fueron consecuencia de las secuelas neurológicas que presentaba, fundamentalmente infecciones del tracto urinario en un paciente con retenciones urinarias que requerían la presencia de una sonda vesical permanente, úlceras por presión relacionadas con su escasa movilidad e infección por SARS-CoV-2 (...). Aunque el hematoma subdural postraumático pudo haber contribuido al deterioro neurológico (...), este fundamentalmente se encontraba en relación con la existencia de una demencia degenerativa primaria de base. Además, se interpreta que la descompensación de la misma fue la causa inicial del ingreso hospitalario (...) y que la situación clínica inicial no se modificó significativamente tras la caída accidental sufrida durante el citado ingreso”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 17 de marzo de 2022, 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. 2021/81 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 según lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, de conformidad con lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial por el daño moral asociado a la pérdida de su cónyuge, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

Ahora bien, del escrito de reclamación y del desglose de conceptos resarcibles se deduce que acciona también por los padecimientos personales sufridos por el fallecido, quien no había reclamado en vida ese daño personal.

Tal como venimos señalando (por todos, Dictamen Núm. 143/2021), la legitimación de los herederos se admite pacíficamente en los supuestos en que el perjudicado hubiera ejercitado la reclamación con antelación a su fallecimiento, y fuera de este caso no son uniformes los pronunciamientos judiciales sobre si el título de heredero sustenta la legitimación activa para reclamar por unos daños personalísimos que solo sufrió el causante en vida y no reclamó antes de fallecer. No obstante se aprecia una sólida línea jurisprudencial que lo excluye, pero siempre “atendidas las circunstancias del caso concreto y el estado de salud del paciente” (Sentencia del

Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de abril de 2018 -ECLI:ES:TSJM:2018:4008-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 10.ª), pues ha de admitirse cuando el enfermo se encuentra postrado, impedido o privado de su plenitud de condiciones para discernir y ejercitar el derecho a reclamar el daño. Entre los recientes pronunciamientos judiciales, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 15 de enero de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:2- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª) insiste en que “no existe un derecho genérico a reclamar que pueda actualizarse o ejercerse *ex novo* por los herederos, salvo en los casos en que se acredite la imposibilidad del titular de ejercer o formular tal reclamación por no disponer de plazo para ello al fallecer o quedar incapacitado en su voluntad tras la consolidación de los daños o perjuicios”.

En el supuesto planteado, es evidente que tras haber sufrido la caída que está en el origen de la reclamación el fallecido no se encontraba en condiciones para discernir y ejercitar sus derechos -se hallaba en un estado ante el que se promueve su incapacitación-, por lo que cabría que los herederos reclamen por los daños personales padecidos por su causante en tanto estaba impedido de hecho para ello. Dado que el fallecimiento sobreviene antes de la vista para la modificación de su capacidad y sin que se le hubiera designado tutor o persona que le asista o represente (el nombramiento de defensor judicial lo es solo para el proceso de incapacitación, al haberse promovido por el Ministerio Fiscal), se concluye que el enfermo estuvo materialmente impedido en los últimos meses de su vida sin que llegara a designársele un representante legal.

Ahora bien, la viuda que aquí acciona no acredita en ningún momento su condición de heredera, constando que el premuerto tenía cuando menos dos hijos al tiempo de fallecer. En este contexto, pudo la Administración practicar un requerimiento de mejora a fin de que la reclamante acreditara su legitimación activa mediante la aportación de una disposición testamentaria que la hubiera instituido heredera. Ciertamente el cónyuge supérstite no ostenta de ordinario esa cualidad cuando hay descendientes, pero tampoco

cabe excluir que sea instituido heredero en testamento, por lo que ante la reclamación formulada por daños personales del difunto debió trasladársele la necesidad de justificar su condición de heredera. Omitido el requerimiento de mejora, y no habiéndose suscitado a lo largo del procedimiento la carencia de legitimación activa, procede ahora que en el caso de que vaya a estimarse algún resarcimiento por los daños sufridos por el difunto se libre un previo requerimiento a fin de que por la interesada pueda acreditarse su condición de heredera, procediendo en otro caso la desestimación por falta de legitimación activa. 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.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la LPAC dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el supuesto examinado, el fallecimiento del paciente se produce el día 19 de marzo de 2021, y la reclamación se presenta con fecha 24 de junio de ese mismo año, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe 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 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.- Se reclaman aquí los daños derivados del inadecuado tratamiento de un paciente, que sufrió una caída intrahospitalaria tras ingresar con un cuadro confusional sin que se hubieran pautado los medios oportunos de contención, y que falleció por COVID-19 sin opción a cuidados intensivos a causa de la hemorragia, no abordada oportunamente.

En este contexto, la documentación clínica incorporada al expediente acredita los padecimientos del enfermo y el presumible daño moral sufrido por su esposa ante el fallecimiento de aquel.

No obstante, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado guarda un nexo causal con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios

y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse sin más a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por 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 ha subrayado 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.

Ahora bien, esa exigencia de un engarce directo entre los padecimientos y la praxis médica conduce a desechar aquellos supuestos en

los que otra conducta determinante interfiere en el nexo causal, no los casos en que el resultado dañoso responde a una pluralidad de factores de uno u otro peso. En el ámbito sanitario no es infrecuente que la lesión aparezca como resultado de más de una causa, o incluso que, como acontece en el presente supuesto, no alcance a aislarse con certeza la causa de la muerte de una persona o la contribución al óbito de cada uno de los factores concurrentes. En el supuesto planteado, todas las periciales incorporadas al expediente coinciden en concluir que no puede aislarse una única causa desencadenante del fallecimiento, ni descartarse la influencia en ese desenlace de la caída sufrida por el paciente y el abordaje inmediato a ese percance.

En efecto, en el informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración se reconoce que “no es posible establecer un nexo causal único, cierto, directo y total entre la actuación del personal sanitario y el deterioro progresivo y posterior fallecimiento” del enfermo. Por su parte, el perito de la reclamante, especialista en Neurología, admite en la “ampliación” de su informe pericial la imposibilidad de establecer una conexión única y exclusiva entre la caída y el fallecimiento, al afirmar que “la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias influyó en el hecho de que el paciente no reuniese los criterios para ser ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos y que no fuese candidato a un respirador, con lo que influyó en el desenlace final y en el exitus. Sin embargo, no fue el único factor que produjo este desenlace, sino que existieron otros como el estado previo o las infecciones recurrentes de orina. Asimismo, también debe tenerse en cuenta que no es posible afirmar con seguridad que con cuidados intensivos y respirador se hubiera evitado el fallecimiento por COVID-19. Por (...) ello, se puede estimar en un tercio la contribución de la negligencia a este desenlace”.

Ante todo, hemos de reparar en que la imposibilidad de establecer “un nexo causal único, cierto, directo y total entre la actuación del personal sanitario y el deterioro progresivo y posterior fallecimiento” no aboca a la desestimación de la pretensión resarcitoria -lo que equivaldría a hacer pesar sobre la reclamante una suerte de *probatio diabólica* sobre un extremo que los

propios facultativos no son capaces de despejar-, sino a moderar la indemnización acompasándola a la imputación probabilística que formula el perito de la reclamante, dado que no puede conocerse con certeza si el paciente hubiera ingresado en cuidados intensivos de no haber sufrido la caída y su tardío abordaje, ni concluirse que esos cuidados intensivos hubieran evitado el fallecimiento. En suma, nos enfrentamos a una doble eventualidad, a dos hipótesis sucesivas que han de mediar en el examen del resultado dañoso que se anuda a la praxis médica.

En cualquier caso, los títulos de imputación que aquí se deducen son los mismos para los distintos perjuicios reclamados: la infracción de la *lex artis ad hoc* cuando al ingreso hospitalario no se pautan los medios de contención adecuados y el retardo diagnóstico del hematoma subdural, pues el invocado “error terapéutico” por habersele administrado un antiagregante es secundario a este retraso diagnóstico.

Sobre la primera infracción denunciada, afirma el especialista de la reclamante que “llama poderosamente la atención el hecho de que un paciente de las características clínicas” del perjudicado, “con un cuadro psiquiátrico agudo manifestado con alteraciones conductuales, no fuese sometido a una contención correcta. Esta falta de contención favoreció el hecho de que (...) cayese al suelo y sufriese un traumatismo craneoencefálico con las consecuencias descritas. Cabe recordar que los protocolos de contención para los pacientes con alteraciones de conducta que no pueden controlarse por sí mismos están recogidos en los protocolos de actuación médica”. Se advierte que no se especifican esos protocolos ni se razona su aplicación al caso concreto, pero los antecedentes clínicos avalan la procedencia de ciertas medidas de contención, pues consta la existencia de patología psiquiátrica con episodios maniacos, síndrome ansioso-depresivo, episodios disociativos, intentos autolíticos y episodios de delirio, así como la existencia de un trastorno amnésico en relación con patología psiquiátrica/psicofármacos. En este contexto, el “síndrome confusional agudo” con el que ingresa en Urgencias hubiera aconsejado medidas de contención

distintas de las “barras laterales de la cama”, tal y como sostiene el especialista en Neurología, sin que pueda asumirse -como apunta la pericial de la compañía aseguradora- que en Urgencias “nada hace sospechar de un riesgo aumentado de caída”, pues esa apreciación no se ajusta al cuadro psiquiátrico que la historia clínica deja de manifiesto.

Se invoca, por otro lado, un retraso en el diagnóstico del hematoma subdural secundario a la caída. El perito de la reclamante aduce “un error diagnóstico del traumatismo craneoencefálico puesto que no se tomaron las medidas oportunas, como la realización de un TAC cerebral para descartar lesiones intracraneales (...), y la resonancia magnética que permitió el diagnóstico del hematoma no se realizó hasta 10 días después”. Los peritos que informan a instancias de la entidad aseguradora afirman que “al ingreso, ante el cuadro confusional, se plantea la presencia de un hematoma intracraneal como posible causa, como queda reflejado en el volante de petición del TAC urgente: ‘ruego descartar proceso expansivo o sangrado agudo causante de clínica’. Posteriormente, la ausencia de cambios en el estado clínico del paciente no permite sospechar el desarrollo de un hematoma intracraneal”, y añaden que el sangrado “pudo ser diferido en un paciente que acababa de comenzar tratamiento antiagregante y tenía como factor de riesgo (...) una atrofia cerebral ya conocida (al menos desde 2018)”, precisando que “no hay indicación para realizar pruebas de neuroimagen (TAC o RMN) de forma urgente, ni por el traumatismo facial ni por el síndrome confusional que no presenta deterioro ni hallazgos clínicos de alarma en los días de estancia en planta de hospitalización. Se solicitan como parte del estudio del cuadro confusional”. A su vez, en el informe del Director del Área de Gestión Clínica de Salud Mental se constata que “la intervención de nuestro Servicio, como en el resto de casos similares, tiene el mayor sentido cuando las causas orgánicas que motivan un episodio confusional, como era el caso, han sido descartadas”, si bien visto que tras ingresar en la Unidad de Agudos “confuso y agitado” el paciente “no mejora” en varios días se decide “ampliar estudios en busca de patología orgánica de base”, solicitándose el 8 de abril de 2020 la resonancia

magnética nuclear en la que se detecta el hematoma subdural el día 14 del mismo mes. Se observa que en este caso las conclusiones de los especialistas de la compañía aseguradora son contundentes (“no hay indicación de realizar pruebas de neuroimagen”), sin que por el facultativo que informa a instancias de la interesada se apunte -siquiera genéricamente- a un protocolo que avale lo contrario. Al mismo tiempo, se objetiva un esfuerzo diagnóstico y terapéutico que implica a varias especialidades en el singular contexto pandémico, habiéndose solicitado la prueba de imagen al cuarto día del ingreso hospitalario y tras dispensar una atención constante al enfermo, sin que quepa suplantar el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado.

En definitiva, debe descartarse la pretendida infracción en el abordaje del traumatismo, con los limitados efectos que comporta el haber apreciado responsabilidad en la causación del mismo por la insuficiencia de medidas de contención del paciente.

SÉPTIMA.- Fijados los hechos y establecida la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño producido, así como el carácter antijurídico de este, resta nuestro pronunciamiento sobre la cuantificación de la responsabilidad patrimonial.

A tales efectos, la reclamante cuantifica el daño sufrido en cincuenta y seis mil ciento treinta euros con sesenta y nueve céntimos (56.130,69 €), que desglosa en los siguientes conceptos: indemnización por muerte, estimando en un tercio “la contribución de la negligencia” al fallecimiento por la incidencia del hematoma en que el paciente “no reuniese los criterios para ser ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos y que no fuese candidato a un respirador, con lo que influyó en el desenlace”, 24.146 €; 15 días de perjuicio personal particular por “aumento de la estancia hospitalaria debida al traumatismo”, 1.163,15 €; cirugía, 900 €; 25 puntos de “secuelas funcionales” por “agravación o desestabilización de demencia no traumática. Se considera el

rango máximo (...) porque la agravación del deterioro cognitivo leve que ya padecía el paciente llega a un grado máximo de discapacidad”, 29.921,54 €.

Dado el sentido desestimatorio de la propuesta de resolución, la Administración no ha practicado ningún acto de instrucción tendente a la comprobación de los daños alegados, ni ha analizado la valoración efectuada por la interesada.

En cualquier caso, es preciso deslindar los daños personales del difunto -que solo pueden reclamar sus herederos, conforme razonamos en la consideración segunda, y cuya compensación pertenece al haber hereditario- y los daños morales de la interesada, que esta persigue en nombre propio.

Ese perjuicio moral, cifrado por la viuda en 24.146 €, se funda únicamente en la pérdida del marido y se calcula acudiendo al baremo de referencia y estimando en un tercio la “contribución” de la mala praxis médica al fatal desenlace. Sin embargo, ya hemos advertido que el reproche al servicio sanitario debe reducirse a la ausencia de medidas de contención. Sobre esa limitada carencia, ha de despejarse la probabilidad de que el paciente -aquejado de las relevantes patologías de base descritas- hubiera ingresado en cuidados intensivos de no haber sufrido la caída, y una vez allí hubiera superado el episodio de infección por COVID-19 en su precario estado. Esa doble eventualidad no se excluye, pero tampoco puede atribuirse al traumatismo la misma significación que a otros factores ya presentes y persistentes -como la amplia patología psiquiátrica- que abocaban a que, llegado el caso, el enfermo no fuera candidato a cuidados intensivos y un respirador. En el informe médico forense librado en el seno del procedimiento de discapacidad promovido por la Fiscalía se subraya que el paciente sufre “deterioro cognitivo con importante agitación psicomotriz asociada multifactorial (demencia degenerativa primaria, hematoma subdural postraumático, infecciones de orina)”. El estado en el que ingresa antes de sufrir la caída -por “síndrome confusional agudo” en el marco de aquel deterioro- ha de ponderarse con similar relevancia a la que se hizo valer para apreciar que era merecedor de especiales medidas de contención. En

definitiva, objetivados los padecimientos previos, y relativizada la probabilidad de que el curso de los hechos fuera en sustancia más favorable de no haber sufrido la caída, se valora en una cuarta parte su concurrencia en el resultado dañoso.

En estas condiciones, a la vista de otros supuestos análogos, atendiendo a la edad y estado del fallecido y a las dificultades existentes en orden a la aplicación del baremo para la valoración del daño moral ante situaciones de etiología compleja, este Consejo estima, a prudente arbitrio, en 15.000 € el perjuicio ocasionado a la viuda por la omisión del servicio sanitario que pudo haber contribuido a la pérdida de su esposo.

Respecto a las cantidades que se reclaman por “perjuicio personal particular” del paciente, “cirugía” y “secuelas funcionales” del mismo, no puede tampoco orillarse la reseñada patología de base del enfermo ni las reducidas expectativas de que de no haber sufrido el traumatismo se hubiera desenvuelto con normalidad. En suma, ha de ponderarse su persistente cuadro psiquiátrico, sin que proceda acudir a la integridad de los resarcimientos que el baremo de referencia asocia a la pérdida temporal o definitiva de ciertas capacidades o funciones, pues el perjudicado ya sufría demencia y deterioro cognitivo cuyo curso natural abocaba a una situación de discapacidad. Por ello, a la vista de casos similares, este Consejo estima en 10.000 €, también a prudente arbitrio, el daño ocasionado al enfermo por la omisión de las medidas de contención oportunas. Este resarcimiento, tal como se razona en la consideración segunda, solo puede reconocerse en favor de quien ostente legitimación activa para reclamarlo y de la comunidad de herederos. De ahí, que no pueda dictarse una resolución que lo estime sin que previamente se acredite por la interesada su condición de heredera -como sucesora universal en los derechos y obligaciones del causante-; de no serlo habría de desestimarse el resarcimiento de los daños personales del fallecido por falta de legitimación activa.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo del presente dictamen, debe estimarse parcialmente la reclamación presentada, indemnizando a en los términos anteriormente señalados.”

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.