

Dictamen Núm. 161/2022

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 7 de julio 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 8 de marzo de 2022 -registrada de entrada el día 16 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 del agravamiento y acelerado fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la deficiente y tardía atención de una herida.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 24 de febrero de 2021 la interesada, en su propio nombre y derecho y en nombre y representación de sus hijas, bajo la dirección letrada que especifica, presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de la deficiente atención recibida por su familiar tras mostrar una herida en el pie, que entienden no fue tratada teniendo en cuenta su condición de diabético, lo que favoreció un rápido e irreversible deterioro que llevó a la amputación de una pierna y, finalmente, al deceso.

Indica que el difunto, de 76 años, tenía “un estado de salud bueno, cuidado y mantenido de sus patologías, siendo la única crónica que presentaba la diabetes mellitus no insulino dependiente, tipo 2, perfectamente controlada mediante visitas periódicas a su endocrino y centro de salud correspondiente”. Respecto a “la capacidad funcional para moverse y desenvolverse en su día a día”, señala que “podía desplazarse de manera totalmente independiente en su domicilio que, a pesar de que tiene barreras arquitectónicas, no le impedían moverse dentro de este de una manera absolutamente autónoma, sin necesidad de ayuda alguna. Igualmente ocurría con sus actividades para la vida diaria”.

Explica que el día 2 de junio de 2020 va “a su podólogo, como hacía habitualmente para el cuidado de sus pies, advirtiéndole este que acuda al centro de salud a causa de la existencia de una herida en el pie derecho que, a su criterio, debería ser controlada por personal sanitario” dada “la enfermedad crónica que padecía (diabetes)./ Cuando acude al centro de salud, el día 3 de junio de 2020, en el episodio registrado en el programa informático (...) se diagnóstica (...) ‘úlceras de pie diabético’, sin más mención ni recomendación./ El día 4 de junio de 2020 se procede a hacer una cura de la zona lateral del pie, si bien se advierte de la existencia, además, de una ‘grieta’ en el talón. Se registra en su asistencia que la cura se hace en el pie izquierdo cuando, en realidad, es el pie derecho en donde se encuentran las heridas./ A la vista de cómo se encuentra el pie, por parte del centro de salud (...) se programan intervenciones de enfermería para su control y cura los días 11, 16 y 19 de junio de 2020 y 3, 6 y 9 de julio de 2020./ Se hace preciso destacar que el día 11 de junio no existe anotación alguna sobre la intervención por parte de la enfermera”.

Añade que “el día 23 de junio (...), ante el empeoramiento (...), una de las hijas (...) solicita que se acuda al domicilio de este ya que se encuentra cada vez más desorientado, agravándose este hecho cada vez que se le saca del domicilio, y máxime teniendo en cuenta la espera que se produce en los centros de salud./ Se niega esa demanda en esos momentos a pesar de que el

desplazamiento era al Centro de Salud "A" ya que el de "B" se encontraba cerrado a causa del COVID./ No es hasta la intervención del día 9 de julio de 2020 cuando la enfermera interviniente `comenta con la enfermera de enlace la posibilidad de interconsulta con (la) Unidad de Pie Diabético´ del (Hospital `X´) (...). Esta propuesta no se lleva a término".

Menciona que "el día 13 de julio en la intervención realizada por el centro de salud se manifiesta que `aparece zona enrojecida de dorso de pie y exudado con mal olor (...)´. Se procede a la realización de la cura sin más./ El día 15 de julio la herida ya tiene diagnóstico, `úlceras sobreinfectadas´./ No obstante, no es hasta el día 17 de junio (*sic*) de 2020 cuando deciden tomarle muestras para la realización de un análisis de `bacteriología´ y así poder iniciar (...) tratamiento al respecto. Parece ser, según refiere el historial clínico del paciente, que este día acudió un médico a la intervención; sin embargo (...), no existe ninguna anotación en el sistema de lo que allí vio e hizo el citado facultativo".

Expone que al día siguiente, ante el empeoramiento del paciente, "se solicitó de manera urgente al servicio de salud de guardia en aquel momento, que era el de `A´, que acudieran al domicilio puesto que el estado era en general muy malo (estaba muy agitado y tenía muchos dolores), sin perjuicio del mal aspecto que tenía la herida del pie./ Aunque en principio se negaron, finalmente acudieron al domicilio, donde la enfermera procedió a limpiar, de nuevo, la herida pero sin examinar absolutamente ningún otro aspecto del estado del enfermo", y que ante las preguntas formuladas por la familia el facultativo dejó "la cita preparada para el médico de Atención Primaria dos días más tarde (...). A su vez, pareció sorprenderse cuando la propia familia ante la situación que estaba viviendo de angustia le mencionó la posibilidad de llevarlo al Servicio de Urgencias del Hospital `Y´, llegando a contestarle este (...) `que si lo cree muy grave lo acerque a `Y´, incluso le facilito un volante si así lo desea´./ Es decir, el médico como facultativo y conocedor del asunto deja a criterio del ciudadano de a pie la `creencia´ sobre la gravedad de un estado de salud para acudir al Servicio de Urgencias". Llama la atención sobre

que “no aparece, en ninguna de las intervenciones referidas, alusión alguna el estado del paciente en general, refiriéndose solo a la herida del pie, pero sin reflejar lo manifestado y aparente sobre deterioro generalizado” del mismo.

Afirma que “ante el desamparo que estaba sufriendo la familia por parte de los facultativos del centro de salud, que solo se centraban en la cura de la herida que ya a las 23:30 h de ese 18 de julio, y según anotaciones de la enfermera, tenía ‘zona necrosada (...)’, el día 19 a primera hora deciden llevarlo al Hospital ‘Y’./ La hora del ingreso por el Servicio de Urgencias de ese 19 de julio son las 11:29 horas, y la hora del alta en ese hospital son las 13:34 horas del mismo día./ A la vista de los resultados tan alterados de la primera analítica (...) y del estado lamentable del pie, el propio hospital autoriza su traslado” al Hospital “X” “‘para valoración por Cirugía Vascular’ del Servicio de Urgencias./ En este mismo momento, los médicos del Hospital ‘Y’ ya advierten a la familia de la gravedad del asunto, incluso les comentan la posibilidad de amputar el referido y malogrado pie”.

Reseña que el día 19 de julio se recoge ya en el informe de ingreso en el Servicio de Urgencias del Hospital “X” que “se va a proceder a amputar el miembro inferior derecho con urgencia”, y que “a las 21:10 horas se inicia la cirugía con el resultado ya adelantado a la familia pero agravado, ya que le amputan hasta el muslo”. Añade que el día 24 de julio “comienza con un cuadro de hipotensión, mal estado general y desorientación compatible con clínica de (...) (accidente cerebrovascular), por lo que en ese momento y debido al mal estado de salud del paciente, previo aviso a la familia, se decide sedarlo limitando las pruebas diagnósticas”, y fallece el día 25 de julio.

Entiende que no se ha actuado de manera correcta y adecuada a la *lex artis* en el cuidado del paciente, con resultado de fallecimiento, y se remite a la explicación contenida en el informe pericial que adjunta. Destaca que, “a pesar de que con cierta premura se le diagnosticó una ‘úlceras en pie diabético’, no se le aplicaron en ningún momento los protocolos previstos para este tipo de dolencia./ Los facultativos actuantes solo se centraron en la cura ‘objetiva’ de la herida del pie derecho del hoy fallecido. Obviaron en

todo momento el hecho determinante, a nuestro juicio, de todo el proceso, que es que el paciente tenía diabetes”, haciendo referencia a la existencia de protocolos de actuación que desembocan en la intervención de especialistas en cuanto aparece un indicativo de que las heridas pueden complicarse.

Manifiesta que “no se encuentra en todo el historial del paciente que las prescripciones médicas prestadas (...) fueran las previstas en las Guías de prevención y el manejo del pie diabético, a pesar de advertencia del ‘cuidado extremo’ que hay que tener con este tipo de pacientes por el rápido y peligroso desarrollo de este tipo de lesiones”.

Respecto al *quantum* indemnizatorio, señala que el fallecimiento ha producido unos daños y perjuicios morales indudables en su esposa e hijas que cifra, aplicando el baremo para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación para el caso de muerte, en ciento treinta y seis mil novecientos treinta y seis euros con noventa y dos céntimos (136.936,92 €), de los cuales 91.951 € corresponderían al cónyuge y 20.400 € a cada una de las hijas (ambas mayores de 25 años), a lo que se añaden 4.185,92 € de gastos de sepelio.

Adjunta copia de diversa documentación médica, de la inscripción registral del matrimonio y del testamento abierto otorgado por este, así como el informe pericial suscrito por un especialista en Valoración del Daño Corporal en el que se señala que existió “una injustificada demora en el tiempo en el que (...) recibió atención especializada”, indicando que “no es posible afirmar categóricamente que una derivación más precoz (...) a un servicio especializado podría haberse traducido en la conservación de la extremidad”, e incide en que el personal sanitario debía haber derivado al paciente al hospital “con mayor premura”, por lo que la atención dispensada “no se ajustó a las *lex artis ad hoc*”.

2. Mediante oficio de 11 de marzo de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación, concediéndole un plazo de diez días

para que acredite la representación que ostenta de sus hijas, pues en caso contrario se las tendrá por desistidas y se continuará la tramitación con la reclamante.

Asimismo, se le indica que si la letrada referida en el escrito de reclamación “va a actuar como su representante en este procedimiento ha de acreditar la representación por cualquier medio válido en derecho”.

3. El día 26 de marzo de 2021, la letrada bajo cuya dirección actúa la interesada presenta nuevamente la reclamación y acompaña el poder para pleitos otorgado ante notario por la viuda y las hijas del fallecido en favor de dos procuradoras y dos letradas, siendo una de ellas la suscribiente.

4. Mediante oficio de 7 de abril de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a las interesadas la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento aplicables, el plazo de resolución del mismo y el sentido del silencio administrativo.

5. El día 9 de abril de 2021, la Instructora Patrimonial solicita a las Gerencias de las Áreas Sanitarias I y IV una copia de la historia clínica del paciente y un informe del personal facultativo interviniente.

6. Con fecha 26 de abril de 2021, la Gerente del Área Sanitaria I remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un informe de Atención Primaria y una copia de la historia clínica del paciente, tanto de Atención Especializada como de Atención Primaria.

7. Mediante oficio de 7 de mayo de 2021, la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente.

8. El día 12 de mayo de 2021, la Instructora Patrimonial requiere a la Gerencia del Área Sanitaria I un informe del servicio médico interviniente que reúna los requisitos legales que menciona.

Con fecha 27 del mismo mes, la Gerente del Área Sanitaria I le envía un nuevo informe firmado por la médica de familia y la enfermera actantes. En él señalan que al paciente “se le programaron a partir del 3 de junio de 2020 curas periódicas de su úlcera en el pie derecho. Dado que era un paciente diabético con isquemia de miembros inferiores, la enfermera (...) se puso en contacto con la Unidad de Pie Diabético del (Hospital ‘X’) para consensuar actuaciones en el seguimiento y realización de las curas, intervenciones que se implementaron (...). La profesional encargada de la Unidad del (Hospital ‘X’) recomienda que se realice interconsulta con el Servicio de Vascular. Por ello se comenta” con una de las hijas del paciente “la posibilidad de realizar dicha interconsulta (...), hecho que la hija rehúsa, insistiendo la enfermera (...) en lo conveniente y adecuado de que su padre acuda a la misma”. Indican que, “dentro del contexto de curas programadas, el día 15 de julio de 2020 se detecta la sobreinfección de la úlcera y se procede de inmediato, en el mismo día”, a su “tratamiento (...) con antibiótico, y no como se dice” en la reclamación que “no es hasta el 17 de julio de 2020 cuando se deciden tomar medidas e iniciar tratamiento. Es el día 16 de julio de 2020 cuando en una exploración general en domicilio por parte de un facultativo médico adscrito al centro de salud y por una demanda por cuadro de desorientación del paciente se observa celulitis, sin mencionar esta la presencia de necrosis. La necrosis se detecta a los dos días, secundaria a infección de tejidos blandos, de evolución rápida en el contexto de un pie diabético”.

9. A continuación obra incorporado al expediente el informe pericial emitido el 30 de agosto de 2021 a instancia de la compañía aseguradora de la Administración por dos especialistas, uno de ellos en Angiología y Cirugía Vascular y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él concluyen que no se observa “falta de diligencia, retraso o error diagnóstico o

terapéutico, ni falta de oportunidad en la asistencia médica o de enfermería recibida por este paciente”, indicando que las actuaciones llevadas a cabo se ajustan a la *lex artis ad hoc*, y achacan el declive a la evolución natural de las graves patologías concurrentes.

10. Mediante oficio de 11 de octubre de 2021, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a las reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los documentos obrantes en el expediente.

11. Con fecha 3 de noviembre de 2021, presentan estas un escrito de alegaciones en el que reiteran la pretensión inicial e insisten en la falta de seguimiento de los protocolos de actuación aplicables dadas las patologías previas padecidas por el paciente. Señalan que lo indicado en la pericial emitida a instancias de la compañía aseguradora no se corresponde con la realidad, y ponen de relieve que no se actuó conforme a la gravedad de la situación en la realización de las curas del pie del paciente, afirmando que “el desenlace pudo haberse evitado”.

12. El día 11 de noviembre de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al entender que “la actuación de los profesionales sanitarios del equipo de Atención Primaria, del Hospital “Y” y del Hospital “X” ha sido conforme con la *lex artis ad hoc*. El fatal desenlace de fallecimiento del paciente constituye la evolución natural de las graves patologías intercurrentes, cardiovasculares, metabólicas, respiratorias y neurológicas, no objetivándose nexo causal entre el mismo y el funcionamiento de servicio de salud”.

Señala que, “tras la aparición de la ulceración en el pie se mantuvo estable con curas en su centro de salud durante un mes y medio. La periodicidad de las curas, actitud terapéutica, vigilancia médica y de

enfermería fueron adecuadas. Posteriormente la lesión ulcerosa se tornó exudativa y considerando la posible sobreinfección se pautó antibiótico de amplio espectro y se solicitaron cultivos. La respuesta a los antibióticos no fue adecuada evolucionando de forma desfavorable, procediendo en ese momento a cursar interconsulta hospitalaria. El paciente es atendido en primera instancia en su hospital comarcal y trasladado ulteriormente al hospital de referencia para valoración por el especialista en Angiología y Cirugía Vascular, donde indican cirugía urgente (amputación de muslo). La evolución posterior fue buena hasta el cuarto día del posoperatorio, en el que el paciente presenta fiebre y por la noche sufre un cuadro grave de pérdida de conocimiento, hipotensión y taquicardia que empeora drásticamente tras una leve mejoría, que impresiona como compatible con posible ictus. Los datos analíticos reflejan elevación de troponinas, indicativas de cuadro de cardiopatía isquémica aguda. Ante la gravedad del cuadro y la situación basal del paciente el médico indica de forma correcta y adecuada una sedación terminal de acuerdo con la familia”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 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. 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 las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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 ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 24 de febrero de 2021, habiéndose producido el deceso en el que se funda el día 25 de julio de 2020, 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 contenidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las

especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecian algunas deficiencias que deben ponerse de relieve. Primeramente debe indicarse que, a pesar de la explicación ofrecida por la Instructora Patrimonial a la Gerencia del Área Sanitaria I acerca del imprescindible contenido de los informes médicos para servir al fin que se persigue con su aportación al expediente, tanto en el que se incorpora a este después como en el conjunto de la prueba documental se siguen apreciando algunas lagunas en relación con la tardanza en la remisión del paciente al centro hospitalario, su causa e incidencia en el desenlace. Ahora bien, entendemos que con la documentación obrante en aquel cabe alcanzar una resolución sobre el fondo del asunto, sin perjuicio de considerar oportuno recordar en este momento que la instrucción debe servir para recabar los datos necesarios a fin de resolver todas las imputaciones planteadas en la reclamación.

Asimismo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar 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 "Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos".

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder sin más por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que la esposa y las dos hijas de un paciente reclaman una indemnización por el daño sufrido a causa de su fallecimiento, que achacan a una deficiente actuación sanitaria en el tratamiento de una herida en el pie por entender que en sus curas y control no se atendió al hecho de ser aquel diabético, produciéndose un retraso fatal y una tardía derivación al hospital ante al progresivo empeoramiento de su estado que llevó a la amputación del miembro y, finalmente, a su muerte.

Acreditado el óbito, ha de presumirse el daño moral en los familiares del fallecido. Ahora bien, su mera constatación no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que las perjudicadas no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 un paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por las reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que

tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla-para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio se extiende a la totalidad del servicio público sanitario, abarcando por tanto la fase de diagnóstico, sin quedar circunscrito a la del tratamiento médico del paciente, sin que ello comporte el derecho de este a que se le garantice un diagnóstico acertado y precoz, sino a que se le apliquen las técnicas precisas disponibles en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. La declaración de responsabilidad se vincula, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarias y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- de los síntomas manifestados.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Las interesadas sostienen que su familiar acude -el día 2 de junio de 2020- a una cita con su podólogo quien, ante la existencia de una herida en el pie derecho, le indica que vaya a su centro de salud para un adecuado control,

y que el servicio público sanitario no atiende al hecho de que se trata de un paciente diabético. Indican que el día 3 se le diagnostica en el centro de salud una "úlceras de pie diabético", y que en la cura que se realiza el día 4 de advierte además una grieta en el talón, programándose curas para los días 11, 16 y 19 de junio y 3, 6 y 9 de julio de 2020. Destacan que "el día 23 de junio (...), ante el empeoramiento generalizado del hoy fallecido, por parte de una de las hijas se solicita que se acuda al domicilio de este, ya que se encuentra cada vez más desorientado agravándose este hecho cada vez que se le saca del domicilio, y máxime teniendo en cuenta la espera que se produce en los centros de salud./ Se niega esa demanda en esos momentos a pesar de que el desplazamiento era al Centro de Salud de Tapia de Casariego ya que el de La Caridad se encontraba cerrado a causa del COVID./ No es hasta la intervención del día 9 de julio de 2020 cuando la enfermera interviniente comenta con la enfermera de enlace la posibilidad de interconsulta con (la) Unidad de Pie Diabético" del Hospital "X", precisando que "esta propuesta no se lleva a término", y que "el día 13 de julio en la intervención realizada por el centro de salud se manifiesta que aparece zona enrojecida de dorso de pie y exudado con mal olor (...)". Se procede a la realización de la cura sin más./ El día 15 de julio la herida ya tiene diagnóstico, "úlceras sobreinfectada"./ No obstante, no es hasta el día 17 de junio de 2020 cuando deciden tomarle muestras para la realización de un análisis de "bacteriología". Manifiestan que al día siguiente solicitaron al servicio de guardia que acudiera al domicilio por el estado general "muy malo" del paciente, afirmando que, "aunque en un principio se negaron, finalmente acudieron (...), donde la enfermera procedió a limpiar, de nuevo, la herida pero sin examinar absolutamente ningún otro aspecto del estado del enfermo".

Al reproche sobre la falta de atención especializada ajustada a la diabetes del paciente, la familia incorpora el retraso en la asistencia hospitalaria e indica que en esa visita domiciliaria le comentan al facultativo "la posibilidad de llevarlo al Servicio de Urgencias del Hospital 'Y', llegando a contestarle este (...) "que si lo cree muy grave lo acerque a 'Y', incluso le

facilito un volante si así lo desea’”. Entienden haber sufrido “desamparo” por parte de “los facultativos del centro de salud, que solo se centraban en la cura de la herida”, que el 18 de julio ya presenta necrosis. En la mañana del día 19 de julio la familia traslada al paciente al citado centro hospitalario, y tras el resultado de las analíticas practicadas se decide derivarlo al hospital de referencia previa advertencia de la gravedad de la situación. En el Hospital “X” se procede a la amputación del miembro inferior derecho con urgencia, llegando la misma hasta el muslo. Posteriormente, el paciente sufre un empeoramiento y el día 24 “comienza con un cuadro de hipotensión, mal estado en general y desorientación compatibles con clínica de (...) (accidente cerebrovascular)”, falleciendo el día 25 de julio.

En el informe pericial presentado por las reclamantes, suscrito por un especialista en Valoración del Daño Corporal, se exponen las recomendaciones clínicas en el tratamiento del pie diabético, concluyendo que en el caso analizado no se cumplieron sus indicaciones, y que nos encontramos con un caso de “pie diabético infectado” que hubiera requerido “internación y una intervención quirúrgica inmediata, con exploración y remoción de tejido esfacelado, drenaje de colecciones, toma de muestra para cultivo e inicio rápido de tratamiento con antibióticos de amplio espectro”. Se señala que la pérdida de tejido en el pie progresa en horas y que el día 18 de julio, pese a que el paciente fue valorado en dos ocasiones, no se actuó correctamente, sin que, además, se anotaran datos del estado general del paciente, cuyo conocimiento puede permitir percibir el avance de la infección hacia la sepsis (temperatura, tensión arterial y glucemia). Afirma que “no se dejó constancia en la historia clínica (de) referencias al estado general del paciente que podrían sugerir la necesidad de su hospitalización, pero por otra parte se menciona la existencia de un signo de mal pronóstico (necrosis), y aun así no se tomó decisión alguna a este respecto salvo la pasividad”, subrayando que el resultado de las pruebas practicadas el día 19 de julio cuando es trasladado al Hospital “X” evidencia que la infección había ido afectando a todo el organismo. En el referido informe se advierte asimismo que “no es posible

afirmar categóricamente que una derivación más precoz (...) a un servicio especializado podría haberse traducido en la conservación de la extremidad. Sin embargo, la evolución y características de sus lesiones debieron ser interpretadas por los clínicos como signos de mal pronóstico, incitando a dichos profesionales a actuar con mayor premura derivando al paciente al hospital”, por lo que concluye que la atención dispensada no se ajustó a la *lex artis ad hoc*.

Planteado en estos términos el reproche formulado frente a los servicios públicos de salud, cabe analizar las distintas cuestiones que se plantean. En primer lugar, debe repararse en que el paciente, de 76 años, no tenía “un estado de salud bueno, cuidado y mantenido de sus patologías, siendo la única crónica que presentaba la diabetes mellitus no insulino dependiente, tipo 2, perfectamente controlada”, como se afirma en el escrito de reclamación; al contrario, se trataba de un enfermo con múltiples patologías crónicas asociadas potencialmente muy graves que presentaba una afectación vascular crónica y grave y una enfermedad pulmonar crónica con fibrosis y bronquiectasias y fibrilación auricular, entre otras, incluyendo demencia mixta.

En segundo lugar, la familia entiende que una vez que acude al centro de salud el tratamiento y control al que se somete la lesión no tiene en cuenta la diabetes que padece. Sin embargo, en el propio escrito se refleja que la lesión se detecta por un podólogo el día 2 de junio de 2020, siendo atendido en el centro de referencia al día siguiente, donde se le diagnostica “úlceras de pie diabético” y se programan una serie de curas, la primera de las cuales se realiza el día 4. El informe médico presentado por el personal actuante deja constancia de que la enfermera “se puso en contacto con la Unidad de Pie Diabético del (Hospital ‘X’) para consensuar actuaciones en el seguimiento y realización de las curas, intervenciones que se implementaron”.

En consecuencia, de la documentación clínica obrante en el expediente se desprende que el personal sanitario sí tuvo en cuenta la dolencia del paciente y la necesidad de un control exhaustivo de la evolución de la herida, que efectivamente se lleva a cabo. Además, en dicho informe se añade que ya

en ese momento “la profesional encargada de la Unidad del (Hospital `X´) recomienda que se realice interconsulta con el Servicio de Vascular. Por ello se comenta” con una de las hijas del paciente “la posibilidad de realizar dicha interconsulta (...), hecho que la hija rehúsa, insistiendo la enfermera (...) en lo conveniente y adecuado de que su padre acuda a la misma”. Asimismo, se infiere de dicha documentación que el día 23 de junio, ante el empeoramiento del paciente, se solicita por parte de una de las hijas asistencia domiciliaria ya que la desorientación de aquel es mayor cuando sale del domicilio, y “máxime teniendo en cuenta la espera que se produce en los centros de salud”. Al respecto, los servicios sanitarios le explican que los criterios para acudir al domicilio se relacionan con problemas de movilidad, por lo que aconsejan “acudir mañana al centro para realizar valoración”, prosiguiendo las intervenciones y curas pautadas los días 24 de junio y 3, 6, 9, 13 y 15 de julio, fecha en la que se diagnostica una “úlcerasobreinfectada” y se procede de inmediato, en el mismo día, a su tratamiento con antibiótico, y no como se dice en la reclamación, “que no es hasta el 17 de julio de 2020 cuando se deciden tomar medidas e iniciar tratamiento. Es el día 16 de julio de 2020 cuando, en una exploración general en domicilio por parte de un facultativo médico adscrito al centro de salud y por una demanda por cuadro de desorientación del paciente, se observa la celulitis, sin mencionar este la presencia de necrosis. La necrosis se detecta a los dos días, secundaria a infección de tejidos blandos, de evolución rápida en el contexto de un pie diabético”.

A la luz de la documentación obrante en el expediente se puede considerar acreditado que el paciente sufrió un cuadro típico de ulceración de pie diabético, diagnosticado en la primera visita al centro de salud, y que se le sometió a unas curas programadas en dicho centro sanitario que permitieron un adecuado seguimiento y control de la evolución de la herida. Ello permite que tras la detección de la exudación en la zona se opte por la pauta de antibiótico de amplio espectro y la realización de cultivos.

Descartado el abandono del paciente y su dolencia, cabe analizar si existió un retraso en la derivación del enfermo al hospital que incidiera en el resultado causante del daño reclamado. Las interesadas achacan el fallecimiento a la falta de seguimiento adecuado y la no derivación del paciente al hospital. El informe pericial que presentan se centra en la falta de adecuado control, entendiendo que las medidas a adoptar debieron ser más drásticas desde el momento inicial para intentar evitar la amputación de la pierna. Por su parte, los informes incorporados al expediente revelan que el paciente estaba siendo controlado y tratado por el personal sanitario de su centro de Atención Primaria siguiendo las pautas de actuación de la Unidad de Pie Diabético, que se valora la consulta con el Servicio de Vascular del Hospital "X", opción que la hija del paciente rehúsa, y que dentro del contexto de curas programadas es trasladado al hospital comarcal cuando empeora. Se evidencia en este supuesto la rápida evolución del cuadro que mostraba, lo que enlazado con las decisiones que se iban adoptando permite concluir que la actuación sanitaria no desencadena ni facilita el desenlace, sino que este es consecuencia del grave estado general que el paciente presentaba.

En suma, este Consejo entiende, a la luz de los hechos acreditados documentalmente, que no puede apreciarse deficiencia en la asistencia dispensada en el centro de salud, que acordó su proceder con el servicio especializado y diseñó un plan de curas constante acorde a la patología que el enfermo presentaba. Tampoco cabe apreciar un retraso en la derivación del paciente al centro hospitalario, evidenciándose que se tomaron decisiones en atención a la evolución de su estado, con un pronto suministro de antibióticos en cuanto ello resultó recomendable, y sin que pueda hablarse de abandono o mala praxis. Reclamándose en atención al fallecimiento del enfermo, no puede anudarse este desenlace a la actuación del personal sanitario sino con una evolución tórpida de la patología que no guarda relación con la atención sanitaria sino con las graves dolencias de base que presentaba (cardiovasculares, metabólicas, respiratorias y neurológicas), y por tanto no existe nexo causal entre el daño alegado y el servicio público al que se imputa.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.