

Dictamen Núm. 227/2023

V O C A L E S :

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

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 25 de octubre de 2023, 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 julio de 2023 -registrada de entrada el día 21 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre como consecuencia de una inadecuada atención médica.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 20 de julio de 2022 los interesados -hijos de la fallecida- presentan, a través del Registro Electrónico de la Administración, una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre, que atribuyen a una inadecuada atención médica.

Exponen que “el día 17 de febrero (...) empieza a encontrarse mal, con dolor de cabeza y mareos, seguidos de sensación de hormigueo en mano

izquierda, desorientación y confusión. Se llama al 112, quienes envían personal sanitario (...). Tras un breve examen los facultativos (tres sanitarios) concluyen que todo está en orden, siendo innecesario tomar medidas extraordinarias./ Dos días después (...) empeora y se decide llamar nuevamente al 112. (La paciente) es trasladada en esta ocasión al (Hospital), donde se le diagnostica un ictus. Tras la administración de la medicación oportuna se (le) da de alta", sufriendo "secuelas relacionadas con la capacidad memorística./ El día 16 de marzo (...) sufre un ataque de convulsiones, vómitos y rigidez corporal. La familia llama al 112 y (...) es trasladada al (Hospital). Tras realizarle un examen se concluye que ha sufrido ataques epilépticos, siendo posible la presencia de otro ictus. Esta vez se interna a (la enferma) hasta que es dada de alta, aun cuando su estado de salud, según refiere la familia, es lamentable. La situación de descontrol y la inadecuada ordenación de los recursos sanitarios para la atención y seguimiento de las contingencias usuales y ordinarias hicieron que le dieran el alta el día 24 de marzo en el Servicio de Neurología, aun en el precario estado de salud en el que (...) se encontraba, tan solo (...) 5 días antes del fallecimiento. La familia manifiesta la desinformación y frustración que sintieron al ver a su madre en semejante estado y (...) tener que llevársela de nuevo al domicilio (...). Permanece en casa 2 días empeorando paulatinamente, hasta que una sanitaria amiga de la familia advierte del mal estado de la pierna izquierda (...) y su deterioro -resultándole incomprensible e inexplicable que le hubiesen dado el alta- (...). Ingresa de nuevo en el (Hospital) el día 26-03-20 por frialdad y dolor en el (miembro inferior izquierdo), especificándose incluso en el informe (...) de Urgencias que `ya desde que se fue de alta tenía clínica´, lo que pone de manifiesto, una vez más, lo inexplicable del alta, y tras realizarle los análisis oportunos se le amputa la pierna izquierda el mismo día 26 de marzo. Sufre en los días siguientes una colitis isquémica por *Clostridium*, provocándole un fallo multiorgánico debido a perforación intestinal secundaria a isquemia mesentérica por trombo aórtico./ Fallece el 31 de marzo de 2020 tras haber sufrido un ictus isquémico y haber sido dada de alta por el Servicio de Salud del Principado de

Asturias, desencadenando el alta una descompensación masiva a nivel orgánico que culminó con el fatal desenlace”.

Indican que “resulta (...) más evidente, por la gravedad del estado de la paciente y la cercanía temporal a la amputación de la pierna, el hecho de dar de alta hospitalaria en el Servicio de Neurología en fecha 24-03-2020 a (la paciente) aun cuando su estado de salud era claramente crítico./ La familia se encontró en ese momento desbordada debido a la completa desinformación y frustración ante tener que llevarse de nuevo a (la enferma) a su domicilio, viéndola en tan desconsolador estado de salud, postrada e impedida./ Recordemos la fecha en la que nos encontrábamos en aquellos momentos, a tan solo 11 de días de la declaración del estado de alarma y con una deficiencia absoluta de medios, personal sanitario y, desde luego, protocolos de gestión no solo de la pandemia en sí misma y de las personas infectadas de COVID-19, sino de todos aquellos pacientes que fueron enviados a sus casas en estados de salud más que delicados pero que, por no ser positivos en coronavirus, fueron dados de alta antes de tiempo (...), incorrectamente atendidos sin ordenación mínima de recursos sanitarios, no se les ha tratado adecuadamente o se retrasó una intervención que era necesaria, cayendo así la Administración en una incorrecta gestión sobre lo urgente y una inadecuada ordenación de los recursos sanitarios sobre lo urgente -de lo que nadie duda- y lo importante”.

Manifiestan que el “11-03-2021 se solicita por primera vez vía registro general la historia clínica, interrumpiendo el plazo de prescripción, así como la documentación a continuación expuesta, y se pone de manifiesto la voluntad de reclamar:/ Copia del historial médico (...), desde el 1 de enero de 2020, en el que consten todos los informes (...) emitidos desde tal fecha, especialmente aquellos del Servicio de Urgencias y del Servicio de Neurología del (Hospital), y de cualesquiera servicios (sobremuera los correspondientes a marzo de 2020)./ Copia de los informes médicos, actas o cualquier otra documentación que conste emitida por los facultativos que atendieron a (la paciente) en su domicilio en la noche del 17 de febrero de 2020 y en la mañana del día 19 de

febrero de 2020 (...). Identificación de los facultativos que (la) atendieron (...) en los días anteriormente referidos (17 y 19 de febrero de 2020)./ Identificación de los facultativos que atendieron a (la paciente) durante el mes de marzo de 2020, desde su ingreso en el (hospital), y aquellos que expidieron al alta hospitalaria (con copia de la documentación acreditativa del alta), así como del parte de ingreso (...). Tras no obtener respuesta de la documentación solicitada, se reitera la petición en fecha 02-11-2021, hasta que finalmente el 23-11-2021 los familiares reciben una llamada de Atención al Paciente avisando de que pueden ir a recoger el historial clínico, faltando el resto de la documentación solicitada e incumpliendo por completo el plazo que disponen tanto la Ley Orgánica de Protección de Datos, como La Ley de Autonomía del Paciente (...). Una vez recibido el historial se observa que hay tres informes claves que siguen faltando: el alta de (Neurología) del 24-03-20, el traslado en ambulancia del (hospital) al domicilio y el traslado del domicilio al (hospital) tan solo 48 horas después. Aun sin este documento, el alta es una realidad y así se puede observar en el informe del 26-03, que hace referencia expresa a que `acude al Servicio de Urgencias (...) aunque refiere la familia que ya desde que se fue de alta tenía clínica ´´.

Cuantifican la indemnización que solicitan en ciento ochenta y tres mil novecientos veinticinco euros con ochenta y tres céntimos (183.925,83 €), de los cuales 107.623,17 € corresponden al hijo que convivía con ella y 76.300,66 € al otro hijo.

Adjuntan copia de las solicitudes de la historia clínica presentadas el 11 de marzo y el 2 de noviembre de 2021, así como diversos informes médicos.

2. Mediante oficio de 28 de septiembre de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación, las normas de tramitación del procedimiento y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. El día 2 de febrero de 2023, la Gerencia del Área Sanitaria IV incorpora al expediente una copia de la historia clínica de la paciente y el informe emitido por el Servicio de Cirugía Vascular del Hospital el 26 de octubre de 2022.

En este último se indica que se trata de una "paciente de 80 años de la que se nos solicita valoración por el Servicio de Urgencias (...) por presentar una isquemia irreversible en (miembro inferior izquierdo) sobre una obstrucción iliofemoral, con un pie equino, abolición de la motilidad y sensibilidad y livideces en la extremidad hasta la articulación de la rodilla, con pulsos femoral, poplíteo y pedio positivos en la extremidad contralateral. El mismo día del ingreso es intervenida con carácter de urgencia, realizándose una amputación supracondílea de dicha extremidad. En el posoperatorio inmediato, según figura en el curso clínico de la paciente, `afebril. Muñón bien y sin problemas (...). Comenzó esta noche con dolor en la otra extremidad y a la exploración es una obstrucción femoropoplítea cuando al ingreso y en revisiones previas figura que tenía pulso pedio. Tiene el pie frío y cianótico y aunque la movilidad y sensibilidad están conservadas se programará para quirófano urgente' (...). Es intervenida el mismo día realizándose tromboembolectomía femoral derecha. El sábado 28 (...) presenta un pie caliente con buena movilidad y sensibilidad, y en la guardia del domingo 30 (...) presenta una rectorragia y un pico febril de 38º. Se solicita Rx tórax urgente informada: Pulmón derecho: No se observan opacificaciones parenquimatosas definidas. Elevación del hemidiafragma derecho ya presente en estudios previos desde al menos 2014 que impide valorar correctamente la base pulmonar derecha. Pulmón izquierdo: No se observan opacificaciones parenquimatosas definidas. Muñón y herida inguinal sin problemas. Con los antecedentes de episodios embólicos previos, a pesar (de) que (...) presenta un abdomen blando y sin dolor espontaneo (...) a la palpación, se solicita angiotac de forma urgente para descartar isquemia mesentérica", así como "una interconsulta al Servicio de Digestivo" cuya valoración indica que "no se puede descartar que se trata de un cuadro de colitis isquémica; en cualquier caso no requiere de medidas terapéuticas específicas, encontrándose ya en el

momento actual con cobertura antibiótica con Ciprofloxacino y Metronidazol (a valorar escalada -Piperacilina/tazobactam- si persistencia de RFA elevados). Solicito coprocultivo y *Clostridium difficile* en heces./ Por el momento no solicitamos estudios endoscópicos, pero en caso de persistencia de las rectorragias valorar realización de colonoscopia./ Recomendamos, además:/ Descartar otro posible foco infeccioso./ Soporte transfusional que precise./ Vigilancia de deposiciones". Seguidamente se consulta "también (...) a Medicina Interna que solicita ecocardiograma para descartar posible fuente embolígena y se mantiene tratamiento con Ciprofloxacino y Metronidazol. El día 30 continúa con fiebre de más de 38°. No parece que tengamos un foco claro salvo una posible impactación fecal por el tac de ayer realizado de urgencia. A la exploración tiene una auscultación pulmonar normal, aunque no es muy valorable por falta de colaboración de la paciente. Herida quirúrgica bien con pulso poplíteo positivo y pie caliente. Muñón doloroso pero bien. Abdomen blando con peristalsis + pero dolor en flanco derecho y epigastrio a la palpación (...) Firmo hemocultivos y placa de tórax y dejo en absoluta (...), se comprueba que presenta una positividad para *Clostridium difficile* por lo que se pauta tratamiento con Vancomicina./ El día 31 presenta un deterioro importante de su estado general, se solicita valoración por Cirugía General: Impresiona de isquemia intestinal aguda de probable etiología embólica en paciente con factores de riesgo cardiovasculares importantes y alto riesgo quirúrgico, con deterioro cognitivo y parkinsonismo asociado. Paciente obnubilada con fallo renal agudo, acidosis y criterios de sepsis en contexto de isquemia intestinal con mal pronóstico. Se valora (...) con adjunto de guardia (...), se decide de acuerdo con Cirugía Vasculatitud conservadora, desestimándose medidas invasivas. Se informa a familiares del plan terapéutico. Por nuestra parte no requiere seguimiento'. Se informa al hijo telefónicamente del mal pronóstico de la paciente (...). Fue exitus el mismo día 31 a las 21:36 horas".

4. Mediante oficio de la Gerencia del Área Sanitaria IV de 15 de febrero de 2023, se incorpora al expediente el informe elaborado el 13 de ese mismo mes por el Servicio de Neurología del Hospital

En él se señala que, "una vez revisada la prestación asistencial por parte del Servicio de Neurología (...) durante las dos ocasiones en las que estuvo ingresada (febrero-2020 y marzo-2020), podemos concluir que dicha prestación ha sido correcta, y ajustada a la práctica clínica habitual, en ambas ocasiones./ Durante el primero de los ingresos (19-02-2020 al 27-02-2020), motivado por un ictus isquémico en hemisferio cerebral derecho, se realizaron todos los procedimientos diagnósticos habituales en estas situaciones (análisis convencionales, electrocardiograma, tac craneal y ultrasonografía doppler de arterias supra-aórticas e intracraneales), así como valoración por parte del Servicio de Rehabilitación, y se inició tratamiento antiagregante plaquetario con salicatos como profilaxis secundaria de nuevos eventos isquémicos aterotrombóticos, habiendo causado alta hospitalaria con un mínimo déficit neurológico focal (puntuación 3 en la escala NIHSS) a expensas, fundamentalmente, de un déficit campimétrico izquierdo, tal como se evidenciaba en la exploración somatoneurológica; además, dada la situación cognitiva basal de la paciente, persistían ocasionales alteraciones de la coherencia del discurso verbal y conductuales que requirieron la utilización de fármacos sintomáticos./ En el segundo de los ingresos (16-02-2020 al 24-03-2020) (...) experimentó un nuevo infarto isquémico cerebral que ocasionó crisis convulsivas, situación altamente frecuente en este tipo de eventos cerebrales que interesan, como en el caso de esta paciente, zonas potencialmente epileptógenas, como el lóbulo cerebral frontal; nuevamente se procedió a completar los estudios oportunos y se realizó un estudio electroencefalográfico que mostró, en el momento del ingreso, grafoelementos epileptiformes, por lo que se inició tratamiento específico sin que posteriormente volvieran a repetirse los eventos clínicos comiciales, al mismo tiempo que se objetivaba una normalización progresiva del trazado bioeléctrico cerebral, de

manera que se procedió, en situación de estabilidad clínica, en un contexto secular a los eventos encefálicos previos, a tramitar el alta hospitalaria./ Durante ninguno de los dos ingresos se hace referencia, ni en los cursos clínicos de los facultativos de Neurología ni en el del personal de enfermería, a que la paciente haya referido dolor en miembro inferior izquierdo, motivo por el que unos días más tarde ingresó con carácter urgente en el Servicio de Cirugía Vascolar, de manera que no podemos aportar información alguna a este respecto”.

5. Obra incorporado al expediente un informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora de la Administración el 8 de abril de 2023 y suscrito por dos especialistas, uno en Angiología y Cirugía Vascolar y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En el exponen que “estamos ante el caso de una mujer de 80 años con pluripatología basal y factores de riesgo para desarrollar enfermedad arterial periférica (edad extrema, hipertensión arterial, deterioro cognitivo, alteraciones del colesterol, obesidad) confirmada por ecografía doppler con ateromatosis calcificada generalizada (...). Desde el punto de vista pericial vascular, es indudable que la paciente padecía dicha enfermedad previamente a todos los sucesos que aparecen en la reclamación, pero todavía no había sido diagnosticada por dos circunstancias. O bien estaba en la fase 1, en la que la enfermedad no da síntomas, o estaba en fase 2 (claudicación intermitente) pero no llegaba a detectarse por la patología neurológica concomitante (ictus previos). Es decir, la paciente no tenía la suficiente actividad de deambulación para percibir el síntoma característico de la enfermedad vascular (...). Precisa ingreso urgente en el Servicio de Neurología (...) desde el 19-02-2020 al 27-02-2020. Durante el ingreso se realiza tac craneal objetivándose un ictus subagudo en territorio de arteria cerebral posterior (...) derecha. No es candidata a terapia de reperfusión vascular por tiempo de evolución. Se inicia terapia antiagregante con salicitatos como profilaxis secundaria de nuevos eventos

isquémicos aterotrombóticos (...). Es dada de alta tras recuperación funcional y con recomendaciones de seguimiento en consultas. Durante (...) el ingreso la paciente no presenta ninguna complicación ni clínica de isquemia aguda ni crónica de miembros inferiores ni dolor abdominal (...). Ingresa (...) por Urgencias en el Servicio de Neurología (...) desde el 16-03-2020 al 24-03-2020 por nuevo episodio de infarto isquémico cerebral con episodios convulsivos que mejoran con tratamiento médico. En el tac craneal se confirma la existencia de una nueva lesión subaguda en la región frontal izquierda (...). Consta acreditado que (...) fue dada de alta el 24-03-2020 en buen estado general. En ningún momento durante el ingreso del 16-03-2020 al 24-03-2020, en las anotaciones de enfermería ni de los facultativos que la han atendido, se señala una evolución incorrecta. No presenta dolor abdominal ni frialdad ni dolor en las extremidades inferiores previo al alta (...). De lo expuesto no se puede establecer que el alta médica del Servicio de Neurología del día 24-03-2020 fuese inadecuada (...). Al momento del alta del día 24-03-2020 no consta acreditado que la paciente presentase ninguna clínica de isquemia aguda del miembro inferior izquierdo (...). La isquemia aguda del miembro inferior izquierdo se produce una vez establecido el alta, sin existir ninguna clínica previa al alta que haya condicionado una pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica fruto de la actuación de los profesionales (...) que han atendido a la paciente durante su ingreso en el Servicio de Neurología desde el día 16-03-2020 al 24-03-2020 (...). La causa del fallecimiento de la paciente es una isquemia intestinal aguda que no guarda ninguna relación directa ni indirecta con el alta realizada por el Servicio de Neurología del día 24-03-2020, objeto de la reclamación”.

Concluyen que “no observamos falta de diligencia o error diagnóstico o terapéutico ni falta de oportunidad en la asistencia médica recibida por esta paciente./ Encontramos que las actuaciones médicas se ajustan a la *lex artis ad hoc*. No objetivamos que la necesidad de amputación mayor de la extremidad inferior izquierda, la trombosis femoropoplítea de la extremidad inferior derecha

y la posterior isquemia intestinal que provoca el fallecimiento (...) se deba a ningún tipo de imprudencia profesional ni a un mal desempeño de los profesionales sanitarios a su cargo”.

6. Mediante oficio de 21 de abril de 2023, la Instructora del procedimiento comunica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y les adjunta una copia de los documentos obrantes en el expediente.

7. El día 23 de mayo de 2023, los interesados presentan a través del Registro Electrónico un escrito de alegaciones. En él indican que su familiar “ha venido padeciendo desde el momento de la primera intervención quirúrgica un serio y evidente deterioro de su estado de salud, precisando una segunda intervención quirúrgica un día después de la primera, conllevando el fallecimiento de la paciente tan solo tres días después de esta segunda intervención./ Sorprende, por tanto, por la gravedad del estado de la paciente y la cercanía temporal a la amputación de la pierna, el hecho objetivo de dar de alta hospitalaria en el Servicio de Neurología en fecha 24-03-2020 a (la enferma), aun cuando su estado de salud era claramente crítico pues la atención a la salud debe realizarse con un enfoque global, evitando la compartimentación según las especialidades; es decir, la atención es de la salud, por parte del servicio público de salud, no de un servicio específico (...); en ausencia del enfoque o visión global de todas las circunstancias y condiciones de salud se produce una valoración parcial, deficiente, aislada, subjetiva que desprecia el principio de protección integral de la salud (en cuanto prestación de servicio, que no de resultado) (...). El informe del alta de 24-03-2020 no especifica ningún tratamiento anticoagulante, como la heparina, que sí le habían recetado en ocasiones anteriores; medicación que tal vez podría haber evitado el trombo en la pierna posteriormente amputada. La sanitaria cercana a la familia que acudió al domicilio a título particular manifestó su sorpresa por no tener recetada la heparina o, en su caso, tratamiento

anticoagulante alternativo o causa por la que no se le administra la misma./ Esta no es más que una demostración más de la defectuosa asistencia sanitaria (...). Pero lo que resulta aún más sorprendente y confirma que la actuación de este servicio de salud adoleció de una clara negligencia es el hecho de que la reclamante precisara una nueva intervención quirúrgica al día siguiente de la primera (...) y tras haber pasado la noche del 26 al 27 de marzo con `dolor y frialdad´ (...). Tras la amputación del muslo (miembro inferior izquierdo) fallece el 31-03-2020 por colitis isquémica por *Clostridium*, constando en el informe de exitus como causa de la muerte `fallo multiorgánico debido a perforación intestinal secundaria a isquemia mesentérica por trombo aórtico´, claramente provocado por una descompensación orgánica masiva fruto de un alta prematura, negligente, derivada de una inadecuada ordenación de los recursos sanitarios y de la incorrecta prescripción médica, que desencadenó de inmediato una serie de empeoramientos en su estado de salud hasta ocasionarle el fallecimiento”.

8. Con fecha 20 de junio de 2022 (*sic*), la Instructora del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone que “en la reclamación se afirma que ha existido negligencia médica en la atención sanitaria dispensada a la madre de los reclamantes en el ingreso hospitalario acontecido en el período comprendido entre el 16-03-2020 al 24-03-2020, a consecuencia de un infarto isquémico cerebral que ocasionó crisis convulsivas a la paciente, procediendo a su tratamiento específico sin que posteriormente volvieran a repetirse dichos eventos clínicos, evolucionando a la objetiva normalización del trazado bioeléctrico cerebral de manera progresiva hasta la situación de estabilidad clínica, en un contexto secular a los eventos encefálicos previos, procediendo el alta hospitalaria./ Tras el estudio de la documental, durante la fase de ingreso hospitalario no consta en los cursos clínicos de los facultativos de Neurología ni en los del personal de enfermería que la paciente haya referido dolor en miembro inferior izquierdo, motivo por el que ingresó con

carácter urgente en el Servicio de Cirugía Vascular transcurridas 48 horas del alta hospitalaria, el día 26-03-2020, presentando frialdad, cambio de coloración y dolor intenso en pierna izquierda, de horas de evolución, compatible con isquemia aguda en miembro inferior izquierdo irreversible, resultando indicada la amputación urgente de la extremidad afectada, a nivel supracondíleo, a fecha de 26-03-2020, en ese momento se acredita que la extremidad inferior derecha no presenta ninguna clínica de insuficiencia vascular aguda, manteniendo buena coloración, movilidad y pulsos distales positivos./ Durante el posoperatorio, sobreviene un nuevo episodio de isquemia aguda, en este caso de la extremidad inferior derecha, con trombosis de la arteria femoropoplítea derecha, por lo que es reintervenida de urgencia el día 27-03-2020, realizándose una tromboembolectomía con buen resultado, mejorando la perfusión distal del pie con buena movilidad, temperatura y sensibilidad./ Con fecha (...) 30-03-2020 comienza con rectorragia y fiebre. Se solicita un angiotac que confirma la existencia de ausencia crónica de flujo del tronco celíaco asociado a una ateromatosis masiva y calcificada con colitis isquémica izquierda, sometiéndose a valoración conjunta por los Servicios de Cirugía Vascular y Cirugía General, que acuerdan tratamiento conservador y control evolutivo. Al día siguiente, y ante la evolución desfavorable, con empeoramiento del estado general y dolor abdominal, se somete a reevaluación, desestimándose tratamiento quirúrgico por la situación clínica de la paciente, cuyo fallecimiento se produce a las 21:15 horas del 31-03-2020 a consecuencia de la isquemia intestinal aguda./ En definitiva”, con base en la documental “obrante en el expediente y a falta de pericial de parte que la contradiga, no hay relación de causalidad cierta, directa y total entre la asistencia sanitaria recibida y el fallecimiento./ La asistencia ha sido en todo momento acorde a la *lex artis ad hoc*”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 17 de julio de 2023, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de

responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

TERCERA.- 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 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante 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.

CUARTA.- 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.

QUINTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados reclaman una indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre, que atribuyen a una inadecuada atención médica.

Constan en el expediente los pormenores de la asistencia sanitaria por la que se reclama, así como que el día 31 de marzo de 2020 tiene lugar el fallecimiento de la paciente, por lo que se advierte la existencia de un daño real por el que cabría reclamar.

Ahora bien, al examinar los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración procede verificar, en primer término, si la reclamación ha sido ejercitada dentro del plazo establecido al efecto; aspecto sobre el que no se pronuncia la propuesta de resolución que se somete a nuestra consideración.

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, los interesados presentan la reclamación con fecha 20 de julio de 2022, habiendo tenido lugar el fallecimiento de su madre el día 31 de marzo de 2020. Así pues, esta se formula transcurridos más de dos años desde que se produce el hecho del que trae causa y, por tanto, fuera del plazo de un año legalmente previsto; y ello aun teniendo presente lo dispuesto en el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (disposiciones adicionales tercera y cuarta), y por el Real Decreto 537/2020, de 22 de mayo, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo (artículos 9 y 10).

Dicho esto, no pasa desapercibida para este Consejo -y a ello se hace referencia expresa en la reclamación- la circunstancia de que obran en el expediente dos escritos presentados por los interesados el 11 de marzo y el 2 de noviembre de 2021 solicitando copia de la historia clínica de la paciente y de diversos informes médicos, manifestando expresamente “su voluntad de efectuar a la Administración la reclamación oportuna” y advirtiendo que, por tal razón, procedería “tener por interrumpido el plazo de prescripción de un año”.

En tal tesitura cabe traer a colación la Sentencia del Tribunal Supremo de 30 de junio de 2022 -ECLI:ES:TS:2022:2722- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª), a cuyo tenor “la interposición de una diligencia preliminar para la obtención de la historia clínica no constituye una acción idónea a los efectos de interrumpir el plazo de prescripción de un año para reclamar la responsabilidad patrimonial de la Administración pública por daños derivados de la actuación sanitaria (...). La presentación de un escrito limitado a comunicar la intención de interrumpir la prescripción mediante su presentación al amparo del

artículo 1973 del Código Civil no puede determinar dicha interrupción en el ámbito” de la “responsabilidad patrimonial de la Administración pública por daños derivados de la asistencia sanitaria, al no ser acción idónea para ello”.

Tal posicionamiento jurisprudencial viene manteniéndose por este órgano consultivo desde los primeros pronunciamientos, al señalar que la presentación de un escrito comunicando una futura reclamación no impide la prescripción de la acción para reclamar (por todos, Dictamen Núm. 263/2013).

Así pues, y aun admitiendo que “la prescripción como limitación al ejercicio tardío de los derechos, en beneficio de la seguridad jurídica, excluye una interpretación rigorista por tratarse de una institución que, por no hallarse fundada en la justicia intrínseca, debe merecer un tratamiento restrictivo” (entre otros, Dictamen Núm. 129/2017), este Consejo estima que la pretensión ahora examinada -formulada el 20 de julio de 2022- ha de ser desestimada por extemporánea, toda vez que en ella no se alega un daño diferente del determinado y conocido por los interesados desde el 31 de marzo de 2020, fecha del fallecimiento de su madre.

Ahora bien, aunque la acción hubiere resultado tempestiva la reclamación habría de ser igualmente desestimada, pues no concurren los requisitos materiales para su estimación.

En efecto, como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el 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 poder apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles, de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (entre otros, 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 esos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En este sentido, y pese a interesar a quien reclama la prueba de las alegaciones que sostiene, los perjudicados no han desarrollado en vía administrativa actividad probatoria alguna en relación con la supuesta mala

praxis asistencial, limitándose a aportar los informes clínicos del hospital y a exponer su personal interpretación de los hechos. Es por ello que este Consejo únicamente puede formar su juicio acerca de la posible existencia de una infracción de la *lex artis* y de su relación causal con los daños que se alegan sobre la base de los informes y pericias aportadas por la Administración y su compañía aseguradora.

En el supuesto analizado, los interesados sostienen esencialmente que el alta dada el día 24 de marzo de 2020 por el Servicio de Neurología del Hospital se habría producido en un "precario estado de salud" de la paciente, y que esta no "recibió la atención adecuada, sufriendo así una evolución negativa y descontrolada de las dolencias padecidas, convirtiéndose en una víctima de la inadecuada ordenación de los recursos sanitarios y de un alta médica rechazable".

Planteada en estos términos la reclamación, procede reiterar que tal interpretación de las causas del fatal desenlace no encuentra sustento pericial alguno, habiéndose acreditado por la Administración sanitaria que la enferma fue valorada y atendida en función del cuadro clínico que presentaba en cada momento. En este sentido, como hemos manifestado en ocasiones anteriores (por todas, Dictamen Núm. 137/2020), lo exigible es una asistencia adecuada a los síntomas por los que el paciente acude, "ponderada la respectiva naturaleza de esos servicios (...) y considerada la improcedencia de realizar pruebas indiscriminadas o aleatorias o de someter a los enfermos a estudios invasivos ante la menor sospecha, lo que no es asumible por el servicio público sanitario ni se ajusta a los requerimientos del cuidado de la salud".

A la vista de la documentación incorporada al expediente, se advierte en primer lugar que, como subraya el informe pericial aportado por entidad aseguradora, se trataba de una paciente "de 80 años con pluripatología basal y factores de riesgo para desarrollar enfermedad arterial periférica (edad extrema, hipertensión arterial, deterioro cognitivo, alteraciones del colesterol, obesidad) confirmada por ecografía doppler con ateromatosis calcificada generalizada". Por

otra parte, en la historia Millennium (folio 133) figuran -amén de una relación de la amplia medicación pautada a la paciente- como antecedentes: ingesta enólica probable excesiva./ (Hipertensión arterial) (...). Deterioro cognitivo. Parkinsonismo. Cuadro neuroconductual (alucinaciones visuales e ideación delirante) con trasfondo amnésico y temblor. Sospecha de posible ECLD. Intolerancia a parches de Rivastigmina (mareos)./ Ingreso en el mes de diciembre del 2018 en el Servicio de Neurocirugía por hematoma subdural agudo izquierdo (...). Reingreso en el mes de enero por cuadro de agitación./ Anemia crónica". Así pues, nos hallaríamos ante un cuadro clínico de gran complejidad, no sólo a la hora de abordar un tratamiento -dadas las circunstancias y antecedentes de la paciente-, sino a la de vincular la presencia de cierta sintomatología con un padecimiento concreto. Y esta consideración ha de hacerse singularmente extensiva a la crítica que efectúan los reclamantes -aunque sin llegar a elevarla en ningún momento a causa eficiente del fatal desenlace- de que el equipo médico de Urgencias que se trasladó al domicilio de la paciente el día 17 de febrero de 2020 no decidiese -a la vista de la sintomatología expuesta por los familiares (que exclusivamente refieren "desorientación, hormigueos, confusión")- trasladarla inmediatamente a un hospital.

En segundo lugar, en el informe del Servicio de Neurología del Hospital se indica que "en el segundo de los ingresos (del 16-03-2020 al 24-03-2020) la paciente experimentó un nuevo infarto isquémico cerebral que ocasionó crisis convulsivas, situación altamente frecuente en este tipo de eventos cerebrales que interesan, como en el caso de esta paciente, zonas potencialmente epileptógenas, como el lóbulo cerebral frontal; nuevamente se procedió a completar los estudios oportunos y se realizó un estudio electroencefalográfico que mostró, en el momento del ingreso, grafoelementos epileptiformes, por lo que se inició tratamiento específico sin que posteriormente volvieran a repetirse los eventos clínicos comiciales, al mismo tiempo que se objetivaba una normalización progresiva del trazado bioeléctrico cerebral". En tales

circunstancias, el informe refiere que “se procedió, en situación de estabilidad clínica, en un contexto secular a los eventos encefálicos previos, a tramitar el alta hospitalaria”. Asimismo, consta en este informe que “durante ninguno de los dos ingresos se hace referencia, ni en los cursos clínicos de los facultativos de Neurología ni en el del personal de enfermería, a que la paciente haya referido dolor en miembro inferior izquierdo, motivo por el que unos días más tarde ingresó con carácter urgente en el Servicio de Cirugía Vasculuar”. Sobre este extremo, hay que tener presente que la diagnosis de los facultativos no se puede basar meramente en el resultado de la exploración efectuada a la paciente, sino también en la sintomatología que esta les refiera, y en este sentido semeja incontrovertible que no se les habría suministrado información suficiente para adoptar una decisión diferente a la mencionada.

Por último, no cabe soslayar que el óbito de la paciente se produce -como refiere la pericial emitida por un especialista en Angiología y Cirugía Vasculuar y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo- como consecuencia de “una isquemia intestinal aguda que no guarda ninguna relación directa ni indirecta con el alta realizada por el Servicio de Neurología el día 24-03-2020”.

Así pues, el fallecimiento de la enferma no se puede vincular, en una necesaria relación de causa a efecto, a una mala praxis, sin que conste un retraso diagnóstico ni una deficiencia en los tratamientos empleados determinante del resultado.

En suma, y con independencia de la evidente extemporaneidad de la acción, no se objetiva desatención o negligencia, siendo la actuación del personal sanitario acompañada a la tórpida evolución de la clínica de la paciente y conforme a la *lex artis*, según se desprende de los informes obrantes en el expediente, los cuales en ningún momento han sido desvirtuados por los reclamantes, quienes no han acudido al derecho que la ley les confiere para presentar pericias que acrediten que el daño padecido guarda relación con una mala praxis médica. El daño ocasionado no resulta, pues, antijurídico y no puede

imputarse causalmente a la asistencia sanitaria dispensada, sin que pueda entenderse acreditada una pérdida de oportunidad terapéutica.

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.