

Dictamen Núm. 49/2026

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 12 de marzo de 2026, 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 9 de enero de 2026 -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, a causa del fallecimiento de su hijo, que achacan al anormal funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. El día 27 de enero de 2025 se presenta en el registro de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias, que suscriben los progenitores, por los daños derivados del fallecimiento de su hijo, que imputan a un funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

Comienzan su escrito detallando el curso clínico del paciente, desde su ingreso en la noche del día 18 de noviembre de 2023 en el Hospital “X” hasta el óbito -el 29 de enero de 2024- en el Hospital “Y”. Explican que, en el primer

hospital, se le diagnostica "una pancreatitis aguda con mala evolución", siendo derivado al Hospital "Z" al día siguiente, "donde ingresa en la (Unidad de Cuidados Intensivos)" en la que permanece "durante 32 días, sometido a diversos tratamientos", hasta que el 21 de diciembre de 2023, dada su "mala evolución", con "diagnóstico principal de pancreatitis aguda grave con necrosis superior al 66 % de la glándula y colecciones intraabdominales probablemente infectadas", lo trasladan al Hospital "Y", con el fin de colocarle allí "un drenaje por eco endoscopia". Explican que, practicada dicha intervención, se acuerda el traslado de nuevo a la (Unidad de Cuidados Intensivos) del Hospital "Z" y, ya en este hospital, el 31 de diciembre de 2023 "empieza a tener deposiciones hemorrágicas con coágulos y posterior inestabilización hemodinámica", evidenciándose en un tac realizado al día siguiente un "acúmulo hiperdenso adyacente a la región lateral derecha del tubo de drenaje transgástrico sugestivo de sangrado activo, a nivel de la arteria hepática izquierda". El mismo día, se le practica una arteriografía visceral digestiva, "identificando un pseudoaneurisma adyacente a la curvatura menor del estómago que parece depender de ramas gástricas derecha e izquierda, respectivamente, con sangrado activo a nivel de la arteria hepática izquierda. Se realiza el abordaje de ambas ramas con microcatéter, mediante embolización de ambas ramas de arterias gástricas". El día 2 de enero, por la tarde, se traslada al paciente al Hospital "Y" "porque estaba en mejor situación clínica y debería pasar a planta (...) a cargo de Digestivo, por tratarse de un paciente que era de difícil manejo en el Hospital `Z´". El día 12 de enero, "se solicita consulta con UCI dada la insuficiencia respiratoria que presentaba y se decide dejarlo en planta con oxigenoterapia, asimismo, no se recomienda diálisis urgente (...) y contradictoriamente, ese mismo día (...) (se) contacta con Nefrología para valoración de diálisis urgente, que rechazan, y no se considera su ingreso en UCI. Asimismo, presenta múltiples infecciones por gérmenes multirresistentes y el 13 de enero, por fin, se inicia tratamiento psicofarmacológico (...) y se le practica diálisis diaria./ Ante el empeoramiento de su situación, ingresa en UCI con descompensación respiratoria el día 14 de enero, presentando disnea y

desaturación./ El día 15 de enero se decide un tratamiento multimodal, acordando con Digestivo la realización de necrosectomías a través del Axios para control del foco infeccioso, sin ofrecer la opción de tratamiento quirúrgico./ El día 16 de enero se decide realizar drenaje del absceso pélvico guiado por ecografía (...). El día 19 de enero se le practica necrosectomía sin incidencias, pudiendo considerarse un éxito tal intervención, dado que comienza una mejoría rápida del paciente, programándose una nueva sesión para el día 23 de enero” con la que se limpia la cavidad “en un 75 % aproximadamente, no el 100 % como estaba previsto”. El día 26 de enero “se extrae prótesis Hot Axios de cavidad gástrica, pero sin embargo no se consigue encontrar otra prótesis Hot Axios que se había extraviado. Se retira la prótesis biliar que mantenía el estoma abierto (...). Y no se consigue colocar prótesis mesentérica. El informe detalla que se trata de un paciente que continúa mejorando clínicamente, que no tiene descompensación séptica y también está recuperando la diuresis (...). El día 28 por la tarde el paciente estando en UCI, se quejaba de que tenía mucho frío, pero dado que era domingo no se hizo ninguna prueba (...) y el lunes día 29 el paciente comienza a vomitar sangre, con inestabilidad hemodinámica, estupor y anemización que requiere transfusión. Se objetiva un gran coágulo ocupando la cavidad gástrica, sin poder definir el punto de sangrado exacto. Se realiza Angio TC urgente y arteriografía urgente, en la que se emboliza de manera empírica los sangrados activos, sin embargo, el paciente tiene parámetros inequívocamente sépticos (...), se acomete una cirugía (...), realizándose lavados con salida de material necrótico, dejando drenaje y sin poder finalizar la operación, no pudiendo recuperarse el paciente que falleció el 29 de enero de 2024”.

Manifiestan que “la lectura de los diversos informes médicos (...) permite constatar que la evolución de la situación clínica del paciente no ha sido la esperada, se llegaron a extraviar dos dispositivos Hot Axios inicialmente, sin que se llegara a localizar y extraer uno de ellos (...). En la documental a la que ha tenido acceso esta parte se pueden observar periodos en los que no se tomó ninguna decisión, se descartó la recuperación de las prótesis extraviadas en el

interior del paciente dada la mejoría que presentaba, no arrojando tampoco explicación alguna que justifique la causa del fallecimiento del paciente, ni tampoco el origen de la descrita úlcera de estómago que pudo provocar la hemorragia masiva”, úlcera que “nunca había sido visualizada ni diagnosticada”. Reprochan no disponer de informe de necropsia y entienden que “los equipos médicos no han actuado con arreglo a la diligencia debida” y que “para el hipotético caso de que finalmente se entendiese que el equipo médico ha realizado una praxis médica global correcta, aun así, concurriría la responsabilidad de la Administración, ya que el resultado no fue el esperado produciéndose la muerte del paciente”. Afirman que “existe una relación de nexo causal entre las sucesivas terapias aplicadas en UCI y planta, las intervenciones quirúrgicas, el extravío de las prótesis en el interior del estómago e intestino del paciente y el fallecimiento (...) siendo la actuación médica la que condujo a su muerte” y entienden que el resultado dañoso debe considerarse “un resultado absolutamente desproporcionado, no teniendo (el paciente) la obligación de soportar ese resultado lesivo”.

En cuanto a los daños sufridos, señalan que “ambos padres, pero especialmente su madre, sufre un cuadro ansioso depresivo (...), por lo que permanece” en situación de incapacidad transitoria “desde entonces y ha tenido que clausurar su negocio”.

Por los daños morales sufridos y el perjuicio patrimonial padecido, a causa del cierre de negocio, solicitan una indemnización de doscientos cuarenta y cuatro mil seiscientos setenta y seis euros con veinte céntimos (244.676,20 €).

Adjuntan a su reclamación acta de notoriedad de declaración de herederos abintestato del finado.

2. Mediante oficio de 3 febrero de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación, el nombramiento de la instructora y su

régimen de recusación, las normas con arreglo a las cuales se tramitará el procedimiento y los plazos y efectos del silencio administrativo.

3. El día 5 de febrero de 2025 la Instructora requiere a la Gerencia del Área Sanitaria IV la remisión de la historia clínica de Atención Especializada existente en el Hospital "Y" (incluyendo informe de necropsia) referida al proceso de referencia, así como el preceptivo informe de los Servicios de Digestivo y de Medicina Intensiva. Con la misma fecha requiere a la Gerencia del Área Sanitaria VII para que remita copia de la historia clínica de atención primaria y especializada existente en el Hospital "X" y a la Gerencia del Área Sanitaria VIII para que remita copia de la historia clínica de atención especializada, junto con los informes de los Servicios de Medicina Intensiva y de Digestivo del Hospital "Z".

El día 7 de febrero de 2025 el Gerente del Área Sanitaria IV remite diversa documentación clínica relativa al proceso asistencial por el que se reclama, toda ella de fecha anterior al óbito.

Con fecha 14 de febrero de 2025, el Secretario de Gerencia del Área Sanitaria VIII remite una copia de la historia clínica del paciente junto con los informes librados por la Sección de Digestivo y el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital "Z". En el primero de ellos se refleja que "no consta" que el paciente haya sido valorado por la Sección de Digestivo de dicho centro sanitario y, en el segundo, que "no tenemos nuevos datos que aportar y nos remitimos al último informe realizado (...) con fecha 11-01-2024".

El día 18 de febrero de 2025 la Instructora requiere nuevamente a la Gerencia del Área Sanitaria VIII para que remita un informe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital "Z" que sea "posterior a la presentación de la reclamación" y se refiera "a los daños y nexo causal invocados por los reclamantes". En respuesta a tal solicitud, ese mismo día el responsable del citado Servicio informa que, pese a que en la reclamación "no se cita ninguna actuación en concreto por parte de la Unidad de Cuidados Intensivos del 'Z' (...), dado que la mayor parte del proceso asistencial transcurre en ella, cabe

decir que las actuaciones y seguimiento (...) siempre fueron llevadas a cabo conforme a la *lex artis* (...). No se detectó en ningún momento de su estancia en nuestra Unidad datos que sugirieran la migración de la prótesis, lo cual parece construir el núcleo de la reclamación. Como última prueba objetiva, el día 8 de enero de 2024 se realiza tac abdominal que informa que la prótesis permanece 'en su localización habitual funcionante'./ La pancreatitis aguda grave es una entidad que *per se* tiene una elevadísima morbimortalidad. Por tanto, las complicaciones surgidas, así como el fallecimiento del paciente entra dentro de lo estadísticamente esperable para dicha patología".

Con fecha 11 de junio de 2025, la responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV, atendiendo al requerimiento de la instructora, envía los informes librados por un médico adjunto del Servicio de Medicina Intensiva -con fecha 28 de febrero de 2025- y por el Jefe del Servicio de Aparato Digestivo el día 9 de junio de 2025, ambos del Hospital "Y". En el primero de los citados, se explica que "el paciente sufría una pancreatitis necrohemorrágica muy severa", cuya evolución es "larga y tortuosa y no son raras múltiples complicaciones sucesivas en forma de pseudoquistes o quistes infectados e incluso perforaciones intestinales que han de tratarse de forma individualizada de la forma más conservadora posible. La cirugía abierta en fase aguda aumenta la mortalidad, por lo que esta se reserva únicamente a la evacuación de abscesos periféricos no accesibles por vía percutánea o para situaciones de riesgo vital inmediato, siendo preferibles actitudes conservadoras y drenajes percutáneos o transgástricos". Apunta que la evolución del paciente "fue en todo momento la esperada para una pancreatitis de este nivel de gravedad, con la única excepción de la complicación final que desembocó en su fallecimiento, la cual, efectivamente, no era esperada ni previsible". Refiere que, a lo largo del proceso asistencial, dos dispositivos de drenaje transgástrico Axios "se desplazaron de su posición" y que, aunque uno de ellos pudo ser extraído mediante endoscopia, el "otro había migrado a peritoneo y estaba más allá del alcance del endoscopio, por lo que la única forma posible de extraerlo era cirugía abierta", si bien el abordaje

quirúrgico era “desproporcionado y muy desaconsejable” en un paciente que estaba en ese momento “evolucionando favorablemente”. Tras afirmar que el fallecimiento no guarda “relación alguna con la migración de esta prótesis”, califica de “extraña” la afirmación de los reclamantes, conforme a la cual “se pueden observar periodos en los que no se tomó ninguna decisión”, lo que considera que “supone una inexactitud”, pues “en todas las circunstancias en las que no hubo actuación (no dializar un día concreto, no decanular, permitir la prótesis Axios extraviada, etc.), se razonaron cuidadosamente los motivos para ello, tal como consta en la historia clínica. La ausencia de actuación es, de hecho, una decisión médica perfectamente válida, tanto como la decisión contraria”. Señala, por otra parte, que pese a lo que afirman los reclamantes no existe ninguna duda sobre el motivo del fallecimiento del paciente y explica al respecto que el “día 29-1-24 se produjo una hemorragia digestiva procedente de duodeno (no de estómago) que se embolizó con cese del sangrado, con arrastre de contenido hemático desde el estómago hasta la cavidad pancreática, contaminándola y provocando sobreinfección de la misma. Tras esto, se produjo un shock séptico florido en el transcurso de las siguientes 12 horas, que fue la causa final del fallecimiento./ Deducimos este mecanismo porque el TC realizado esa misma noche describe sangrado activo procedente de duodeno, con distensión de la cámara gástrica y aumento volumétrico de la colección pancreática que el radiólogo describe como ‘hemático’ por sus características radiológicas, lo que indica que, efectivamente, el sangrado duodenal replecionó estómago y a través del orificio gástrico aún no cerrado, pasó a la celda pancreática contaminándola. El sangrado se detuvo gracias a la embolización realizada, pero con el paso de las horas se fue comportando como un cuadro de shock séptico rápidamente progresivo originado en retroperitoneo y la celda pancreática, con disfunción multiorgánica y evolución fulminante./ Dado que en ese momento sí existía riesgo vital inmediato, se decidió cirugía urgente cuyos hallazgos corroboran esta sospecha clínica, puesto que describen en la cavidad gástrica ‘evacuación de gran hematoma sobreinfectado’. Todo esto está detallado en la evolución y comentarios del informe de *exitus* (...).

Además, *post mortem* se reciben resultados de los cultivos tanto de las muestras quirúrgicas como de hemocultivos, que confirman la infección activa con presencia de los mismos gérmenes tanto en las muestras abdominales como en sangre". En cuanto a la necropsia, señala que "es habitual hacerla solo en aquellos casos en los que el motivo de la muerte no está claro" y que, "en este caso, no había ninguna duda del desencadenante, mecanismo ni circunstancias que desencadenaron el fallecimiento. Teníamos un TC que mostraba el mecanismo, una arteriografía que mostraba (y solucionó) el desencadenante, un cuadro clínico totalmente conocido y evidente para un intensivista y, por si fuera poco, una cirugía abierta unas horas antes" por lo que, "según práctica médica habitual", la necropsia no se solicitó. Finalmente, en cuanto a la úlcera de duodeno, señala que "no había sido mencionada nunca antes porque no se conocía (...). Su presencia, así como la hemorragia que se produjo a consecuencia de la misma, no era esperada ni se observó úlcera gástrica alguna en las múltiples endoscopias, debido a que no estaba en estómago sino en duodeno, que es técnicamente intestino delgado, fuera de la zona observada durante las gastroscopias que se realizaron. La complicación que provocó su fallecimiento fue, efectivamente, atípica, inesperada e imprevisible, con una evolución catastrófica que no pudo evitarse a pesar de las medidas máximas que se instauraron".

En el informe del Jefe del Servicio de Aparato Digestivo se expresa que la pancreatitis aguda es una "situación clínica que con frecuencia significativa reviste especial gravedad, incluso con resultado de muerte", descartando, a continuación, la presencia en el proceso asistencial de "situaciones que pudieran asociarse a una mala praxis". Procede el facultativo informante a analizar diversas afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación y así señala, respecto de la "necrosectomía pancreática por vía endoscópica", que "se trata de una técnica en la que es prácticamente imposible conseguir esa limpieza del 100 % que los reclamantes afirman 'que estaba previsto', desconociendo la razón en la que pueden basar dicha información". En cuanto al extravío de la prótesis, puntualiza que "más que extraviar debe hablarse de

'migración', lo cual está asociado a situaciones como la presente, en que los bordes del tejido donde está asentada se necrosan", con "ausencia de fijación" y "movilidad, perdiendo con ello su función inicial". Explica que, "si bien se intenta su extracción en aquellos casos en que es posible", en el que es objeto de análisis, "una de las prótesis había alcanzado tramos muy distales del intestino delgado", por lo que "no existía indicación específica para un intento de extracción (...) con un elevadísimo riesgo-beneficio, frente a la opción de no intervenir sobre dicha prótesis migrada", razón por la cual "debe considerarse de todo punto correcta la decisión tomada a este respecto". Manifiesta que se estaba ante "un cuadro clínico de extrema gravedad, ante el que se realizaron múltiples actuaciones médicas tendentes a intentar estabilizar la situación" y señala que son de "todo punto incorrectas" las imputaciones relativas a "que 'no se tomó ninguna decisión' (ya que en ocasiones lo correcto es precisamente esperar evolución del paciente y no plantearse actuaciones cuyos riesgos superarían a los beneficios), 'se descartó la recuperación de las prótesis extraviadas' (afirmación que (...) parece indicar una actuación errónea, cuando antes al contrario (...), lo erróneo hubiera sido intentar su extracción (...), y finalmente ya cuando se afirma que 'no existiría explicación que justifique la causa del fallecimiento del paciente', cuando parece obvio que fue el gran deterioro clínico existente debido a la pancreatitis necrotizante que padecía". Señala que "en absoluto puede mínimamente fundamentarse la afirmación de que 'los equipos médicos no han actuado con arreglo a la diligencia debida'" y que, "en modo alguno 'la actuación médica' fue la que condujo al fallecimiento del paciente (...), sin que el supuesto 'extravío' de las prótesis pueda relacionarse en absoluto con esta situación". Concluye que "las sucesivas terapias aplicadas en UCI, planta, endoscopias y cirugía no pueden en absoluto entenderse como un 'nexo causal' del fallecimiento, sino antes al contrario como la demostración de la profunda y completa dedicación de múltiples profesionales en la atención a este paciente, lo cual desgraciadamente no pudo finalmente evitar su fallecimiento".

4. Consta, seguidamente, incorporado al expediente un informe pericial suscrito, el día 8 de septiembre de 2025, por un especialista en Cirugía General y en Aparato Digestivo, en el que señala que “la pancreatitis necrotizante aguda, que ocurre en hasta el 30 % de los episodios de pancreatitis aguda, puede ser una enfermedad devastadora y potencialmente mortal”. Explica que “el tratamiento de la pancreatitis grave necrotizante ha evolucionado de forma considerable en los últimos 30 años y se ha observado una tendencia a ser más restrictivo en la utilización de la cirugía (...). Debido a la alta incidencia de complicaciones prematuras, entre las que se encuentran la alta mortalidad y el mal resultado a largo plazo en los pacientes que sobrevivían, la resección temprana del páncreas fue abandonada (...). El tratamiento de la pancreatitis necrotizante aguda es ahora, predominantemente, no quirúrgico. En la etapa inicial (...) el manejo consiste en cuidados médicos intensivos de soporte nutricional y tratamiento antibiótico. El drenaje de la necrosis estéril no reduce la mortalidad entre los pacientes con pancreatitis necrotizante aguda”. Explica que, en el caso de que se trata, confirmada “en los controles evolutivos” la “progresión de las necrosis y la formación de múltiples colecciones intraabdominales (...) hace necesario el drenaje”, que se realiza siguiendo una opción “acreditada y avalada por las guías de práctica clínica actuales”, cual es la de “drenaje endoscópico de las colecciones utilizando necesariamente prótesis metálicas autoexpandibles tipo Hot Axios”. Señala que “como cualquier otro procedimiento (incluido la cirugía y/o el drenaje percutáneo) no están exentos de complicaciones, entre ellas la posibilidad de presentar una migración (desplazamiento) de la endoprótesis durante el tratamiento”, rechazando a continuación que, en el caso de que se trata, “no se haya establecido ninguna medida para evaluar las endoprótesis gástricas migradas”; al contrario “el día 25-01-2024 se realiza un TC abdominal de control para localizar los dispositivos Hot Axios migrados” y “el día 26-01-2024 se realiza nueva sesión endoscópica donde se extrae la Hot Axios gástrica, se retira la prótesis biliar del estoma para permitir cierre, y se completa necrosectomía. No se consigue acceder a la prótesis Hot Axios mesentérica”. Considera “adecuada y prudente” la decisión

de no abordar quirúrgicamente la retirada de la prótesis migrada, “dado el riesgo-beneficio de dicha opción terapéutica” y afirma que “no existe ningún nexo de causalidad cierto, directo ni total entre la permanencia de la endoprótesis transgástrica migrada y el fallecimiento del paciente”, pues “el sangrado era dentro del tracto digestivo (...) como así se confirma en la endoscopia”, en tanto que “la endoprótesis gástrica está en el mesenterio (...) fuera del tracto digestivo por lo que no puede ser el origen directo ni indirecto del sangrado digestivo”. Concluye, en definitiva, que “la actuación de los profesionales sanitarios que han atendido a (el paciente) ha sido correcta y ajustada, en todo momento, a la *lex artis ad hoc*”.

5. Mediante oficio notificado el 2 de octubre de 2025, al que se adjunta una copia del expediente, la Instructora evacúa el trámite de audiencia, concediendo a los interesados un plazo de quince días para formular alegaciones y presentar cuantos documentos y justificaciones estimen procedentes. No consta la personación de los reclamantes en dicho trámite.

6. El día 7 de enero de 2026, la Instructora formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “la pancreatitis aguda necrotizante es una entidad patológica grave con una elevada mortalidad, responsable del fallecimiento del paciente por la propia evolución y gravedad de la misma. La asistencia ha sido correcta y ajustada, en todo momento, a la *lex artis ad hoc*”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 9 de enero de 2026, 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, 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.- 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 expediente ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 27 de enero de 2025 y, habiéndose producido el fallecimiento del hijo de los interesados el día 29 de enero de 2024, hemos de concluir que la acción se ha ejercido dentro del plazo de un año, legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo

común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados que, a la vista de las imputaciones de mala praxis realizadas en el escrito de reclamación, son los de los Servicios de Medicina Intensiva y de Aparato Digestivo del Hospital “Y”, 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 el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC, lo que no impide su adopción, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b) de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y en su apartado 2 que, “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la Ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

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

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados reclaman ser resarcidos por los daños que les ha irrogado el fallecimiento de su único hijo, que atribuyen al funcionamiento anormal del servicio público sanitario. La indemnización solicitada comprende los daños morales ligados a tal óbito, que cuantifican tomando como referencia el baremo establecido para los accidentes de circulación, más una pérdida patrimonial -que valoran en 120.000 euros- derivada del cierre del negocio que regentaba la madre quien, según afirman, quedó incapacitada para atenderlo a causa del fallecimiento por el que reclaman.

Aunque la realidad del lucro cesante alegado no se encuentra sustentada en prueba alguna, con lo que no puede tenerse por probada, sí cabe presumir la efectividad del daño moral objeto de reclamación, toda vez que el óbito y el cercano parentesco del paciente fallecido con los reclamantes se encuentran acreditados, todo ello sin perjuicio de su exacta cuantificación económica, cuestión esta que solo abordaremos más adelante, de estimar que concurren el resto de presupuestos generadores de la responsabilidad que se demanda.

En cualquier caso, acreditada la efectividad del daño moral, debemos reparar en que, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica, surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica, *per se*, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si aparece causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el perjudicado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo, al servicio público sanitario le compete una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse automáticamente a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra 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 el 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, 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 necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y 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 hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean, en esencia, causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña, directamente, 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, salvo en aquellos casos en los 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. Esto es, la responsabilidad patrimonial no solo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada, sino también que el perjuicio, cuya reparación se persigue, sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el caso sometido a nuestra consideración, hemos de analizar en primer lugar si, como afirman los perjudicados en el escrito inicial de solicitud,

nos encontramos en un caso de auténtico daño desproporcionado, en el sentido técnico jurídico en el que se invierten las reglas generales de la carga de la prueba. Al respecto, viene señalando el Tribunal Supremo de forma reiterada (por todas, cabe citar la Sentencia de 19 de diciembre de 2018, -ECLI:ES:TS:2018:4337- de la Sala de lo Contencioso-Administrativo) que “la doctrina del daño desproporcionado (...) no se produce automáticamente por la sola presencia de un gravísimo resultado, sino que requiere que exista nexo causal entre la producción de un resultado desproporcionado con la patología inicial del paciente y la esfera de actuación de los servicios sanitarios, que el daño producido no constituya una complicación o riesgo propios de la actuación médica y que no se haya acreditado la causa de la producción de ese resultado, es decir, que la doctrina del daño desproporcionado no es aplicable cuando, como en el caso de autos, el resultado puede obedecer a un riesgo o a una complicación inherente al acto médico y/o se pueden explicar los hechos a través de las pruebas practicadas en el proceso, ya que la esencia de la doctrina no está en el hecho ‘físico’ de que el resultado sea desproporcionado a lo que se esperaba”. En nuestro caso, los informes médicos librados en el curso de la instrucción, que no han sido rebatidos por la parte reclamante, coinciden en señalar que la pancreatitis necrotizante aguda es un situación clínica que, con frecuencia, reviste especial gravedad, incluso con resultado de muerte, y que las complicaciones surgidas en el caso objeto de análisis y que, finalmente, condujeron a la muerte del paciente, forman parte del curso clínico conocido y posible de la patología, por lo que el daño reclamado -por más que resulte grave, indeseado e incluso inesperado- no resulta inexplicable. Por tanto, puesto que no nos encontramos ante un caso de verdadero daño desproporcionado, puede afirmarse que recae sobre los reclamantes la carga de la prueba; sin embargo, estos se limitan a afirmar que no se actuó con la debida diligencia por parte del servicio público sanitario, sin aportar pericial médica alguna que sustente tal imputación.

En segundo lugar, frente al reproche de la parte reclamante que imputa a la actuación médica el deceso de su hijo -carente de toda prueba-, los

informes médicos incorporados al expediente a instancia de la Administración sanitaria coinciden en señalar, de forma razonada, que se actuó en todo momento de acuerdo con la *lex artis ad hoc*. En efecto, según tales informes -que integran, junto con la historia clínica, los únicos elementos de que disponemos para formar nuestro juicio-, para el abordaje de la dolencia que presentaba el paciente, se siguieron las pautas de consenso científico que, como explica la especialista autora del informe librado a instancias de la aseguradora del servicio público de salud, conlleva un manejo inicial predominantemente no quirúrgico, que implica la aplicación de medidas conservadoras consistentes en “cuidados médicos intensivos de soporte nutricional y tratamiento antibiótico”, teniendo en cuenta que “el drenaje de la necrosis estéril no reduce la mortalidad”. Cuando el drenaje se hizo necesario debido a la “progresión de la necrosis y la formación de múltiples colecciones abdominales”, este se realizó siguiendo una opción “acreditada y avalada por las guías de práctica clínica actuales”, cual es la de “drenaje endoscópico” utilizando prótesis tipo Hot Axios. Tal y como se refleja en el informe de alta (folio 543 de la historia Millennium), en la primera sesión de drenaje, realizada el día 19 de enero de 2024, “se realiza necrosectomía abundante, aunque no se puede completar toda la extensión necesaria y necesitará nuevas sesiones” y en la segunda sesión, realizada el día 23 del mismo mes, la necrosectomía “se considera al final del procedimiento casi completa”. Según se recoge en las notas de curso clínico hospitalario del Hospital “Y” (folio 305 de la historia clínica Millennium) y en el informe de alta antes citado, durante la segunda sesión de drenaje se produjo una complicación bien conocida de esta técnica, que es la migración o pérdida de dos prótesis que puede producirse, tal y como señala el Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital “Y” en su informe, debido a la necrosis de los tejidos donde están asentadas, con la consiguiente ausencia de fijación y movilidad. Como consta en las mismas notas de curso clínico (folio 303 de la historia Millennium), una de las prótesis se fue hacia la cavidad gástrica y pudo retirarse con endoscopia el 26 de enero de 2024, pero la otra, ubicada en el mesenterio, no pudo extraerse con la misma técnica; en

aquel momento se valoró practicar una laparotomía para recuperarla, si bien, comentada esta posibilidad entre el facultativo responsable del paciente y el endoscopista -y teniendo en cuenta que el paciente estaba mejorando y no presentaba descompensación séptica- ambos doctores convinieron en que no era el momento adecuado para abordar la extracción quirúrgica, decisión esta que el resto de los informes médicos recabados durante la instrucción del procedimiento consideran correcta. En la mañana del 29 de enero de 2024, "con el paciente previamente estable" -según se recoge en el informe clínico de alta (folio 544 de la historia Millennium)-, se produjo una hemorragia digestiva procedente del duodeno que se pudo embolizar, cesando el sangrado; sin embargo, como se explica en el informe de Medicina Intensiva del Hospital "Y", el "arrastré de contenido hemático desde el estómago hasta la cavidad pancreática" provocó la "sobreinfección de la misma" y, posteriormente, "un shock séptico florido" que condujo al paciente, en unas horas, a una situación descrita en el informe de alta como "catastrófica". Teniendo en cuenta que, si no se intentaba la opción quirúrgica, la muerte era "inevitable y próxima" -como se refleja en el informe que acabamos de citar-, se decidió, consultado con Cirugía, abordar la operación para tratar de salvar la vida del enfermo. Dicha intervención, sin embargo, no pudo llegar a completarse ante la situación clínica del paciente, produciéndose finalmente su fallecimiento en la Unidad de Cuidados Intensivos la misma tarde del día 29 de enero de 2024. El óbito, según se explica en el informe del Servicio de Medicina Intensiva, se produjo debido a la sepsis desencadenada a causa de la hemorragia duodenal inesperada e imprevisible que se presentó, se detectó y se atajó mediante embolización el mismo día 29 de enero de 2024, sin que haya podido influir en el desenlace, como se afirma también en el informe librado a instancias de la aseguradora, la presencia en el cuerpo del paciente de la prótesis migrada por encontrarse fuera del tracto digestivo. Por otro lado, los informes médicos librados por los servicios afectados coinciden en señalar que todas las decisiones que se adoptaron en el curso del proceso asistencial -incluso las que suponían no intervenir o no aplicar un determinado tratamiento- fueron las que

la situación del paciente demandaba en cada momento y están justificadas en la historia clínica.

Finalmente, en relación con el reproche sobre la ausencia del informe del estudio autopsico clínico (en la reclamación se indica que “al día de hoy tampoco tenemos informe definitivo de necropsia”), conviene subrayar que, conforme a lo dispuesto en los artículos 5 y 6 del Real Decreto 2230/1982, de 18 de junio, sobre autopsias clínicas (norma que desarrolla la Ley 29/1980, de 21 de junio, de autopsias clínicas), corresponde a los servicios sanitarios acordar la realización de este tipo de estudios (los familiares tienen el derecho de oponerse) y, que tal y como razona el informe de Medicina Intensiva (CD incorporado en el folio 80 del expediente), debe responder a motivos clínicos que se encuentran recogidos en el artículo 6 del citado Real Decreto 2230/1982, de 18 de junio, en síntesis, procederá cuando el estudio clínico de la enfermedad no permita caracterizarla adecuadamente o si existe un interés científico “en conocer aspectos de la morfología o de la extensión del proceso” o en el caso de que “un estudio clínico incompleto haga suponer la existencia de lesiones no demostradas que pudieran tener un interés social, familiar o científico”. Circunstancias, que a juicio del equipo médico interviniente no se producen en este caso, lo que los reclamantes tampoco han cuestionado a lo largo de la tramitación del expediente. Con todo, aun correspondiendo a los servicios sanitarios acordar la realización de este tipo de estudios cuando concurren las razones clínicas antes expuestas, tampoco consta en la historia clínica que los reclamantes hubieran interesado su práctica.

En conclusión, en el caso analizado y ante la falta de actividad probatoria por parte de los reclamantes, no se acredita ni la realidad de una parte importante de los daños que reclaman ni se prueba la mala praxis objeto de reproche, resultando, al contrario, de la documentación clínica y de los informes médicos obrantes en el expediente, que se pusieron efectivamente a disposición del paciente todos los medios necesarios para el tratamiento de su dolencia.

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 la fecha de la última firma electrónica

V.º B.º

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.