

Dictamen Núm. 102/2026

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 14 de mayo 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 12 de marzo de 2026 -registrada de entrada el día 20 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su padre tras una asistencia por parte de los servicios públicos sanitarios de urgencias que considera inadecuada.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. El día 17 de junio de 2025, el hijo del paciente presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a la Consejería de Salud, por los daños sufridos a causa del fallecimiento de su progenitor, que una atención adecuada por parte de los Servicios públicos sanitarios de Urgencias acaso pudiera haber evitado.

Expone que “a las 5:04 horas del día 21 de junio de 2024, ante el deterioro de la salud de su incapacitado padre, se llama al 112. Este Servicio

traslada la llamada a la médica de Urgencias del Centro de Salud de y a la que se le comenta la situación y el crítico estado del paciente./ La médica responde que ella no pensaba desplazarse al domicilio y que ni tan siquiera enviaba el recurso de ambulancia, alegando que la misma cubría mucha área y que estaban 'saturados'. Posteriormente, pudo conocerse que esa ambulancia no realizó esa noche ningún servicio./ Transcurridos 20 minutos, la facultativo llama y dice que 'si queréis subo yo pero la ambulancia no'. Cuando se recibe la llamada de la médica, el reclamante ya había introducido a su padre en un vehículo con el fin de ir a Urgencias del Hospital "X", donde se presentaron esa noche (...). Se le realizó un enema de limpieza (...) siendo dado de alta sin mayores procedimientos o medios diagnósticos. Y aquí se encuentra, precisamente, la deficiente asistencia sanitaria, pues el padre del dicente ingresó dos días más tarde, es decir el 23 de junio, para no salir nunca más". En este nuevo ingreso al paciente sí se le practicaron "las siguientes pruebas diagnósticas: ecografía de abdomen, Rx de tórax y abdomen, TC de cráneo, abdominal y cerebral urgente, así como diversos urinocultivos y estudios bioquímicos".

Entiende que "la atención sanitaria del día 21 dejó mucho que desear, pues lo procedente hubiera sido realizar las oportunas pruebas diagnósticas que acreditasen la gravedad de su cuadro clínico, tal como se llevó a cabo dos días después. Aún más, ese día la ambulancia no acudió a recoger al padre del reclamante, a pesar de su gravísimo estado".

Manifiesta que "la cuestión nuclear de la presente reclamación es la desatención sanitaria" que concreta en "la falta de disponibilidad de los recursos de ambulancias" y en "el hecho de no haber dejado ingresado al padre del reclamante, en vez de reenviarlo a su domicilio".

Solicita una indemnización de treinta mil euros (30.000 €) y adjunta acta de declaración de notoriedad de herederos abintestato a los efectos de acreditar el parentesco.

2. Mediante oficio de 26 de junio de 2025, la Jefa de la Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica al reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio, el nombramiento de instructora y su régimen de recusación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, los plazos para emitir resolución expresa y los plazos y efectos del silencio administrativo.

3. El día 7 de julio de 2025, la Instructora del procedimiento solicita a la Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria del Sespa un informe de “la asistencia realizada por el SAMU/112, incluyendo la grabación de las llamadas a los Servicios de Emergencias y su transcripción, a fin de conocer su versión sobre los datos y consideraciones que consten en la reclamación”. Asimismo, solicita a la Gerencia del Área Sanitaria VI la remisión de las historias clínicas de Atención Primaria y Especializada del paciente, así como los informes del Servicio de Urgencias del Hospital “X” y del médico del centro de salud a fin de conocer su versión sobre los datos y consideraciones de la reclamación.

El día 25 del mismo mes el Gerente del Área Sanitaria remite al Servicio instructor las historias clínicas y los informes del Servicio hospitalario de Urgencias y de la facultativa de Atención Primaria. En el informe del Servicio de Urgencias del Hospital del Oriente de Asturias, suscrito por el Jefe del Servicio el día 10 de julio de 2025, se expresa que “el día 21 de junio de 2024 acude a Urgencias del (Hospital “X”) a las 12:37 h derivado de (Atención Primaria) con cuadro de dolor abdominal y molestias urinarias. A su entrada en Urgencias se siguió el procedimiento habitual: triaje, donde no presentaba gravedad, ni por fiebre, ni por estabilidad hemodinámica ni respiratoria, posteriormente atención por el médico responsable, que, tras su exploración y en contra de lo alegado por el demandante, solicitó las siguientes pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, coagulación, sedimento urinario/urinocultivo, electrocardiograma y radiografías de tórax y abdomen según los protocolos clínicos habituales. Tras la evaluación de los resultados de las pruebas el

facultativo responsable constata heces abundantes en Rx abdomen para lo que prescribe enema rectal de limpieza, que es efectivo, aliviando la sintomatología (...). Además, evidencia la sospecha de una infección urinaria para la que pauta antibioterapia empírica a espera del resultado del urinocultivo solicitado. Dada la mejoría clínica durante la estancia en Urgencias y al no presentar datos que justifiquen un ingreso hospitalario, el médico responsable decide alta para tratamiento y seguimiento ambulatorio en (Atención Primaria) (...). El día 23 de junio de 2024 acude de nuevo a Urgencias del (Hospital "X") y tras las pruebas realizadas y dado el número de visitas es ingresado para estudio en el contexto de un síndrome confusional hipoactivo en Servicio de Medicina Interna".

En el informe de la facultativa de Atención Primaria se expresa que "en la madrugada del 20 de junio de 2024" y encontrándose de guardia del Servicio de Atención Continuada del "Centro de Salud de", recibe "una llamada telefónica filtrada a través del 112 solicitando que valore una asistencia para el paciente (...). En todo momento hablo con quien se identifica como un hijo (...) quien refiere un dolor rectal conocido de su padre de episodios previos, siendo insuficiente la cobertura analgésica de la que dispone, y solicita enfática y directamente un traslado en ambulancia al hospital, en un paciente no encamado, con antecedente de fisura anal probable, por lo que indico que por este motivo de consulta acudan al centro de salud para primeramente valorarlo desde el Servicio de Urgencias de Atención Continuada. Durante el interrogatorio de esa anamnesis no obtengo otros datos clínicos, ni de lo referido abiertamente por su familiar, ni de mis preguntas dirigidas (como otros síntomas asociados, estado general...) que me hagan sospechar otra situación clínica ni sociosanitaria, motivo por el cual, y bajo mi experiencia médica, considero oportuno el traslado por los familiares del paciente hasta el centro de salud./ No obstante, vuelvo a llamarle pasados unos minutos, y valorando nuevamente por mi experiencia, la edad del paciente y posibles comorbilidades, ofrezco mi visita domiciliaria presencial si no es posible traslado para valoración, (...) siendo esta rechazada y acordando con el familiar en que bajarán al centro

de salud./ Espero al paciente, pero no acuden al centro ni avisan./ Tampoco recibo más llamadas a través del 112 (...). Reviso su historia clínica a las horas por mi interés particular para con mis pacientes y (...) compruebo que se desplazaron directamente hasta el Hospital "X" por sus propios medios según consta en historia clínica, donde es dado de alta a las pocas horas (...). Quiero reseñar (...) que parte importante de mi trabajo es la gestión de recursos sanitarios de los que disponemos en concordancia con los motivos de consulta (...)./ Con lo cual, basado en mi experiencia y en el contexto que se estaba dando (la familia tenía recursos para traslado, no consideraba oportuna una derivación hospitalaria sin previa valoración del (Servicio de Atención Continuada) por aquel motivo de consulta) decido no activar la ambulancia proponiendo (en) momentos posteriores la salida al domicilio por mi parte para su evaluación".

Con fecha 28 de julio de 2025, el Director de Atención y Evaluación Sanitaria remite al Servicio instructor las grabaciones correspondientes a las llamadas telefónicas registradas en el Centro Coordinador de Urgencias de SAMU en relación con la reclamación presentada, así como los partes de traslado por parte de la Unidad de Soporte Vital Básico los días 21 y 23 de junio de 2024.

4. A continuación obra incorporado al expediente un informe pericial suscrito el día 2 de septiembre de 2025 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por una especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, máster en Urgencias, Emergencias y Catástrofes, en el que analiza la atención prestada al paciente. En él, señala que el paciente era un varón de 82 años "pluripatológico y con un evidente deterioro funcional y mental", que "desde enero de 2004" había acudido a Urgencias en numerosas ocasiones y el día 23 de junio de 2024 "se realizan múltiples pruebas complementarias y procedimientos como varios tac de cráneo, tac abdomen, urocultivos, hemocultivos, analíticas, estudio genético, aspirado de médula ósea o

transfusión de plaquetas./ A pesar de múltiples estudios y tratamientos no se consigue encontrar causa aguda del deterioro (no se encuentran datos que demuestren ITU y de hecho se retira el tratamiento antibiótico), pudiendo ser consecuencia del ciclo final de la vida”. Respecto de la asistencia reclamada el día 20 de junio señala que “la médico le ofrece acudir al domicilio para valorar a su padre, pero no enviar ambulancia por realizar una correcta gestión de los recursos. Se acuerda con la familia que le trasladarán ellos mismos al centro de salud, pero no lo hacen (...). Es la familia la que rechaza la asistencia (...). En caso de haber podido valorar al paciente, la doctora hubiera podido tomar la decisión de si precisaba traslado al hospital o si se podía realizar diagnóstico y tratamiento ambulatorio (desde el centro de salud se puede recoger urocultivo y administrar tratamiento antibiótico evitando al paciente traslados innecesarios). Por parte de la familia se rechazó esta posibilidad, por lo que no existe motivo para reclamar la falta de atención que ellos mismos rechazaron”, si bien “esta actuación es irrelevante en la historia” ya que el paciente “fue atendido en Urgencias y dado de alta por no presentar patología grave”. Señala la autora del informe que, si se analizan los criterios de ingreso en infección del tracto urinario, que son los siguientes: “pacientes sépticos o graves” (indicación absoluta) o “fiebre persistente > 38,4 °C./ Dolor o malestar persistente./ Imposibilidad de mantener hidratación oral./ Imposibilidad de mantener alimentación oral./ Imposibilidad de tomar medicación por vía oral” (indicaciones relativas) se aprecia que el paciente “no cumplía ninguno en ese momento”. Además recuerda que “el ingreso hospitalario en ancianos conlleva graves consecuencias, que son las siguientes:/ El deterioro funcional asociado a la hospitalización, que conlleva un aumento de la fragilidad (si) es prolongado en el tiempo e incluso irreversible en muchas ocasiones./ Riesgo de contraer infecciones nosocomiales producidas por gérmenes multirresistentes y, por lo tanto, potencialmente graves en ancianos frágiles”. Finalmente, concluye que “la decisión de dar al paciente de alta el día 21-06-24 con tratamiento antibiótico empírico, acompañado por su familia, con seguimiento estrecho por

parte de su médico de familia y la indicación de volver a Urgencias en caso de empeoramiento fue totalmente correcta, adecuada a la patología y características del paciente con el objetivo de provocarle el mayor beneficio a expensas del menor riesgo posible” y señala que “la calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio *ex post*”.

5. Mediante oficio notificado al interesado el 8 de octubre de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad y Registro de Instrucciones Previas comunica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una copia de los documentos que conforman el expediente administrativo.

El día 10 de noviembre de 2025, la representante del perjudicado presenta en el Registro Electrónico General un escrito de alegaciones en el que manifiesta que “en relación con la llamada al 112 del día 20 de junio de 2024, realizada a las 6:04 horas (por error en el escrito de reclamación consta 5:04 horas), lo primero que llama la atención, es la ausencia de la grabación con la facultativa de guardia. En el informe emitido por dicha facultativa (...) se afirma que se trataba de un paciente ‘no encamado’ cuando en realidad y según se desprende de las llamadas telefónicas efectuadas por el reclamante ‘su padre está mal, quejándose y no se mueve’. A pesar de dicha situación, la médica de guardia no consideró oportuna la movilización de una ambulancia. Ya dejamos sentado que no es que mi representado rechazase la asistencia de la médica de guardia, sino que, ante la gravedad del estado de su padre, procedió a llevarlo en su vehículo al Hospital “X”, para a continuación interponer la correspondiente queja”, a la que dio respuesta el Gerente del Área Sanitaria el día 3 de septiembre de 2024. Solicita que “se incorpore al expediente la grabación de la llamada telefónica de fecha 20 de junio de 2024 entre mi representado y la médica de Urgencias” y que se “requiera al Hospital “X” para que se remita copia de informe del Servicio de Urgencias”. Adjunta copia de la queja dirigida por el hijo al Hospital “X” la respuesta obtenida.

6. Con fecha 25 de noviembre de 2025 la Instructora solicita a la Gerencia del Área Sanitaria VI que le remita la “grabación de la llamada telefónica realizada el 20-06-2024 al médico del Centro de Salud (en caso de no existencia, informe acreditativo de la procedencia/improcedencia de grabación de llamadas) y copia del informe de asistencia realizada el 20-06-2024 en el Servicio de Urgencias” del Hospital “X”.

Con fecha 2 de diciembre de 2025 el Gerente del Área Sanitaria remite al Servicio instructor las grabaciones correspondientes a las “llamadas telefónicas realizadas el 20-06-2024 al médico del Centro de Salud”, el informe de Atención del Paciente por parte del Servicio de Urgencias del Hospital “Y” correspondiente al mismo día y el informe complementario de la médica de Atención Primaria del centro de salud de fecha 1 de diciembre de 2025, en el que realiza una rectificación a su informe anterior en el sentido de señalar que el día 20 de junio de 2024 el paciente y su familia “se desplazaron por sus propios medios hasta el Hospital “Y” y no el Hospital “X” como se había escrito erróneamente”.

7. Con fecha 11 de diciembre de 2025 la Instructora dispone la apertura de un nuevo trámite de audiencia por plazo de quince días, remitiendo a la parte reclamante la nueva documentación incorporada al expediente. No consta la realización de ninguna actuación en dicho trámite.

8. Con fecha 28 de enero de 2026, la Instructora del procedimiento propone desestimar la reclamación al considerar, “en base a la documental y a falta de pericial de parte que la contradiga” que “la asistencia sanitaria ha sido en todo momento acorde a la *lex artis ad hoc*, no objetivando relación de causalidad alguna entre la misma y el desenlace de fallecimiento”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de marzo 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), está el hijo del paciente fallecido activamente legitimado 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.- 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 caso ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 17 de junio de 2025 por lo que, habiéndose producido el fallecimiento del paciente el día 28 de junio de 2024, hemos de concluir que la acción se ha ejercitado dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

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

Ahora bien, en cuanto al plazo para adoptar y notificar la resolución expresa, debemos señalar que, en la fecha de entrada del expediente en este Consejo, ya se había rebasado el de seis meses 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 21.1 y 24.3, letra b) de la LPAC.

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 dicha Ley 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 por un fallecimiento al que, según entiende el perjudicado, pudo contribuir el funcionamiento anormal del servicio público de Atención Sanitaria de Urgencias que, según se denuncia, no puso a disposición del paciente los recursos necesarios. Así se desprende del escrito de reclamación en el que su autor afirma que, a consecuencia de las desatenciones objeto de reproche, “se genera una incertidumbre sobre el devenir de los acontecimientos y de cómo estos hubiesen ocurrido de haberse prestado la atención sanitaria exigible”.

Acreditados el fallecimiento y la relación de filiación cabe tener por probada la efectividad del daño moral ligado al óbito, todo ello sin perjuicio de determinar en qué medida haya podido contribuir la atención sanitaria al luctuoso desenlace y cuál deba ser la exacta cuantificación económica del daño, cuestiones estas que solo abordaremos más adelante, en su caso.

Como venimos señalando reiteradamente, 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 automáticamente la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si, el mismo, se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que los perjudicados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Como también venimos reiterando, 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 directamente a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico -reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por

la jurisprudencia- responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por 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 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, si se aprecia, se une 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.

Finalmente, como venimos subrayando, ha de tenerse en cuenta 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. 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.

Asimismo, venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 116/2024) que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación, ignorado al momento de la atención y conocido a la fecha del posterior diagnóstico. Ha de atenderse, por tanto, a la doctrina sobre la prohibición de regreso a la que alude el Tribunal Supremo (por todas, Sentencia de 11 de julio de 2017 -ECLI:ES:TS:2017:2946- Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª), que “impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico, o la inadecuación del tratamiento, solo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada, valorando si, conforme a los síntomas del paciente, se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido pues, que, a partir del diagnóstico final, se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban”. Por ello, quien persigue una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico, como sucede en este caso, debe acreditar que los síntomas o signos, existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente, eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen patologías de diversa entidad y prevalencia que cursan con una clínica similar-, y que tal sospecha diagnóstica imponía al servicio público la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

En el caso objeto de nuestro análisis, el reclamante sostiene que el curso de los acontecimientos que culminaron en el fallecimiento de su padre acaso

podría haberse alterado de haberse prestado una mejor atención por parte de los servicios sanitarios de urgencias los días 20 y 21 de junio de 2024. Las actuaciones objeto de reproche son dos: en primer lugar, la negativa inicial de la doctora de Urgencias a realizar una visita domiciliaria y a pedir una ambulancia para el traslado del paciente al centro sanitario el día 20 de junio y, en segundo lugar, el alta hospitalaria por parte del Servicio de Urgencias del Hospital "X" el día 21 de junio, la cual considera indebida, pues se realiza tras una exploración "sin mayores procedimientos o medios diagnósticos" y pese al estado de "gravedad" que presentaba su padre.

En cuanto a la primera de las actuaciones, hemos de considerar acreditado, pues así lo asumen la propia facultativa responsable y el Gerente del Área Sanitaria en la respuesta a la queja presentada por el hijo que actúa como reclamante en este procedimiento, que la facultativa efectivamente rechazó en un primer momento tanto la visita domiciliaria como el traslado en ambulancia del paciente al centro sanitario, decisión esta que -tratándose de un paciente que no podía moverse, según había indicado instantes antes el hijo a la operaria del SAMU e inmediatamente después la propia operaria del SAMU a la facultativa responsable de, como evidencian de las grabaciones incorporadas al expediente- debe ser digna de reproche a menos que pudiera acreditarse que efectivamente pudo producirse un "error en la comunicación con la facultativa implicada, la cual entendió que se trataba de un paciente no encamado" según afirma el Gerente del Área en su escrito de respuesta a la queja, prueba esta que falta en este caso habida cuenta que las comunicaciones directas entre el centro de salud y los pacientes o sus familiares no se graban. A consecuencia de aquella negativa inicial, la familia tuvo que movilizar al paciente por sus propios medios pues la llamada posterior de la misma doctora ofreciendo asistencia no se produce hasta 20 minutos después, hecho este que también asumen ambas partes. Entendemos nosotros que la decisión médica inicial de no acudir al domicilio ni poner el transporte sanitario a disposición de un paciente que no puede moverse acaso pudiera ser

en determinadas circunstancias constitutiva de un daño pero lo cierto es que no lo fue en el caso que nos ocupa, en el que afortunadamente la asistencia sanitaria que necesitaba el paciente pudo finalmente prestarse gracias a la movilización del enfermo por parte de la familia.

Al encontrarse la atención del día 20 de junio desvinculada del daño por el que se reclama, nuestro análisis debe ceñirse a la actuación prestada el día 21 de junio de 2024 en el Hospital "X", respecto a la cual las imputaciones de mala praxis del reclamante solo se sostienen en sus propias afirmaciones, pues están huérfanas de toda prueba. A falta de ella, hemos de estar a lo que se desprende de la historia clínica y los informes médicos librados por la parte reclamada en el curso de la instrucción, únicos elementos estos de los que disponemos para formar nuestro juicio y así, según consta en el informe de alta del mencionado hospital (folios 223 y 224 de la historia clínica de Atención Especializada) ese día el paciente fue "derivado desde (Atención Primaria) por dolor abdominal y molestias urinarias". A su llegada al hospital el paciente no tenía fiebre, estaba "consciente, desorientado temporalmente, afectado por dolor" y allí, frente lo señalado por el reclamante, se le practicó una exploración física y otras pruebas, más concretamente, electrocardiograma, Rx de tórax y abdomen simple y analíticas de sangre y orina. Dado que la prueba abdominal de rayos evidenció "abundantes heces en marco cólico" y no existían signos que apuntasen a otra dolencia y tomando en consideración que el enema aplicado fue "muy efectivo, con disminución de la clínica", se le dio el alta a la vez que se solicitaba "urinocultivo ante la turbidez de la muestra de orina e inicio de (tratamiento) de forma empírica con Septrin". Como se justifica en el informe médico pericial librado a instancias de la compañía aseguradora, la clínica del paciente no era entonces de gravedad ni justificaba el ingreso cuya ausencia es objeto de reproche. Ahora bien, cuando reingresó dos días más tarde en el mismo hospital su situación clínica era distinta. Según consta en las anotaciones obrantes en los folios 81 y siguientes de la historia clínica, el paciente presentaba "mal estado general" y una infección del tracto urinario e

“insuficiencia renal aguda de probable origen prerrenal”, así como “neutropenia y plaquetopenia leves” de inicio que empeorarían durante el ingreso y “síndrome confusional hipoactivo” con empeoramiento neurológico en los días siguientes. Se le practicaron durante su estancia a cargo del Servicio de Medicina Interna múltiples pruebas adecuadas a las distintas hipótesis diagnósticas que se iban planteando (ecografía abdominal, TC abdominal y cerebral y aspirado de médula ósea, entre otras) pese a lo cual los facultativos responsables no pudieron alcanzar un diagnóstico certero de su dolencia, produciéndose el fallecimiento del paciente, pluripatológico y en situación de gran fragilidad, a los cinco días del ingreso pese a los distintos tratamientos que se aplicaron para intentar salvar su vida.

En suma, los documentos obrantes en el expediente acreditan que se pusieron a disposición del paciente todos los medios para alcanzar el diagnóstico de las dolencias correspondientes a los síntomas y signos que el paciente iba presentando en cada momento y para tratar de solventar los problemas que presentaba, sin que se haya acreditado una praxis asistencial negligente o deficiente. Al contrario, la actuación del personal sanitario fue prudente y resultó acompasada en todo momento a la evolución de la situación clínica del enfermo ajustándose a la *lex artis* según se desprende del conjunto de la documentación obrante en el expediente, por lo que no cabe establecer relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el fallecimiento por el que se reclama.

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.-