

Expediente Núm. 66/2007
Dictamen Núm. 106/2007

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 14 de septiembre de 2007, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 22 de febrero de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por doña, en nombre de la Comunidad Hereditaria de doña, como consecuencia de lo que califica de inadecuada asistencia sanitaria recibida y del posterior fallecimiento de su madre en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 1 de marzo de 2005, doña, en nombre de la Comunidad Hereditaria de doña, presenta, en el registro de la Gerencia de Atención Primaria del Área, de, con posterior entrada en el Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 8 del mismo mes, una reclamación de

responsabilidad patrimonial en relación con la asistencia sanitaria recibida y el posterior fallecimiento de su madre en el Hospital

Inicia su escrito señalando que la perjudicada “había ingresado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital con fecha 22 de julio de 2004, como consecuencia de una crisis”, debido a que la misma se encontraba a tratamiento, por parte de los servicios médicos se le realizaba periódicamente un seguimiento “al padecer una neuropsiquiatría de ciclotimia”. La paciente ingresó en el centro hospitalario, según dice, “agitada, desorganizada, delirante, presentando además un cuadro de alteración del ritmo sueño/vigilia”, si bien, “tras el ajuste psicofarmacológico (...), inició un descenso de la agitación, y (...) una mejoría considerable, tal y como se desprende de la copia del informe emitido con fecha 26 de octubre de 2004 por el Servicio de Psiquiatría del Hospital”.

Continúa diciendo que, “tras la mencionada mejoría, la propia dicente, así como los familiares que acudían con asiduidad a visitar a la finada, manifestaron en reiteradas ocasiones al equipo médico que la atendía que, si bien la misma había estabilizado su cuadro psiquiátrico, la notaban (...) agitada, por lo que solicitaron se le realizaran las pruebas médicas oportunas que clarificasen o aportaran luz acerca de la situación de reiterada fatiga y malestar general que la misma presentaba; solicitudes éstas que en todo momento fueron desatendidas por el personal médico encargado de su cuidado”.

El 29 de julio de 2004 se produjo el fallecimiento de la perjudicada a causa de “un tromboembolismo pulmonar”, tal y como se refleja en el informe de la autopsia.

Concluye la reclamante manifestando que, “pese a la insistencia de la familia para que se sometiera al paciente a las pertinentes pruebas que de forma precisa determinasen el alcance de sus dolencias, tales requerimientos fueron rechazados de forma contundente por el personal encargado de su atención y cuidado; rechazo éste que se realizó de forma que se aparta de cualquier ética y atención profesional que cabe esperar del personal

dependiente del organismo al que ahora me dirijo; llegando a manifestarse que la paciente se encontraba perfectamente y que sus únicas dolencias se debían al estado psiquiátrico en el que se encontraba; resultando las mismas absolutamente subjetivas”.

Por lo que se refiere a la cuantía de la indemnización, afirma que si bien “debería determinarse en una fase posterior del procedimiento, y ello debido a que entendemos más ajustado que la misma se determine en el transcurso del procedimiento que ahora se inicia”, se fija en la “cantidad de setenta y dos mil euros (72.000 €) que deberá actualizarse en la forma legalmente prevista a la fecha en que se ponga fin a este procedimiento con los intereses que procedan por demora, de conformidad con lo señalado en el artículo 141 de la (LRJPAP) en la redacción dada por la Ley 4/1999, que la modifica; teniendo en cuenta a tales efectos la fecha en que se produce la presente reclamación”.

Solicita, por último, la reclamante la recepción de procedimiento “a prueba que habrá de versar sobre cuantos extremos no sean admitidos por la Administración a la que nos dirigimos”.

Acompaña la reclamación de los siguientes documentos: 1) copia del libro de familia de la perjudicada, en la que figuran como hijas, la reclamante y tres más:, y 2) Copia del informe de 26 de octubre de 2004, emitido por la Psiquiatra Adjunta del Servicio de Psiquiatría del Como motivo de ingreso se señala una alteración de conducta; en el apartado evolución y comentarios se indica que “al inicio del ingreso la paciente se muestra agitada, desorganizada, delirante, alteración del ritmo sueño/vigilia. Tras ajuste psicofarmacológico (...) inicia descenso de su agitación, manteniendo conversaciones coherentes con familiares y personal así como adecuación del sueño. Al pasar primera ronda de la mañana (...) tiene una parada cardio-respiratoria. Se le realiza necropsia”, y dentro de la impresión diagnóstica se recoge “exitus por embolismo pulmonar” y “ciclotimia”. 3) Copia del informe del Servicio de Anatomía Patológica del, fechado el 11 de noviembre de 2004. En él, dentro del apartado “correlación clínico-patológica”

se apunta "paciente de 65 años de edad con antecedentes patológicos de bronquitis crónica, y de ciclotimia, que actualmente muestra un cuadro de alteración de la conducta, por lo que ingresa en la Unidad de Psiquiatría, mostrándose muy agitada, desorganizada, delirante y con alteración del ritmo sueño-vigilia. Tras ajuste psicofarmacológico la paciente mejora encontrándose a la misma en PCR al pasar la ronda de la mañana, solicitándose (...) necropsia para detectar la causa de esta muerte súbita, confirmándose la presencia de un tromboembolismo pulmonar".

2. El día 23 de marzo de 2005, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio.

En el mismo escrito se le requiere para que, en el plazo de 10 días, acredite "su capacidad de representación en el procedimiento por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal".

3. Mediante escrito presentado a través de correo certificado el día 4 de abril de 2005, don, actuando en nombre y representación de doña, en relación con la documentación solicitada por el Servicio instructor, dice que en el escrito de reclamación presentado el día 1 de marzo de 2005 su representada "adjuntó como documentos uno a tres copia del Libro de Familia donde se acredita el extremo por el que ahora se le requiere, obrando por tanto en el expediente administrativo constancia sobrada de su capacidad para reclamar en nombre de su difunta madre (...). Que en la actualidad mi representada se encuentra fuera del Principado de Asturias por motivos laborales, no regresando hasta el mes de septiembre, por lo que de considerar la Administración a la que me dirijo que la documentación que obra en su poder resultare insuficiente para acreditar la legitimidad y capacidad de mi

representada en la reclamación planteada, indique a esta parte lo que en Derecho proceda; entendiéndose a partir de este momento las sucesivas diligencias con quien suscribe, por ostentar notarialmente” su representación.

Se acompaña escritura de apoderamiento otorgada por la reclamante a favor de distintos abogados y procuradores, entre ellos el firmante del escrito.

4. Previa solicitud del Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, cursada el 12 de abril de 2005, el Director Médico del remite con fecha 6 de mayo de 2005 una copia de la historia clínica de la perjudicada.

5. Con fecha 23 de mayo de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que, después de recoger los antecedentes del caso, describe en qué consiste el tromboembolismo pulmonar (TEP), que define como “la obstrucción de la circulación arterial pulmonar por un émbolo procedente del sistema venoso profundo de los miembros inferiores y, en menor medida, de la vena cava, de las cavidades cardíacas derechas, de la aurícula izquierda (fibrilación auricular) y de los miembros superiores. Su incidencia es de 10 casos/100.000 habitantes, con una prevalencia en pacientes hospitalizados del 1%, siendo la tercera causa de muerte en los hospitales. Sin tratamiento su mortalidad alcanza el 30%, siendo de difícil diagnóstico, pues sólo el 30% de los TEP con fatal desenlace se diagnostican en vida. Hay diversos factores de riesgo en su producción, pero el 40% de los TEP no tienen factor de riesgo conocido, son de causa primaria. Los síntomas y signos son inespecíficos, de forma que el diagnóstico se ve favorecido en la medida en que se mantiene un nivel de sospecha. El diagnóstico se basa en la existencia de una sospecha clínica, a partir de un cuadro clínico compatible, la presencia de factores de riesgo conocidos, alteraciones electrocardiográficas y ciertos datos de laboratorio. La radiografía de tórax no suele aportar demasiada información. La confirmación del diagnóstico se hace mediante la gammagrafía pulmonar, el TAC helicoidal, la

arteriografía y la ecografía. El tratamiento incluye medidas generales (canalizar vía, oxigenoterapia, analgesia y tratamiento del shock obstructivo) y específicas, consistentes en la administración de heparina sódica o heparina de bajo peso molecular, asociando anticoagulantes tan pronto como sea posible. La fibrinólisis es otra alternativa terapéutica con un coste-beneficio dudoso, al igual que la embolectomía”.

A continuación, analiza la actuación de la Administración sanitaria, llegando a la conclusión de que “en el supuesto que nos ocupa quedan acreditados estos hechos:/ La paciente, ingresada en el Hospital por un cuadro de agitación, desorganización conductual con delirios místicos, e insomnio persistente, evolucionó favorablemente tras el ajuste de la dosis de psicofármacos./ Los estudios bioquímicos practicados durante su ingreso apuntaban en principio hacia una coronariopatía, descartada más tarde al hacer la determinación de troponina en sangre y efectuar un electrocardiograma, que fueron normales./ En ausencia de sintomatología y sin concurrir factores de riesgo conocidos, la paciente hizo un tromboembolismo pulmonar, que determinó su muerte de forma súbita”.

Entiende por ello, que “la actuación de los profesionales que intervinieron en la asistencia de la perjudicada fue correcta y ajustada a los parámetros de una buena praxis médica, y que el fatal desenlace estaría relacionado con ese 70% de casos en los que el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, sólo es posible post mórtem”.

6. Con fecha 25 de mayo de 2005, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente a la correduría de seguros.

7. Sin que conste fecha de emisión, figura en el expediente un informe, suscrito colegiadamente por tres especialistas en Medicina Interna, constandingo en la propuesta de resolución que ha sido realizado a instancias de la compañía

aseguradora. En él, tras relatar los antecedentes del caso, que en nada difieren de los contenidos en el informe técnico de evaluación, efectúan las consideraciones que se exponen a continuación: “1. La paciente falleció a consecuencia de una embolia pulmonar./ 2. No existían datos en la anamnesis y exploración física que hiciesen sospechar que la enferma tuviese embolias pulmonares./ 3. Es muy probable que la primera manifestación de esta embolia fuese la muerte súbita, sin que las alteraciones de la respiración que ocasionalmente presentó tuviesen nada que ver con ella, si no que eran debidas al estado de agitación./ 4. La enferma ingresó por un cuadro confusional que en todo momento se consideró puramente psiquiátrico, sin considerar otras posibilidades. Los hallazgos de la autopsia hacen pensar que esta orientación era acertada./ 5. En el único momento en que existió un indicio de enfermedad sistémica (elevación de CPK) se solicitó la colaboración de otros profesionales, que descartaron la existencia de infarto de miocardio”.

En concreto manifiestan que no se conocía que la paciente “fuese portadora de ninguno de los factores de riesgo de trombosis venosa (aunque en la autopsia se comprobó que existía un carcinoma papilar de tiroides que remotamente sí puede considerarse factor de riesgo, pero se desconocía en vida que la enferma lo tuviese) y el único síntoma que presentó que podría hacer pensar en embolia pulmonar eran las alteraciones de la respiración que fueron observadas, pero se interpretaron como alteración del comportamiento, dentro de un cuadro de intensa agitación psicomotriz. Es imposible decir si estas alteraciones de la respiración se debían (a) una u otra causa, pero las embolias que se encontraron en la autopsia eran de pequeño tamaño y posiblemente no produjeron manifestaciones hasta la muerte súbita final. En una enferma con agitación psicomotriz es imposible determinar con certeza si presenta disnea o no y si ésta es debida al intenso esfuerzo físico que la agitación supone o es por otra causa. Por otro lado en presencia de agitación no se pueden hacer las exploraciones complementarias encaminadas a confirmar o descartar la existencia de embolia pulmonar si no es sedando a la

enferma hasta dormirla. Por ello, si la sospecha es mínima, como en este caso, no está indicado hacerlo”.

Asimismo, informan que “en esta enferma se consideró en todo momento que el cuadro confusional era debido a una enfermedad psiquiátrica por los antecedentes que tenía y por la forma de instauración, sin descartar enfermedades sistémicas que pueden causar confusión. La falta de otra sintomatología probablemente fue decisiva en atribuir a patología psiquiátrica pura el cuadro confusional. Por otro lado es altamente improbable que la causa fuese otra. Efectivamente, teniendo en cuenta los hallazgos de la autopsia la única forma de explicar el cuadro confusional por enfermedad sistémica sería a través de hipoxia, pero esta hipoxia debería haber producido otras manifestaciones que se hubiesen detectado en la exploración física”.

Es evidente, concluyen, “que ante la menor duda la actuación del Servicio de Psiquiatría estaba encaminada a descartar otra patología diferente de la puramente psiquiátrica ya que, al observar una elevación de CPK, inmediatamente solicitaron la colaboración de Cardiología que descartó la existencia de un infarto de miocardio. Todo hace pensar que esa elevación de CPK era debida a las inyecciones intramusculares que se habían administrado el día anterior”.

8. Mediante escritos del Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias de fechas 9 de septiembre y 5 de octubre de 2005, se intenta la notificación de la reclamante, en el domicilio indicado al efecto, de la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, adjuntándole la relación de documentos obrantes en él.

No resultando posible efectuar las notificaciones por correo certificado a causa de su devolución, se realiza ésta en el Boletín Oficial del Principado de Asturias el día 8 de julio de 2006.

9. Con fecha 31 de enero de 2006 se comunica a la compañía aseguradora el

intento de notificación a la interesada y la imposibilidad de realizarlo.

10. Previa solicitud realizada por el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante con fecha 13 de octubre de 2006, el día 30 del mismo mes se emite informe por el Jefe del Servicio de Psiquiatría del en el que se expone, en relación con la reclamación efectuada que “durante el ingreso la paciente presenta agitación importante, se le realizan analítica de sangre; al ingreso y posteriormente para control debido a la evolución clínica; en última analítica presenta cifras de CPK altas, contactado con S° de Cardiología y realizado EKG y troponina (siendo estos normales), se considera este incremento debido a la agitación y tratamiento intramuscular a la que estaba siendo sometida, en los últimos días la paciente; siendo la causa de su exitus un proceso larvado que en el 60% de los casos es un hallazgo post mortem”.

11. Mediante escritos del Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias de fechas 20 y 30 de noviembre de 2006, notificado el último el día 11 de diciembre de 2006, se comunica a la interesada la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días, adjuntándole la relación de nuevos documentos obrantes en el mismo.

12. Mediante comparecencia personal efectuada el 27 de diciembre de 2006, la interesada toma vista del expediente y solicita copia de la documentación obrante en el mismo, que en ese momento se compone de ciento cuarenta y nueve (149) folios, según se acredita en diligencia extendida al efecto.

El mismo día en comparecencia personal ante funcionario público declara la interesada que don posee capacidad para representarla en el procedimiento en tramitación.

13. Con fecha 9 de febrero de 2007, el Jefe del Servicio instructor formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación, reiterando

las argumentaciones contenidas en el informe técnico de evaluación y en el emitido a instancia de la compañía aseguradora.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 22 de febrero de 2007, registrado de entrada el día 26 del mismo mes, 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 y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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 establecido 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 dispuesto 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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), hemos de decir que está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. No obstante esta legitimación de la interesada para reclamar en su condición de hija de la

perjudicada fallecida, hemos de decir que no consta acreditado, en los términos de lo dispuesto en el artículo 32.3 de la LRJPAC, que la misma ostente la representación legal de la “comunidad hereditaria” a cuyo favor dice actuar, si bien entendemos, a tenor de lo actuado, que tal expresión no puede interpretarse en sentido técnico jurídico estricto, pues, aunque sin señalarlo expresamente, con ella la reclamante parece haber pretendido referirse a que actúa en nombre propio y en representación de los descendientes de la finada, en cuanto herederos de la misma. En cualquier caso, no le es posible a este Consejo conocer con certeza a favor de qué personas dice actuar ni tampoco la composición de esa comunidad.

Siendo las expresadas circunstancias suficientes para desestimar la reclamación efectuada por representación, entendemos que existe causa para fundar una resolución sobre el fondo de aquella como formulada en nombre propio por lo que, en aras de los principios de economía procesal y eficacia, consideramos procedente un pronunciamiento sobre la pretensión.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse 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 1 de marzo de 2005, habiendo tenido lugar el fallecimiento de la perjudicada el 29 de julio de 2004, por lo que es claro que se ejercita dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la

LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

Sin embargo, no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a la interesada, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que, si bien se le notifica la fecha de recepción de su solicitud y la incoación del procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos del artículo citado, al haberse informado de estos extremos mediante una mera referencia a la normativa de aplicación.

Asimismo, observamos que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Presentada la reclamación el día 1 de marzo de 2005, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 26 de febrero de 2007, el plazo de resolución y notificación ya había sido sobrepasado. No obstante, esto no impide la resolución del procedimiento, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

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 139 de la LRJPAC, ya citada, 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes

requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Funda la reclamante su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento del servicio público sanitario, pretendiendo ser indemnizada por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre. En concreto, imputa a la Administración un error de diagnóstico por parte del Servicio de Psiquiatría del Hospital que atendió a la perjudicada con motivo de su ingreso el día 22 de julio de 2004, que atribuyó los síntomas presentados (agitación, desorganización, delirio y alteración del ritmo sueño/vigilia) a la patología previa que padecía (neuropsiquiatría de ciclotimia) y por la que era tratada en el mismo Servicio, resultando que el día 29 de julio de 2004 se produjo su fallecimiento a causa de “un tromboembolismo pulmonar”. Todo ello “pese a la insistencia de la familia para que se sometiera al paciente a las pertinentes pruebas que de forma precisa determinasen el alcance de sus dolencias”, requerimientos que afirma fueron desatendidos por el personal encargado de su atención y cuidado, de forma que, a su juicio, esta actuación “se aparta de cualquier ética y atención profesional”.

Así planteada la cuestión, no suscita duda alguna la realidad del daño alegado (fallecimiento de la madre de la reclamante), ni la causa del mismo (TEP), pero la apreciación de una eventual responsabilidad patrimonial del servicio sanitario público en el óbito producido exige probar, en primer lugar, la relación de causalidad del mismo con la asistencia sanitaria recibida en el Hospital

Con carácter previo, hemos de recordar que el servicio sanitario público debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no

puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, 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*.

Este criterio opera no sólo 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 para llegar al diagnóstico adecuado para la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no al diagnóstico precoz de una patología que no presenta síntomas externos, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

Sentado lo anterior, hemos de decir que la reclamante aporta como única prueba de sus alegaciones los informes de los Servicios de Psiquiatría y Anatomía Patológica del que obran en la historia clínica de la perjudicada, de los que en modo alguno se desprende la imputación de mala praxis en la actuación de la Administración sanitaria, sino que, todo lo contrario, se limitan a exponer las circunstancias del ingreso de la perjudicada, sus antecedentes, el diagnóstico a su ingreso, su posterior mejoría y el exitus producido días después por TEP. Ninguna otra prueba es aportada, pese a que sobre la reclamante recae su carga, pretendiendo ésta sustituir la carencia de actividad probatoria con meras disquisiciones dialécticas, fundando su alegato, en definitiva, en el diagnóstico inicialmente efectuado y en la muerte acaecida, considerando que ésta es la prueba de la evidencia del error de diagnóstico.

El examen de la documentación médica que sirve de sustento a su argumentación no permite, sin embargo, llegar a esas conclusiones. Todo lo contrario, de la documentación obrante en el expediente, y en particular de los

informes emitidos por el Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante y tres especialistas a instancias de la compañía aseguradora, se desprende que no hubo negligencia alguna en la actuación del personal sanitario.

En efecto, afirma en su informe el Jefe del Servicio de Psiquiatría del que a la perjudicada le fueron realizadas las pruebas que demandaba su estado, en concreto dos analíticas de sangre, presentando en la segunda altas cifras de CPK, lo que determinó el contacto con el Servicio de Cardiología y la realización de EKG y troponina, que presentaron resultados normales. No aparecieron, pues, síntomas suficientes para el diagnóstico precoz del TEP, que, como señala el facultativo, es “un proceso larvado que en el 60% de los casos es un hallazgo post mortem”, por lo que el incremento de CPK se atribuyó a la agitación originada por la patología psiquiátrica padecida por la perjudicada y al tratamiento intramuscular a que estaba sometida.

Estas afirmaciones del Jefe del Servicio son corroboradas por los dos informes antes citados. El Inspector de Prestaciones Sanitarias considera correcta la actuación de los profesionales sanitarios intervinientes, resaltando la evolución favorable de la paciente tras el ajuste de la dosis de psico-fármacos, y que “los estudios bioquímicos practicados (...) apuntaban en principio hacia una coronariopatía, descartada más tarde al hacer la determinación de troponina en sangre y efectuar un electrocardiograma, que fueron normales”, por lo que concluye que el tromboembolismo pulmonar se produjo en “ausencia de sintomatología y sin concurrir factores de riesgo conocidos”. De igual modo, confirma el difícil diagnóstico del TEP, “pues sólo el 30% de los TEP con fatal desenlace se diagnostican en vida” y que “el 40% de los TEP no tienen factor de riesgo conocido”, siendo inespecíficos sus síntomas y signos. Ello determina que “el diagnóstico se basa en la existencia de una sospecha clínica, a partir de un cuadro clínico compatible, la presencia de factores de riesgo conocidos, alteraciones electrocardiográficas y ciertos datos de laboratorio”.

Por último, los especialistas que emiten informe a instancias de la

compañía aseguradora afirman que era acertada la consideración inicial del cuadro confusional presentado por la paciente como puramente psiquiátrico, tal como se desprende de los resultados de la autopsia, aparte el hecho de que “no existían datos en la anamnesis y exploración física que hiciesen sospechar que la enferma tuviese embolias pulmonares”, y que cuando “existió un indicio de enfermedad sistémica (elevación de CPK) se solicitó la colaboración de otros profesionales, que descartaron la existencia de infarto de miocardio”. Llegan a afirmar los facultativos que “es muy probable que la primera manifestación de esta embolia fuese la muerte súbita, sin que las alteraciones de la respiración que ocasionalmente presentó tuviesen nada que ver con ella, si no que eran debidas al estado de agitación”, y que “las embolias que se encontraron en la autopsia eran de pequeño tamaño y posiblemente no produjeron manifestaciones hasta la muerte súbita final”.

Con base en lo anterior, aparte de reiterar la carencia de actividad probatoria de la reclamante, debemos concluir que en todo momento se actuó conforme a la *lex artis* por parte de los facultativos del, tal como afirman los distintos informes aportados al expediente, pues se pusieron a disposición de la paciente todos los medios personales, materiales y de diagnóstico disponibles para su reconocimiento, valoración y tratamiento posterior, acordes con la sintomatología presentada en cada momento, a pesar de lo cual se produjo el daño. No se puede poner en duda que nos encontramos ante un supuesto en el que no resulta factible evitar el resultado dañoso, ocasionado por un proceso larvado, que no vino acompañado de síntomas y signos que hubieran permitido su diagnóstico precoz, lo que determina en un elevado porcentaje de estos casos, como en el que ahora nos ocupa, la imposibilidad de detección en vida de la enfermedad (TEP).

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 doña

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.