

Expediente Núm. 285/2009
Dictamen Núm. 143/2010

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 24 de junio de 2010, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 12 de mayo de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia prestada en la red sanitaria pública.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Mediante escrito presentado el día 4 de marzo de 2008 en una oficina de Correos, y registrado de entrada en el Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 6 de ese mismo mes, el representante de la interesada suscribe una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias por los daños y perjuicios ocasionados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

Inicia su escrito relatando que su representada acudió al Servicio de Urgencias del Hospital el día 26 de febrero de 2007, “al encontrarse con

mucho dolor de espalda y fatiga”, y se le diagnostica una “contractura muscular paracervical” sin realizarle “prueba alguna para descartar otras dolencias que no fueran de origen mecánico”.

Expone que al no mejorar acudió a su centro de salud, donde el doctor que la atendió “mantuvo el diagnóstico del Servicio de Urgencias y le prescribió, aparte de los antiinflamatorios, unos calmantes inyectables (...). Pese al tratamiento, no mejoró en absoluto y tuvo que ingresar” en la Unidad de Cuidados Intensivos desde el 2 al 7 de marzo, permaneciendo hospitalizada hasta el día 29 de marzo de 2007 por “neumonía neumocócica bilateral grave”.

Según refiere, el esposo de la perjudicada “formuló denuncia por imprudencia punible debido a diagnóstico erróneo”, lo que dio lugar a que se “incoaran diligencias previas por el Juzgado de Instrucción” N.º 2 de Avilés, “que se aperturaron y archivaron por auto de fecha 12 de marzo de 2007”, notificado el 21 de marzo del mismo año.

Considera acreditado que “no se cumplió la lex artis, toda vez que cuando mi mandante acude a los servicios de urgencia (...) se efectúa un error de diagnóstico” y no se realiza prueba alguna a fin de poder descartar otras dolencias”, que “existe relación de causalidad entre la actuación de la Administración y el perjuicio ocasionado” y que, como consecuencia del error, “se estuvo administrando una medicación totalmente ineficaz a la verdadera dolencia (...), la neumonía”.

Solicita una indemnización por importe de treinta mil euros (30.000 €) por “los daños y perjuicios físicos y morales sufridos”, respecto de los cuales precisa que, “además de los días que estuvo impedida para sus ocupaciones habituales y secuelas derivadas, deben tenerse en consideración los daños morales de quien estuvo a punto de fallecer a causa del servicio de salud”.

Al escrito de reclamación acompaña copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Escritura de poder general y especial para pleitos otorgado por la reclamante a favor de varios abogados, entre ellos, el que suscribe la reclamación en su nombre. b) Auto del Juzgado de Instrucción N.º 2 de Avilés, de fecha 12 de marzo de 2007, por el que se decreta el archivo de las

diligencias previas incoadas en virtud de denuncia presentada por el esposo de la perjudicada contra el Servicio de Urgencias del hospital que la atendió el 26 de febrero de 2007 por "posible negligencia". c) Varios informes médicos emitidos por el servicio público sanitario.

2. Mediante escrito notificado al representante de la interesada el día 19 de marzo de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios le comunica que "con fecha 4 de marzo de 2008 ha tenido entrada en el Principado de Asturias la reclamación", identificando a continuación las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los efectos de la falta de resolución expresa, "transcurridos seis meses, a contar desde la fecha arriba indicada".

3. El día 19 de marzo de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto solicita a la Gerencia del Hospital una copia del historial clínico de la perjudicada, un informe del médico responsable del proceso asistencial y un informe médico de Atención Primaria.

4. Con fecha 16 de abril de 2008, la Directora Médica del Hospital remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la reclamante y del informe emitido por el Servicio de Urgencias.

La historia clínica contiene, entre otros, los siguientes documentos: a) Hoja de registro de enfermería de Urgencias, de fecha 26 de febrero de 2007, en la que consta como síntoma principal "dolor de espalda (que) irradia hasta la cabeza". b) Informe de alta del Servicio de Urgencias, de la misma fecha, en el que se consignan como datos clínicos "cervicodorsalgia desde anoche. Mareo", el diagnóstico de "contractura muscular paracervical" y como tratamiento "collarín cervical./ Calor seco local./ Enantyum". c) Hojas de curso clínico del Servicio de Respiratorio, de fecha 2 de marzo de 2007, en el que se anota que "comenzó lunes cuadro de cervicalgia y dorsalgia y cefalea acudió URG (...). ID contractura muscular (...). Acude (...) por disnea (...), dolor torácico en plano

ant. y post. que no cedió con analgesia pautada para contractura". d) Informe de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, de fecha 7 de marzo de 2007, en el que se refleja "historia de cefalea y cervicalgia, que el lunes fue valorada en Urgencias y etiquetada de origen mecánico. Evoluciona con dolor costal derecho que no responde al tratamiento antiinflamatorio iniciado, así como con disnea progresiva, motivo por el que acude hoy a Urgencias". e) Informe de alta del Servicio de Respiratorio, fechado el día 29 del mismo mes, en el que consta que "comenzó unos días antes del ingreso con un cuadro de cefalea habiendo tomado antiinflamatorios no esteroideos y comenzando al día siguiente con cefalea más intensa, dolor a nivel de la espalda, no claramente pleurítico y aumento de la disnea (...). No claro cuadro febril en su domicilio. Escasa clínica respiratoria con tos". En el apartado relativo a "impresión diagnóstica" figura "neumonía neumocócica bilateral grave + derrame pleural paraneumónico no complicado". f) Informe del Área de Urgencias, de fecha 29 de abril de 2007, por "dolor costal izquierdo". g) Informe de alta del Servicio de Neumología, de 3 de mayo de 2007, en el que se señala como impresión diagnóstica "sospecha de neumonía organizada criptogenética", y acudirá a consultas externas de "Neumología en el mes de junio". h) Hojas de curso clínico del Servicio de Respiratorio, en las que se anota, el día 6 de junio de 2007, que "está bien (...), vida normal"; el 20 de agosto de 2007, "no fiebre ni malestar. Rx → N"; y el 6 de noviembre de 2007, "todo bien./ Rev. 6 meses con placa".

En su informe, sin fecha, el Jefe de la Unidad de Urgencias del hospital refiere que la consulta que la interesada realizó "el día 26 de febrero de 2007, a las 10:14 horas, fue debida a un dolor en columna cervicodorsal de unas horas de evolución y mareo. La paciente fue interrogada, explorada y se solicitó una radiografía de columna cervical. Finalmente fue diagnosticada de una contractura paracervical (...). Los estudios y exploraciones que se realizan deben hacerse en función de la sintomatología referida por el paciente con el fin de confirmar una sospecha diagnóstica", que en ese momento "no orientaba, en absoluto, a una neumonía, por lo que no se realizaron

exploraciones en ese sentido./ La clínica sugestiva de neumonía apareció con posterioridad a la primera consulta, siendo remitida de nuevo a Urgencias 5 días después. No hubiera habido ningún inconveniente, y se hace con frecuencia, en revisar a la paciente a petición suya o de su médico ante la aparición de nueva sintomatología o persistencia o empeoramiento de la existente u otra circunstancia que sugiriera la existencia de un cuadro distinto al diagnosticado. Es frecuente en medicina que los síntomas y signos inicialmente referidos por el paciente puedan variar o aparecer otros nuevos que sugieran cambios en el diagnóstico inicial o, sencillamente, un nuevo diagnóstico añadido, sin que ello suponga una mala praxis”.

5. Con fecha 12 de mayo de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias solicita a la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria III una copia del historial clínico de la reclamante y un informe del facultativo que la atendió.

6. El día 21 de mayo de 2008, la Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria III remite a la Inspectora actuante los documentos obrantes en el centro de salud al que está adscrita la interesada. Entre ellos se encuentran las hojas de episodios relativas a las consultas de los días 27 de febrero y 2 de marzo de 2007 por “contractura cervical” y por “atención urgente (...), dificultad para respirar”, respectivamente, anotándose en este último que “se llama UVI móvil”.

En el informe emitido por el Médico de Atención Primaria, de fecha 19 de mayo de 2008, se indica que con fecha 27 de febrero de 2007 atendió a la paciente, “que aportaba un informe del Hospital del día anterior con impresión diagnóstica de dorsalgia muscular. Dado que refería fuerte dolor me limité a reforzar el tratamiento”. Afirma que no volvió a verla por dicho episodio y que en la historia clínica figura una anotación de la Asistente Técnico Sanitario (ATS), de fecha 1 de marzo de 2007, en la que se hace constar que “refiere mejoría”.

7. Con fecha 26 de junio de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que “los síntomas de la neumonía son variables, pero los más característicos suelen ser dolor en el pecho, dificultad para respirar, fiebre alta y/o escalofríos, tos, mayor producción de mucosidades, etc.; el síndrome descrito sería la ‘neumonía típica’, pero hay otras neumonías llamadas ‘atípicas’ que producen otros síntomas, siendo el diagnóstico más complejo./ En este caso, que no hubo consecuencias graves, la paciente presentaba inicialmente sintomatología sugestiva de contractura muscular de origen mecánico, habiendo un retardo de tres/cuatro días en establecer un diagnóstico correcto (...) y (...) en la administración de los antibióticos precisos; días que, evidentemente retardaron el proceso de curación, pero no existiendo indicios de mala práctica médica, ya que la sintomatología que refería (...) en el momento de la primera asistencia en el Servicio de Urgencias no orientaba hacia la existencia de una neumonía (...). Es frecuente en medicina, en general y no sólo en este proceso, que los síntomas y signos inicialmente referidos (...) puedan variar o aparecer otros nuevos que sugieran cambios en el diagnóstico inicial o un diagnóstico añadido, sin que ello suponga mala praxis”.

8. Mediante escritos de 2 de julio de 2008, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la corredería de seguros.

9. Con fecha 13 de octubre de 2008, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna. En él concluyen que “los síntomas por los que la enferma consultó inicialmente en el Servicio de Urgencias y en el centro de salud no corresponden a los cuadros clínicos de neumonía (...), y por tanto era imposible pensar en esa posibilidad ante la sola presencia de cefalea y dolor en zona de cuello y espalda de características mecánicas. Sólo cuando (...) se añadió disnea a estos síntomas se pensó rápidamente en la existencia de un problema

pulmonar (...). La paciente fue diagnosticada de neumonía neumocócica y tratada con buena respuesta inicial". La evolución "fue buena, curando sin secuelas" y la "actuación seguida con esta paciente ha sido correcta y acorde con la lex artis ad hoc".

10. Mediante escrito notificado al representante de la interesada el día 5 de febrero de 2009, se le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente, sin que conste que se hayan presentado alegaciones.

11. Con fecha 30 de abril de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, considerando que "la actuación se considera correcta y acorde a la lex artis ad hoc".

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de mayo de 2009, registrado de entrada el día 20 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 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 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), 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto.

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 prescripción, 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 4 de marzo de 2008, y aun sin considerar, de acuerdo con lo establecido en el artículo 146.2 de la LRJPAC, la eventual eficacia interruptiva del plazo de prescripción derivada del curso de un proceso penal por los mismos hechos -en este caso resuelto por Auto del Juzgado de Instrucción N.º 2 de Avilés de fecha 12 de marzo de 2007-, de la anotación existente en la hoja de curso clínico del Servicio de Neumología correspondiente al día 6 de noviembre de 2007 se deduce que en la fecha de presentación de la reclamación la perjudicada, aunque ya no presentaba síntomas de la enfermedad, aún se encontraba pendiente de una revisión, por lo que es claro que la reclamación fue formulada 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.

No obstante, hemos de señalar que la comunicación dirigida a la reclamante, a efectos de lo dispuesto en el artículo 42, apartado 4, de la LRJPAC, incurre en error respecto a la determinación del *dies a quo* para el cómputo del plazo máximo de resolución y notificación del procedimiento, que no puede iniciarse, como se indica en la misma, en la fecha en que la interesada presentó la reclamación en la oficina de Correos, sino, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, en la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro del órgano competente para su tramitación. Puesto que dicha fecha no sólo determina el momento a partir del cual los interesados pueden considerar desestimada su pretensión sino, lo que es más importante, la fecha a partir de la cual pueden impugnar el acto presunto ante la jurisdicción contencioso-administrativa, resulta evidente que su correcta identificación por parte de la Administración, y su comunicación al interesado, trasciende de lo puramente formal. De la fecha mencionada debe quedar constancia cierta, y por ello -como ya ha advertido este Consejo tanto en dictámenes anteriores como en la Memoria

correspondiente al año 2008-, no es posible entender que en la referencia legal al “registro del órgano competente para su tramitación” tenga cabida uno que no esté legalmente constituido de conformidad con lo previsto en el artículo 38.3 de la LRJPAC, sin que pueda sustituirlo válidamente el registro interno del que haya podido dotarse, a efectos de control o de gestión doméstica, el órgano instructor, y sin que deba darse tampoco tal carácter a su presentación en las dependencias de Correos, pues esta fecha -de existir- será eficaz para la interrupción del plazo de prescripción, pero no constituye la de inicio del procedimiento administrativo.

Por último, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, 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 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.- La reclamante interesa una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de una atención sanitaria que reputa deficiente; en concreto, imputa al servicio público sanitario un error en el diagnóstico de la clínica que presentaba el día 26 de febrero de 2007, que achaca al hecho de “no haber efectuado pruebas complementarias a fin de descartar otras dolencias”.

Los daños por los que reclama son los correspondientes a los “días que estuvo impedida para sus ocupaciones habituales y las secuelas derivadas” de ello, así como los “daños morales de quien estuvo a punto de fallecer a causa del servicio de salud”.

De la historia clínica que obra incorporada al expediente resulta que la interesada padeció unos síntomas y una enfermedad y que estuvo hospitalizada tras el diagnóstico de neumonía, permaneciendo impedida para el desarrollo de sus ocupaciones habituales durante el ingreso. No obstante, la perjudicada, sobre la que recae la carga de la prueba, no ha acreditado que el proceso patológico sufrido le haya dejado secuela alguna, sin que consten estas tampoco en su historia clínica, lo que, por otro lado, vienen a descartar los especialistas en Medicina Interna cuando afirman que la evolución de la paciente "fue buena, curando sin secuelas". Igualmente, no se ha aprobado un daño moral jurídicamente relevante y no puede presumirse la concurrencia de un daño de este carácter por el hecho de tener un diagnóstico de contractura muscular paracervical y cuatro días después uno que orientó hacia una dolencia más grave -neumonía-, sin que debamos identificar como daño moral uno que obligaría a anticipar o a presumir la relación de causalidad del modo en que lo hace el firmante de la reclamación, al aducir como tal que la interesada "estuvo a punto de fallecer a causa del servicio de salud".

Sentado esto, la reclamante basa su argumentación en la existencia de un nexo causal entre el actuar de los servicios sanitarios y el daño acaecido, lo que nos lleva a analizar la cuestión de si el error diagnóstico que se imputa al servicio público de salud, se produjo realmente pues la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra 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, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, para efectuar este juicio imprescindible responde a lo que se conoce como *lex artis*. Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la 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 -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 sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se vincula, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- de los síntomas manifestados. Es decir, el paciente tiene derecho a que se le apliquen, en atención a sus dolencias, las técnicas precisas disponibles de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

Planteada la cuestión en estos términos, y sentado que la interesada no aporta prueba alguna en apoyo de sus alegaciones y de su pretensión indemnizatoria, se observa que todos los informes obrantes en el expediente coinciden en negar la existencia del error diagnóstico que se imputa al servicio público sanitario, pues los síntomas que la paciente refería en las primeras fases del proceso -cervicodorsalgia, cefalea y mareo- no se corresponden con el cuadro clínico de neumonía. Así, dado que aquella clínica no orientaba hacia la existencia de tal dolencia pulmonar, no resultaba exigible, conforme a la *lex artis*, realizar exploraciones complementarias dirigidas a descartarla.

Por otra parte, puesto que no consta en ninguno de los documentos incorporados a la historia clínica de la perjudicada, no puede considerarse probado que el día 26 de febrero de 2007 presentase ya disnea, o “fatiga” como se afirma en el escrito de reclamación. De aquellos documentos resulta que, establecido el diagnóstico inicial de “contractura muscular paracervical” y pautado el tratamiento preciso, la paciente, lejos de alertar sobre la aparición de nuevos síntomas en los días siguientes, llegó incluso a referir mejoría a la ATS que la atendió el día 1 de marzo de 2007 en el centro de salud, según señala el facultativo de Atención Primaria en su informe y consta anotado en la hoja de episodios. Tal y como se refleja en los informes disponibles, únicamente el día 2 de marzo de 2007, cuando solicita asistencia del servicio público sanitario manifestando sufrir otros síntomas -disnea y dolor torácico-, pudo orientarse el diagnóstico hacia la neumonía.

Los distintos informes médicos obrantes en el expediente concluyen que los profesionales de la sanidad pública utilizaron todos los recursos a su alcance, de modo que la falta de un diagnóstico precoz no puede imputarse a un defectuoso funcionamiento del servicio público de salud, como pretende la reclamante, sino a la dificultad en alcanzar uno preciso antes de la manifestación de alguno de los signos clínicos de la neumonía -tales como “dolor en el pecho, dificultad para respirar, fiebre alta y/o escalofríos, tos (o) mayor producción de mucosidades”, según se indica en el informe técnico de evaluación-, subrayando los especialistas en Medicina Interna que “era imposible pensar en esa posibilidad ante la sola presencia de cefalea y dolor en zona de cuello y espalda de características mecánicas”.

En suma, los técnicos que intervinieron en el procedimiento no aprecian ninguna actuación contraria al buen quehacer médico o disconforme con la *lex artis*, pues, como coinciden en señalar todos ellos, las pruebas practicadas se ajustaron a la clínica que la enferma presentaba en cada momento, siendo frecuente que los síntomas inicialmente referidos por los pacientes puedan variar a lo largo del proceso patológico, sugiriendo diagnósticos añadidos, o incluso un cambio en el diagnóstico inicial, sin que ello suponga mala praxis.

En definitiva, debemos concluir que se actuó con la diligencia exigible, poniendo a disposición de la perjudicada los medios precisos en orden al diagnóstico de los diferentes síntomas que aquella presentaba en cada momento, sin que se haya acreditado que sus dolencias guarden relación de causalidad con la actuación de los servicios públicos sanitarios.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.