

Expediente Núm. 395/2009
Dictamen Núm. 285/2010

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
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 2 de diciembre 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 3 de octubre de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios ocasionados por la asistencia sanitaria recibida en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 30 de julio de 2008, con entrada en el registro general de la Administración del Principado de Asturias el día 5 de agosto, un letrado que actúa en nombre y representación del reclamante presenta en el Registro de la Delegación Territorial en Valladolid de la Junta de Castilla y León una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como

consecuencia de lo que estima un erróneo diagnóstico de su enfermedad por parte del servicio público sanitario.

Inicia el escrito señalando que como beneficiario de la Seguridad Social “fue intervenido (...) en el año 1993 a consecuencia de estenosis arterial renal (...). En el año 2005 fue remitido de nuevo al Servicio de Nefrología, por HTA de mal control y leve aumento de creatinina”, tras el diagnóstico se le instaura el tratamiento a seguir. Indica que la medicación prescrita recoge como efecto secundario “dolor estomacal e incluso angina de pecho”. Durante meses padeció “episodios de epigastralgias que iban en evolución (...) de los que informó a los facultativos que le prestaban asistencia, tanto en su centro de salud como en el Servicio de Nefrología”, y a pesar de ello ninguno “dio importancia a la sintomatología”.

Continúa refiriendo que tras suspenderle el tratamiento de algunos medicamentos “el cuadro de epigastralgias no cedía”, y a pesar de ello “ni el médico de cabecera ni el personal asistencial del Servicio de Nefrología” le remitieron al Servicio de Cardiología “ni realizaron ninguna prueba dirigida a descartar alguna patología cardíaca”.

Añade que “la mañana del día 3 de agosto de 2007(...) comenzó a sufrir vómitos con sangre coagulada (...), acudió a los Servicios de Urgencias del centro de salud (...) donde tras realizarle únicamente una exploración de abdomen” le derivan para valoración a un centro de la red hospitalaria pública. El facultativo, en ese momento, ya “diagnosticó infarto agudo de miocardio, pero a pesar de ello no extremó la precaución (...), ni siquiera se puso a su disposición una ambulancia, ni se consideró la posibilidad de realizarle alguna prueba (...) con el fin de aplicar el tratamiento oportuno que (...) sirviera de prevención hasta llegar al centro hospitalario”. Permaneció ingresado hasta el día 9 de agosto de 2007 y debido a los daños sufridos con motivo del infarto le ha sido “reconocida por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social la incapacidad permanente en el grado de absoluta”.

Considera evidente que la asistencia prestada “fue inadecuada desde el

primer momento”, que “existió una disfunción asistencial, un error inexcusable en el diagnóstico y en consecuencia una falta de tratamiento adecuado”.

Reclama una indemnización de doscientos cincuenta mil euros (250.000 €) más los intereses legales, por “las consecuencias de la actuación de los servicios médicos (...), así como por el daño moral causado a la familia”.

Al escrito acompaña copia de poder otorgado por el reclamante a favor, entre otros, de quien actúa en su nombre y representación, copia del dictamen propuesta para la calificación del trabajador como “incapacitado permanente, en grado de absoluta” y los informes médicos elaborados por el servicio público sanitario que cita.

2. El día 18 de septiembre de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios (en adelante Servicio instructor) notifica al representante la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Mediante oficios de fecha 26 de agosto de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto solicita a la Gerencia del hospital una copia de la historia clínica y un informe del Servicio de Nefrología, y al Gerente de Atención Primaria del Área IV, copia de la historia clínica del perjudicado obrante en su centro de salud, así como un informe clínico emitido por el médico al que está adscrito.

4. Con fecha 4 de septiembre de 2008 el Secretario General del hospital remite al Servicio instructor la historia clínica del paciente, puntualizando que comienza el día 3 de agosto de 2007 “con un ingreso en el Servicio de Cardiología y no contiene ningún antecedente del Servicio de Nefrología”.

Constan en la historia clínica, entre otros, los siguientes documentos: a). Parte de Interconsulta de fecha 3 de agosto de 2007 de solicitud de

“diagnóstico y tratamiento” urgente, con motivo de “epigastralgia”. b) Informe del Área de Urgencias de fecha 3 de agosto de 2007, a las 14:27 horas, en el que se recoge que el paciente “refiere molestias epigástricas de meses de evolución (...). Hoy en la mañana despierta con dolor, sudoración y náusea, se provoca el vómito (...); vomita nuevamente 3-4 veces más con manchas de sangre”. c) Hoja de ingreso hospitalario urgente, a las 17:43 horas del mismo día, por diagnóstico de IAM (infarto agudo de miocardio). d) Hojas de “consulta médica” del Servicio de Psiquiatría de Enlace, de fecha 8 de agosto de 2007, en el que se indica que el paciente “refiere antecedentes de tt. psiquiátrico con ansiolíticos hace años (...). Se detectan preocupaciones centradas en el trabajo que le generan ansiedad (...), posible trastorno de personalidad”. e) Informe de alta del Servicio de Cardiología de fecha 9 de agosto de 2007, en el que se detalla que el paciente con episodios de epigastralgias de meses de evolución, “acude a urgencias por nuevo episodio de dolor asociado a cortejo vegetativo e irradiado a hombro (...), durante la estancia en la unidad de hospitalización permaneció asintomático y hemodinámicamente estable”, como “impresión diagnóstica” figura, entre otros, “cardiopatía isquémica tipo IAM anterior extenso con disfunción severa del ventrículo izquierdo” y “pericarditis epistenocárdica”.

5. Con fecha 19 de septiembre de 2008, el Gerente de Atención Primaria remite al Servicio instructor el historial clínico obrante en el centro de salud compuesto por las hojas de episodios; entre las diferentes consultas reflejadas se encuentra la del día 3 de agosto de 2007, con impresión diagnóstica de “epigastralgia. Derivo para valoración”, previa exploración en la que consta “BEG. Sudoración escasa./ TA: 170/1000. ACP: RCRS a 80 lpm. ASP: normal./ Abdomen: dolor palpación en epigastrio, sin defensa abdominal. Ruidos: normales”.

El día 1 de octubre remite el informe del Médico de Familia, relativo a la atención que, “aunque no es paciente de su cupo”, prestó al reclamante. En él

el facultativo firmante se remite a las anotaciones que constan en la historia clínica en lo relativo a la exploración y el diagnóstico, añadiendo que no se puso a disposición del paciente una ambulancia porque “la tensión arterial y su frecuencia cardíaca indicaban que no había afectación hemodinámica”, y respecto a las medidas preventivas afirma que “ante la posibilidad de hemorragia digestiva, la aspirina estaría contraindicada”.

6. Con fecha 6 de abril de 2009, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias suscribe el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que concluye, que es evidente que el reclamante “padece unos síntomas derivados de una patología de base importante”, pero, además, “padece otros síntomas somáticos o fruto de afección mental, que le hacen mostrar inconformidad con todos los actos, y resoluciones que, facultativos prestigiosos toman y que no están de acuerdo con sus intereses (...). Del estudio de las actuaciones de los profesionales que intervinieron en la asistencia prestada al reclamante, se deduce que esta ha sido correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc*, al emplear los medios diagnósticos y terapéuticos que la patología y la circunstancias del caso en cada momento demandaban (...). Los hipotéticos daños causados al reclamante y por él reseñados, no es posible evidenciarlos, recogiendo que siempre hubo continuidad asistencial y adecuada”.

7. Con fecha 20 de abril de 2009, el Jefe del servicio instructor remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa), y una del expediente a la correduría de seguros.

8. Mediante oficio de 22 de mayo de 2009, el Jefe del Servicio Jurídico del Sespa solicita traslado del expediente administrativo “debidamente foliado, autenticado y acompañado de un índice” para su remisión al Tribunal Superior de Justicia.

9. El día 24 de julio de 2009, se notifica al representante la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días.

Con fecha 30 de julio de 2009, según diligencia extendida al efecto, se persona en las dependencias administrativas y retira una copia completa del expediente administrativo.

10. Con fecha 3 de agosto de 2009, el representante presenta en el registro de la Delegación Territorial en Valladolid de la Junta de Castilla y León un escrito mediante el que pone en conocimiento del Servicio instructor que ha presentado recurso ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Asturias por los “mismos hechos”, por ello entiende que “el trámite de audiencia conferido (...) carece de efectos, estando el tema pendiente en vía judicial”; finalmente, solicita que se declare “la responsabilidad sanitaria” y su derecho a ser indemnizado.

11. Con fecha 14 de septiembre de 2009 el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución de la reclamación en sentido desestimatorio, basándose en idénticos argumentos a los señalados en el informe técnico de evaluación.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de octubre de 2009, registrado de entrada el día 8 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 el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar a través de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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 30 de julio de 2008, habiendo recibido el alta hospitalaria el 9 de agosto

de 2007, por lo que es claro que ha sido interpuesta en el plazo de un año legalmente establecido.

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 legal y reglamentariamente establecidos de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución. Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 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 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

Asimismo, de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo contra la resolución presunta del procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial objeto de este dictamen. En consecuencia, dado que este se encuentra sub iudice, sin que conste formalmente en el expediente que el procedimiento judicial esté aún pendiente de conclusión, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a

la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en caso contrario habría de estarse al pronunciamiento judicial.

Por último, se observa, en aplicación de la normativa anteriormente citada, que no se ha cumplido el trámite de incorporación de informe de los servicios afectados, por lo que, en suma, estimamos que la instrucción del procedimiento adolece de un defecto esencial que impide cualquier consideración sobre el fondo de la reclamación planteada.

En efecto, el reclamante imputa el daño alegado, el padecimiento de “cardiopatía isquémica tipo IAM” (infarto agudo de miocardio) a la actuación de dos ámbitos diferenciados, la atención especializada y atención primaria. En primer lugar, al Servicio de Nefrología, en el que es “conocido (...) desde el año” 1993 y “vuelto a remitir desde Atención Primaria en enero de 2005 por HTA de mal control y leve aumento de creatinina”, pues considera que “a pesar de la evidente clínica que presentaba” no se “sospechó de la existencia del problema cardiaco, y ello pese a la ineficacia del tratamiento instituido y pese a la sintomatología que refería (...) que constituía a todas luces una posibilidad de cardiopatía, clínica que debía haber sido descartada con prioridad inmediata con la realización de las pruebas oportunas”, considerando que se ha incurrido en un “error de diagnóstico” que a su vez implica “un error en los tratamientos médicos prescritos”.

En segundo lugar, y en lo que se refiere a la imputación efectuada a los servicios de atención primaria, esta a su vez se refiere a dos momentos distintos. Por una parte, señala en su escrito inicial que a raíz del tratamiento prescrito en el año 2005, presentó sintomatología de la que informó a los facultativos que le prestaban asistencia, no sólo en el Servicio de Nefrología, sino también “en su centro de salud”, pese a lo cual, reitera, “en ningún momento ni el médico de cabecera ni el Servicio de Nefrología remitieron al paciente al Servicio de Cardiología, ni realizaron ninguna prueba dirigida a descartar alguna patología cardiaca”. Consta en la documentación aportada por el propio paciente y en la historia clínica remitida por la Gerencia de Atención

Primaria del Área IV que el interesado acudía entonces a un centro de salud del Área V, a cuya atención realiza tal imputación. Por otra parte, la reclamación se refiere finalmente a la actuación del facultativo de Atención Primaria que atiende al perjudicado el día 3 de agosto de 2007, fecha en que sufre el infarto. Si bien en este último caso sí consta el correspondiente informe, no ocurre lo mismo en el caso del Servicio de Nefrología, al que ni siquiera se solicita, ya que el requerimiento formulado al efecto por la instructora se dirige al Hospital "X", hospital en el que recibe asistencia tras sufrir el infarto pero cuyo Servicio de Nefrología no había atendido con anterioridad al paciente; tampoco consta en el expediente, ni se solicita, informe al centro de atención primaria al que acude el paciente durante los años 2005 y 2006.

En definitiva, la historia clínica y los informes tanto del Servicio de Nefrología del hospital correspondiente como del centro de salud del Área V en el que fue tratado resultan fundamentales para el análisis de los hechos y de su relación con el funcionamiento del servicio público, sin que obre en el expediente ningún otro que pueda suplirlos. Tal omisión constituye un defecto formal insalvable, puesto que esta documentación resulta determinante para el análisis de los hechos y de su relación con el funcionamiento del servicio público. Al no constar el informe de uno de los servicios "cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable", tal y como específicamente exige el artículo 10.1 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, faltan elementos imprescindibles para el análisis del supuesto fáctico que motiva la reclamación y de la relación que los daños alegados puedan tener con el funcionamiento del servicio público sanitario, lo que nos impide cualquier consideración sobre el fondo del asunto.

Por tanto, habrá de retrotraerse el procedimiento al momento oportuno para realizar los actos de instrucción necesarios, solicitando la historia clínica al Hospital "Y" y el informe preceptivo del Servicio de Nefrología del mismo centro, así como la historia clínica y el informe del centro de salud del Área V en el que recibió asistencia durante el periodo al que se refiere la imputación

efectuada (años 2005 y 2006) y, una vez evacuado el trámite de audiencia y formulada nueva propuesta de resolución, recabar a este Consejo el preceptivo dictamen.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta solicitada; que debe retrotraerse el procedimiento al momento en el que debieron solicitarse las historias clínicas y los informes preceptivos en los términos que hemos dejado expuestos en la consideración cuarta del cuerpo de este dictamen.”

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.