

Expediente Núm. 52/2010
Dictamen Núm. 98/2011

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 17 de marzo de 2011, 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 19 de enero de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, en relación con la asistencia prestada a su madre y esposa, respectivamente, por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 3 de abril de 2009, se presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa) -en cuyo registro tiene entrada el día 6 de abril de 2009- por daños derivados del fallecimiento de la madre y esposa, respectivamente, de los reclamantes, que atribuyen a la asistencia sanitaria que se le dispensó por el servicio público sanitario.

Inician el relato de los hechos señalando que el día 11 de abril de 2008, siendo aproximadamente las 03:00 horas, la hoy fallecida “empezó a encontrarse mal, presentando un fuerte dolor en la espalda y brazo izquierdo”; por ello, su marido y nieto que se encontraban en el domicilio “deciden llamar al servicio de urgencias 112”, insistiendo el nieto “a la vista del estado de su abuela en que le mandasen una ambulancia”. Transcurridos aproximadamente 30 minutos, acude en taxi un ATS” que “procedió a inyectarle un analgésico (...) sin auscultarla, ni efectuarle ningún tipo de reconocimiento”.

Exponen que la perjudicada “tenía hipertensión arterial y había sufrido desvanecimientos previos a este episodio”, lo que había determinado que “se le colocase un `Holter´ para el control de riesgo vascular”, por ello el marido solicitó al asistente técnico sanitario “que se ingresara a su esposa por si pudiera estar sufriendo un infarto; sin embargo, este respondió que no era necesario, que si en media hora la paciente no mejoraba, que la llevasen al hospital (...), abandonando el domicilio”. Inmediatamente trasladan a la enferma en coche particular al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, desde donde es trasladada en ambulancia al Hospital “Y” “por la gravedad de la patología cardíaca que presentaba”. Indican que el “lapso de tiempo transcurrido desde que la familia solicitó asistencia al servicio de emergencias” hasta su ingreso hospitalario hizo que “resultasen finalmente infructuosas todas las actuaciones llevadas a cabo para intentar salvarle la vida, no superando la enferma la situación de shock, siendo exitus a las 72 horas de ingreso en UCI”.

Reclaman una indemnización por importe de ochenta y seis mil ciento cincuenta y ocho euros con treinta y ocho céntimos (86.158,38€), a razón de 77.542,54 € para el cónyuge y 8.615,84 € para la hija, mayor de 25 años.

Adjuntan a su escrito copia de los siguientes documentos: a) Informe de fecha 25 de agosto de 2005, del Jefe de Coordinación del 112 Asturias según el cual “el día 11 de abril de 2008, se recibieron (...) dos llamadas procedentes del domicilio de (la hoy fallecida), solicitando asistencia sanitaria (médico o ambulancia)./ Dichas llamadas, recibida la primera a las 03:01:18 horas y la segunda a las 03:14:39 horas, fueron transferidas al Samu (Servicio de

atención médica urgente) de acuerdo con el Procedimiento de Atención y Transferencia de Información entre el 112 Asturias y el Samu". b) Declaración datada el 10 de noviembre de 2008 del ATS que atendió a la hoy fallecida, como imputado en las diligencias previas del procedimiento abreviado seguido en el Juzgado de Instrucción N.º 3 de Gijón. Manifiesta que "fue enviado por el médico del ambulatorio (...) quien había hablado con los familiares, quienes le habían contado que la señora tenía dolores lumbares, que se había caído hacía tiempo y que fue el declarante para administrar un analgésico"; que "cuando llegó a la casa, el que supone que es el marido (...) le preguntó qué hacía allí, que él había pedido una ambulancia"; que "reconoció a la señora y no apreció en aquel momento ningún signo de infarto y le dijo al marido que esperara un cuarto de hora o veinte minutos y que si no se le pasaba el dolor con el analgésico tendrían que ingresarla". Niega haber sido "informado por nadie de la casa de que esta señora tenía grandes riesgos cardíacos y que tenía un Holter implantado (...); la señora refería un dolor en la zona lumbar y un dolor generalizado en todo el cuerpo, no especificando que le doliera el brazo izquierdo (...). No hizo ningún tipo de prueba, sino que le preguntó dónde le dolía y le administró el analgésico". c) Documentos de atenciones previas en el Hospital "X": un informe de la UCI relativo a ingreso de la hoy fallecida, entre los días 20 y 21 de agosto de 2003, "por presentar episodios sincopales" con impresión diagnóstica de "episodios sincopales no filiados y bloqueo A-V paroxístico?"; una hoja de observaciones del curso clínico en el Servicio de Cardiología con anotaciones de los días 24, 25, 27 y 28 de agosto de 2003, en que fue dada de alta; una solicitud fechada en 2007 de solicitud de realización de ecocardiograma y Holter, en la que consta diagnóstico de "semiología esclerosis aórtica". d) Hoja de Unidad de Clasificación Clínica del Servicio de Urgencias, en el referido Hospital "X", del día 11 de abril de 2008 a las 4:40 horas. Consta dolor en tórax que irradia a espalda y como antecedentes de interés "HTA". e) Informes del Área del Corazón del Hospital "Y" de 11 de abril de 2008 relativos a coronariografía y angioplastia. f) Informe de alta en UCI, por fallecimiento, el día 13 de abril de 2008, en cuyo apartado de evolución

consta "paciente que ingresa desde coronarias en situación de shock cardiogénico tras IAM de localización postero-inferior con fibrinolisis fallida y angioplastia fallida. La troponina llega a 3 y la enferma pese a catecolaminas, balón IA no supera la situación de shock siendo exitus a las 72 horas de ingreso en UCI".

2. Con fecha 15 de abril de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios (en adelante Servicio instructor), a la vista de la reclamación presentada y dado que de la documentación aportada parece deducirse que se encuentran en curso actuaciones penales por los mismos hechos, "habida cuenta (de) que la fijación de los hechos por este orden jurisdiccional puede tener, razonablemente, incidencia sobre el procedimiento de responsabilidad patrimonial", resuelve declarar "la suspensión del procedimiento administrativo en tanto recaiga resolución firme en el orden penal". Esta resolución se notifica a los reclamantes el día 22 del mismo mes, interesando que se comuniquen "tan pronto sea firme, la conclusión de las actuaciones penales con aportación de los documentos acreditativos, con el fin de proseguir el procedimiento administrativo".

3. El día 22 de abril de 2009, el Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria V remite al Servicio instructor el informe de fecha 11 de septiembre de 2008 elaborado conjuntamente por el ATS/DUE y el médico SUAP que atendieron la urgencia. En él manifiestan que la asistencia "se realizó en un periodo inferior a los 5 minutos, desde la llamada al momento de la presencia en el domicilio (...). La asistencia fue requerida a través del 112, quien nos informó que era una paciente con dolor de espalda./ Nos pusimos en contacto con el domicilio y se nos informó (...) que se había caído hacia tiempo y que este dolor lo tenía con frecuencia y que se le pasaba, pero ese día duraba más. Nunca se nos dijo que era hipertensa ni cardiópata". Siguen informando que "la paciente no presentaba signos vegetativos, ni de hipoperfusión, solo dolor en espalda. Se decidió inyectar diclofenaco y les advertimos que si no se pasaba antes de

media hora, que nos volviese a llamar para enviarla al hospital (...). Puesto que no nos volvieron a llamar supusimos que el cuadro ya había remitido". Añaden que a los familiares les fueron concedidas varias entrevistas y que "explicamos que no habíamos intuido un infarto porque el dolor no era típico, pero sí pensamos en un aneurisma de aorta y por eso les dijimos (...) que nos volviesen a llamar si no cedía el cuadro antes de media hora".

Acompañan un "adendum a la respuesta a la reclamación", de fecha 15 de septiembre de 2008, suscrito por el médico, en el que relaciona cuatro "puntos a aclarar". El segundo se refiere a la asistencia prestada, sobre la que reitera que "la solicitud de asistencia fue por un dolor de espalda en columna dorsal baja. Consultado en la historia clínica de la paciente se puede comprobar que tenía una fractura osteoporótica en D11, justo en el lugar del dolor y que estaba a tratamiento con Ospor (calcitonina), calcio y vit. D". Sobre los antecedentes de hipertensión aducidos, informa que "según la historia clínica estaba bien controlada desde hacía años con tratamiento correcto". Por lo que se refiere a la alegación de patología cardíaca, hace constar que "según la historia clínica, a la paciente se le realizó un Holter de arritmias en 2004 con resultados negativos para arritmias significativas, sólo se apreciaron ESV y EV de muy baja densidad". Añade que "el dolor era más bien mecánico" y niega que se les dijera que "irradiaba al brazo". Aclara que "según el American College of Cardiology y la American Heart Association, el tiempo para la realización de una reperfusión es óptimo antes de las 6 primeras horas y bueno entre las 6 y 12 primeras horas (...). Esta paciente estaba, en todo caso, dentro del periodo que recomiendan los expertos (...) en todas las guías y protocolos de actuación internacionales, se habla de dolor precordial, no de espalda". Añade que "de todas formas, si la reperfusión no da éxito, no solo es debida al tiempo de espera (...) sino a otros muchos factores".

4. Mediante escrito presentado en una oficina de correos el día 4 de mayo de 2009 y con entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 6 de mayo de 2009, los reclamantes remiten al Servicio

instructor el Auto dictado por el Juzgado de Instrucción N.º 3 de Gijón el 11 de noviembre de 2008, en el que se acuerda “el sobreseimiento provisional y el archivo de la presente causa”. Asimismo, solicitan que se “continúe con el procedimiento”.

Con fecha 21 de mayo de 2009, el Jefe del Servicio instructor comunica a los reclamantes la fecha de entrada del citado escrito y que se acuerda “proseguir el procedimiento de responsabilidad patrimonial”, las normas con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Se indica que el plazo de seis meses se contará “desde el día siguiente al de recibo de su comunicación”.

5. El día 20 de mayo de 2009, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Hospital “X” y del Hospital “Y” una copia de la historia clínica de la perjudicada; a la Gerencia de Atención Primaria Área V, una copia de la historia clínica del proceso de referencia, así como un informe de los facultativos intervinientes “sobre el concreto contenido de la nueva reclamación presentada”.

6. Con fecha 26 de mayo de 2009, el Gerente del Hospital “X” remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la paciente, compuesta, entre otros, por los siguientes informes: a) Dos de UCI, uno relativo a ingreso entre el 20 y el 21 de agosto de 2003, aportado también por los reclamantes. El ahora remitido está constituido por dos hojas, figurando en la segunda el tratamiento aconsejado al alta; el segundo es el relativo al ingreso entre el 20 y el 23 de agosto de 2003. Consta en él que “unas 6 h después de su ingreso refiere dolor torácico irradiado a espalda y náuseas”. En impresión diagnóstica figura “síncopes a estudio./ Bloqueo A-V paroxístico./ Crisis hipertensiva. HTA crónica./ Insuficiencia renal crónica probablemente secundaria a su HTA crónica”. b) Informe de Cardiología del día 2 de septiembre de 2003, según el cual “la exploración clínica estuvo dentro de los límites normales. Los ECG basales son también normales; las maniobras vagales (...) fueron negativas. Se

realizó un Holter 24 h normal (...) La evolución en la planta de Cardiología fue anodina (...). La naturaleza transitoria de los síncope sugiere una etiología mediada por estimulación vagal". c) Informe Holter realizado entre el 19 y el 20 de junio de 2007, en el que "no se detectan anomalías". d) Informe del Área de Urgencias de fecha 11 de abril de 2008 en el que consta su ingreso a las 04:39 horas y su "traslado (al Hospital `Y´). Coronarias" a las 05:30 horas. En antecedentes se consignan "HTA, hipercolesterolemia./ Histerectomizada./ Colectomizada./ Linfoma (...) tratado hace 22 años". Como motivo de consulta, figura "dolor torácico". En el apartado de evolución consta que la paciente "refiere dolor precordial (ilegible) (espalda) en días previos. Esta noche (2:30 h) dolor intenso opresivo en espalda irradiado a MSI". Consigna la realización de pruebas diagnósticas y la administración de tratamiento fibrinolítico. En el epígrafe de diagnóstico final, figura "IAM infero-posterior con afectación de VD".

7. Con fecha 28 de mayo de 2009, el Secretario General del Hospital "Y" remite al Servicio instructor la historia clínica, compuesta, entre otros, del informe de alta de la UCI de fecha 13 de abril de 2008, que se adjuntó a la reclamación y con el mismo contenido.

8. Con fecha 5 de junio de 2009, el Gerente de Atención Primaria remite al Servicio instructor historial clínico de la paciente en Atención Primaria. Constan episodios de HTA, seguidos desde el 28 de agosto de 2002; arritmia cardíaca, bajo el que se recoge la asistencia que se le prestó con motivo de síncope; lumbalgia iniciado el 28 de noviembre de 2006 y de fractura vertebral abierto el 19 de enero de 2007, en el que consta anotado "nuevo episodio de síncope domicilio a varios días después por lumbalgia, al final fractura osteoporótica d11", con consultas hasta el 12 de abril de 2007.

9. Con fecha 12 de junio de 2009, el Gerente de Atención Primaria remite al Servicio instructor nuevos informes emitidos por el personal sanitario que realizó la asistencia.

El día 9 de junio de 2009, el ATS refiere que “el día 11 de abril de 2008 acudí al domicilio de (la paciente) para valorar la atención solicitada a través del 112, por un dolor de espalda. El Dr. (...) me ordenó ir (...). Fui yo solo para no dejar el Servicio sin facultativo”. Sigue relatando que “al llegar al domicilio, el marido de la paciente estaba hablando con el 112, o sea que eran las 3:15 horas (...). La paciente refería dolor en columna dorsal baja y lumbar, comprobé que efectivamente ahí tenía el dolor a la presión, además decía que le dolía todo el cuerpo (...) pero no refería dolor torácico ni irradiación del dolor, no presentaba signos vegetativos, ni disnea, ni cianosis, ni sudoración, ni palidez. El pulso era firme, rítmico y con una frecuencia aproximada de 86 p/m”. Manifiesta llevar “más de veinte años en Servicios de Urgencias y he visto muchos infartos (...) y este caso no hacía sospechar esta probabilidad en el momento de ser valorada”. Dice que llamó al médico “para explicarle el cuadro y se decidió ponerle una inyección intramuscular de diclofenaco, y en caso de que no cediese el dolor o no mejorase en 15 o 20 minutos que nos volviese a llamar para trasladarla en ambulancia a Urgencias de “X”. Así lo hice y le comuniqué al nieto lo que deberían hacer en caso de no mejorar, el nieto pareció entenderlo bien”. Termina diciendo que “no nos volvieron a llamar por lo que supusimos que el cuadro estaba resuelto”.

Con fecha 11 de junio de 2009, el médico del SUAP hace constar que “el día 11 de abril del 2008 hacia las 3 de la mañana recibimos una llamada del 112 para atender un dolor de espalda de una señora de 72 años. Nos pasaron con la familia y el nieto nos explicó que le daban mareos y desvanecimientos con frecuencia desde hacía años, y que hacía tiempo se había caído y lesionado la espalda, no se nos dijo ni que era hipertensa, ni cardiópata, ni qué tipo de estudios se realizaron por los desvanecimientos”. Dice que “miramos en su historial del OMI y comprobamos que tenía una fractura osteoporótica en d11 desde un año antes (...), que era hipertensa (...), que había sido estudiada por

sus desvanecimientos (...) y que los resultados no indicaban alteración cardiovascular". Señala que "puesto que el dolor parecía mecánico acudió al domicilio el ATS para poner un analgésico antiinflamatorio (fue sólo el ATS con el objeto de no dejar el Servicio de Urgencias sin facultativo (...); desde el domicilio el ATS se puso en contacto conmigo para explicar el estado de la paciente (...). Sospechamos la posibilidad de una nueva fractura o un aneurisma de aorta".

10. El día 21 de julio de 2009, el Inspector de Prestaciones Sanitarias emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él expone que "la posibilidad de diagnosticar un infarto pasa necesariamente por la sospecha clínica previa que oriente en este sentido para realizar un electrocardiograma. En el momento inicial de la asistencia prestada se interpretó el dolor que refería la paciente como un dolor de tipo mecánico. En todo caso, si se hubiese sospechado en el domicilio la existencia de una patología coronaria y se hubiese remitido al centro hospitalario, la paciente hubiese llegado a este una hora y media antes, tiempo que no hubiese modificado la evolución posterior de cuadro clínico".

11. Mediante escritos de 22 de julio de 2009, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Sespa, y del expediente completo a la correduría de seguros.

12. Con fecha 12 de septiembre de 2009, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Cardiología. Al analizar el caso concreto, niega que la madre y esposa de los reclamantes sufriera una enfermedad cardíaca grave y riesgo cardíaco superior al que puede tener cualquier otro paciente de su sexo y edad con hipertensión arterial y concluye que "fue correcto enviar al domicilio a un ATS y decidir inyectarle un analgésico en base a la información de la conversación telefónica y la ausencia de signos y/o síntomas de un compromiso circulatorio (TA, pulso,

palidez, sudoración) hechos estos conocidos por un ATS experimentado". El traslado de la paciente al Hospital "X" "permitió el diagnóstico y tratamiento de IAM y la administración del tratamiento fibrinolítico dentro del tiempo adecuado establecido (...), al resultar fallido el tratamiento fibrinolítico fue enviada al (Hospital "Y") para una ACTP de rescate, la cual tampoco fue exitosa por el fenómeno de no reflujo./ Los tratamiento de revascularización en el SCACEST tienen también su tasa de fracasos; en este caso (...) no influyó el que la paciente tuviera previamente una esclerosis aórtica y hubiese sufrido un síncope por el bloque AV completo paroxístico. La aparición y extracción de abundante material trombótico durante la ACTP es un hecho que no se puede anticipar clínicamente". Concluye que "la actuación fue correcta y se atuvo a la *lex artis ad hoc*".

13. El día 23 de noviembre de 2009 se notifica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. El día 26 del mismo mes se persona en las dependencias administrativas un representante de aquellos, con poder bastante, y obtiene copia del expediente, compuesto en ese momento por doscientos diez (210) folios, todo lo cual se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

14. Con fecha 11 de diciembre de 2009, los reclamantes presentan escrito de alegaciones en una oficina de correos. Refieren en el mismo que el médico del Servicio de Urgencias del centro de salud "ante dos llamadas de emergencia (...) solicitando una ambulancia y un médico, no acudió al domicilio de la ahora fallecida", que el asistente técnico sanitario que se personó, "no auscultó, ni tan siquiera, se molestó en tomarle la presión arterial a la enferma". Indican que "de las declaraciones que obran unidas al expediente administrativo, se deduce, claramente, que con carácter previo a la visita domiciliaria, no se consultaron los antecedentes clínicos". Reiteran que la ahora fallecida presentaba "dolor torácico penetrante a espalda y con irradiación a brazo izquierdo, con náuseas,

palidez y sudoración y malestar general en todo el cuerpo, signos que seguía presentando cuando ingresó al Servicio de Urgencias del Hospital "X", a las 4:40 horas del mismo día" y se preguntan "¿cómo es posible que ante semejante sintomatología, el facultativo" ordenara lo que ordenó, "cuando la sola administración, en los primeros momentos, a partir de la aparición del dolor torácico, de un medicamento como la Aspirina podía haber producido un efecto beneficioso". Por último, alegan que desde "el Hospital `X´, remiten" a la paciente al Hospital "Y" "por falta de camas en la UCI, con lo que la primera asistencia efectiva se produce" en este hospital, "aproximadamente cuatro horas después de la primera llamada de emergencia". Citan el dictamen médico aportado a instancia de la aseguradora, según el cual "la ACTP si se realiza en los primeros 90 minutos después del dolor, produce unos resultados superiores al de la fibrinólisis, con mayores tasas de apertura, menos tasas de reoclusión arterial y sobre todo un flujo arterial mayor y menos riesgos de hemorragias".

15. El día 8 de enero de 2010, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, basándose en idénticos argumentos a los señalados en el informe técnico de evaluación y en el dictamen médico realizado a instancia de la compañía aseguradora.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de enero de 2010, registrado de entrada el día 22 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.- Es objeto de análisis una reclamación de daños derivados del fallecimiento de una paciente, que formulan su hija y su esposo. Sin embargo, no hay prueba alguna que acredite los vínculos alegados con la ahora fallecida, lo que impide apreciar si los hechos que motivan la reclamación han afectado a su esfera jurídica, y en consecuencia, impiden el reconocimiento de legitimación a los reclamantes.

Esta falta de legitimación sería motivo suficiente para desestimar la reclamación. Sin embargo, habida cuenta de que la Administración no ha cuestionado en ningún momento su condición de interesados ni les ha solicitado la necesaria acreditación formal del parentesco alegado, en aplicación del principio de eficacia, reconocido en el artículo 103.1 de la Constitución y recogido en el artículo 3 de la LRJPAC, procede analizar el fondo de la cuestión controvertida, no sin antes advertir de que, si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, no cabría una estimación de la reclamación sin que esta, por el procedimiento legal oportuno, verifique dicha legitimación.

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 3 de abril de 2009, habiendo tenido lugar el fallecimiento del que trae origen el día 13 de abril de 2008, por lo que es claro que 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 los reclamantes a los 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 referida comunicación, "el día siguiente al de recibo de su comunicación" (de conclusión de las actuaciones penales), sino, de acuerdo con el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, desde que se inició el procedimiento. En el supuesto concreto que

analizamos, el procedimiento se inició a instancia de parte -a solicitud de las personas interesadas y no de oficio por la Administración- y, por tanto, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se cuenta desde la fecha en la solicitud haya tenido entrada en el registro del órgano competente para su tramitación. Esta fecha es el 6 de abril de 2009 y no el 6 de mayo que se indica, que corresponde a la fecha de presentación de la documentación que justifica la terminación del procedimiento penal previamente tramitado.

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.- Los reclamantes interesan indemnización por el fallecimiento de su madre y esposa, que atribuyen a una negligente asistencia que se le dispensó por el servicio público de salud.

Consta el fallecimiento de la persona identificada por los reclamantes en un hospital público el día 13 de abril de 2008, por lo que debemos entender que la hija y el esposo de la misma habrían sufrido un daño moral, cuya evaluación económica realizaremos si concurren los requisitos para apreciar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias.

También consta que a las 3:01 y 3:14 horas del día 11 de abril de 2008, dos familiares de la hoy fallecida habían solicitado para ella asistencia sanitaria

urgente (médico o ambulancia) y que sobre las 3:15 horas acudió al domicilio -por orden del médico- un ATS. Del expediente también resulta el ingreso hospitalario de la paciente a las 4:39 horas del mismo día 11 de abril, momento en que se le diagnosticó un infarto de miocardio y se le administró tratamiento fibrinolítico, que fracasó. Consta traslado a otro centro hospitalario, en el que se le realizó angioplastia de rescate, que también fracasó.

Ahora bien, 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, pues 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, 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 los 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. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Los reclamantes consignan antecedentes de hipertensión arterial y cardíacos de la paciente y afirman que hubo una negligencia grave en la atención sanitaria que se le dispensó. Refieren que la paciente presentaba “un fuerte dolor en la espalda y brazo izquierdo”; que el ATS que acudió al domicilio le administró un analgésico, sin auscultarla ni efectuarle ningún tipo de reconocimiento, aunque el esposo le pidió que procediera a su ingreso “por si pudiera estar sufriendo un infarto”. Consideran que el fallecimiento se debió al tiempo transcurrido entre la demanda de asistencia sanitaria hasta el ingreso hospitalario, “sin que la paciente contase con la debida asistencia médica”, pues la gravedad de las lesiones que presentaba en el momento del ingreso hicieron infructuosas las actuaciones llevadas a cabo para intentar salvarle la vida, no superando la enferma la situación de shock.

En el trámite de audiencia aducen también que no se le administró Aspirina y amplían su reproche a la asistencia sanitaria que se dispensó en el primer centro hospitalario que la atendió, por no haberle realizado una angioplastia que -dicen citando el informe emitido a petición de la aseguradora- es más efectiva que la fibrinólisis, si se realiza en los primeros 90 minutos desde la presentación de los síntomas.

Sin embargo, no han aportado prueba alguna de que su familiar presentara los síntomas que señalan en sus escritos, cuando fue atendida de urgencia por el personal de Atención Primaria y que la asistencia prestada haya sido negligente, como afirman. En última instancia, no han acreditado la

relación de causalidad entre la asistencia y el fallecimiento por el que se reclaman.

Por lo que se refiere a los síntomas que la paciente presentaba entre las 3:00 -hora de la primera llamada al 112- y las 3:15 horas -hora de la segunda llamada, y de la llegada del ATS al domicilio de la enferma-, los reclamantes aportan copia de la declaración del ATS en el procedimiento penal tramitado antes del actual, en el que niega expresamente que se aludiera a dolor en el brazo izquierdo. Tanto el médico como el ATS hacen referencia en todos sus informes y declaraciones a un dolor de espalda, de tipo mecánico y que la paciente se dolía de todo el cuerpo. La constancia en el informe del Área de Urgencias del Hospital "X", del dolor y demás síntomas que refieren los reclamantes no desvirtúa lo anterior, pues el ingreso se produjo hora y media después de la asistencia inicial. Además, la paciente tenía antecedentes de fractura vertebral osteoporótica y en el Hospital "X" refirió llevar varios días con dolor de espalda y según informa el especialista en Cardiología, los antecedentes sincopales de la paciente no suponían riesgo cardíaco superior al que puede tener cualquier otro paciente de su sexo y edad con hipertensión arterial.

Con la documentación obrante en el expediente no puede apreciarse negligencia en la primera asistencia prestada, como afirman los reclamantes. El ATS llegó al domicilio en 15 minutos desde la primera llamada al 112, exploró a la paciente y llamó al médico que pautó un analgésico antiinflamatorio, tratamiento indicado para el dolor de espalda. Que no se pautara Aspirina, omisión que reprochan los reclamantes en el trámite de audiencia, no revelaría negligencia si la paciente no presentaba los síntomas que aconsejan la dispensación de ese fármaco.

Por lo que se refiere a la atención que se prestó en el Hospital "X", resulta que se le administró tratamiento fibrinolítico, que era el indicado por el tiempo que, en el momento del ingreso de la paciente, había transcurrido desde el inicio de los síntomas. Este periodo era superior a los 90 minutos que se indican como de mayor efectividad de la angioplastia, por lo que la no

realización de esta, que reprochan los interesados, no revela mala praxis. En última instancia, también se le realizó angioplastia de rescate.

El informe emitido por el especialista en Cardiología -en el que se apoyan los reclamantes- considera el conjunto de la asistencia sanitaria prestada acorde con la *lex artis ad hoc*, por lo que no resulta probada la relación de causalidad pretendida entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario.

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.