

Expediente Núm. 138/2010
Dictamen Núm. 155/2011

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 5 de mayo 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 28 de abril de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de un familiar que atribuyen a la asistencia dispensada en un centro sanitario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 7 de octubre de 2009, una letrada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia dispensada en el Centro de Salud, a un familiar de sus representados.

Inicia su escrito relatando que, a finales “de octubre del año 2007”, su hijo y hermano, respectivamente, acude al centro de salud “por presentar síntomas de cansancio, tos, falta de sudoración, dolor muscular y pérdida de peso, así como un proceso febril y signos de palidez”. Expone que “la doctora que les atendió (...) no dio importancia alguna al cuadro clínico (...), manifestándoles que nunca había visto un caso así y, sin realizarle exploración alguna, ni enviarle a centro especializado para realización de pruebas analíticas, ni prescribir medicamento alguno, lo envió a su domicilio”.

Señala que “al cabo de varios días”, al persistir los síntomas y aparecer “otros nuevos, tales como pérdida de apetito, aumento de la pérdida de peso, dolor abdominal, dolores óseo-articulares y musculares y signos de fatiga e insuficiencia respiratoria, continuación del proceso febril, tos persistente y flemas amarillas”, el día 8 de noviembre el menor acude de nuevo con su madre al centro de salud, donde es atendido “por la misma doctora (...), que, sin realizar ningún tipo de prueba más, le prescribió (...) Algidol para (...) la tos, haciéndole una exploración superficial, diagnosticándole CVA (catarro vías altas) y remitiendo al paciente a su domicilio sin realización ni prescripción de prueba analítica alguna”, aunque “dicho diagnóstico (...) fue alterado de forma informática por el de neumonía bacteriana (demost./ prob)”.

Añade que el día 21 de noviembre, “persistiendo y agravados los síntomas en el joven”, y “vista la ineficacia del tratamiento prescrito, hubo de acudir a la misma médica de cabecera”, que le realizó “una exploración de unos 10 minutos (...), con comprobación de axilas y (...) auscultación fonendoscópica”, tras lo que manifestó que “no le encontraba nada”, indicándole la madre del menor que “en aquel momento (...) el hijo menor (...) se encontraba con neumonía y el padre (...) igualmente enfermo (...), preguntándole si existiría alguna causa común”, a lo que la doctora le contesta “que habría que esperar para realizar cualquier tipo de valoración al respecto” y remitió al menor a su domicilio “sin tratamiento (...), prescribiéndole reposo y sin ordenar (...) prueba analítica” alguna.

Manifiesta que, "ante la extrema gravedad que presentaba el paciente por la agudización de todos los síntomas (...) descritos, y dado que el día antes le habían salido (...) unas manchas alrededor de los ojos, un gran hematoma a nivel de cadera, sin sufrir golpe alguno, y una progresión febril (40º de temperatura)", el día 2 de diciembre sus padres decidieron "el ingreso de urgencia de su hijo en el Hospital 'X'" y que "en los exámenes complementarios (...) se apreciaron alteraciones importantes en la sangre (...), con valores anormales" en los parámetros que especifica. A la vista de su estado se procede a su ingreso hospitalario.

Consigna la realización, el día 3 de diciembre, de más pruebas analíticas, en las que se observó un "descenso de factores del complejo protrombínico" y "pancitopenia", así como un hemocultivo y una radiografía, que mostró un proceso bronconeumónico, y, el día 4, de un aspirado/biopsia de médula ósea, siendo la impresión diagnóstica de "médula ósea con infiltración por células blásticas de estirpe mieloide". Especifica los síntomas más evidentes de la leucemia mieloide infantil aguda -anemia, hemorragia, moretones, fiebre, debilidad persistente, fatiga, dolores en los huesos y articulaciones y nódulos linfáticos hinchados- y afirma que "se daban en su totalidad en el menor".

Indica que el día 4 de diciembre también se le realizó "una transfusión (...), pues era obligada dado el grado de debilitamiento que presentaba". A su juicio, "este es un nuevo dato más que evidencia que por la falta de la práctica de un hemograma (...) por parte de la médica de Atención Primaria (...) la evolución de la enfermedad se hizo imparable por su progresividad y malignidad". El mismo día el paciente es trasladado al Servicio de Hematología del Hospital "Y".

Manifiesta que en el informe de alta del Hospital "X" se hace constar un "cuadro de un mes de evolución de tos irritativa seguida de tos productiva amarillenta, con astenia, y en las últimas 24 horas fiebre y vómitos. Cefalea ocasional" y "pequeña adenopatía submandibular izda. (...), abdomen blando y petequias periorbitales", cuando en realidad la astenia, la adenopatía, las

petequias periorbitales y la tos irritativa, seguida de tos productiva amarillenta, "ya existían en la data de consultas a Atención Primaria y los mismos (unidos a otros) ni se consignaron en las consultas, ni se emitió diagnóstico acerca" de ellos, ni "se determinó la práctica de una analítica (...), ni mucho menos se dio un tratamiento adecuado, cuando ni más ni menos podían ser sospechosos de, entre otras enfermedades (...), leucemia, dado el grado de persistencia", y de "neumonía", por lo que teniendo en cuenta su permanencia y evolución exigían la práctica de un hemograma. Sostiene que "nada de ello se hizo por la médica de Atención Primaria, antes más bien emitir un diagnóstico totalmente desacertado (...), prescribiendo un tratamiento inadecuado e inocuo y carente de efecto alguno, olvidando (...) la praxis médica y la puesta en marcha de los protocolos necesarios, de práctica obligada".

Una vez trasladado al Hospital "Y", el paciente fue ingresado en la UVI, al precisar de ventilación mecánica, se le practicaron nuevas pruebas y se le administraron fármacos para su leucemia, los cuales le ocasionaron una "aplasia medular". Nada reprochan por este motivo, pues, a su juicio, la aplasia medular "fue consecuencia del estado del paciente y nunca debida a negligencia o error médico". El día 18 de diciembre de 2007 fallece, "siendo la impresión diagnóstica: Leucemia mieloide aguda./ Insuficiencia respiratoria aguda./ Síndrome distress respiratorio./ Fallo multiorgánico". Considera la letrada que el informe del Hospital "Y", de fecha 18 de diciembre de 2007, no deja lugar a dudas de la "mala praxis de la médica de cabecera, habida cuenta de la data de las enfermedades, de su diagnóstico inicial equivocado, de su falta de tratamiento adecuado, así como de la inobservancia de todo protocolo a la que venía obligada, en especial, y de forma inmediata, habida cuenta de los síntomas, de la práctica de una analítica a medio de hemograma y otras pruebas que hubieran permitido detectar las enfermedades".

Refiere que, tras el fallecimiento del menor, el padre formuló denuncia contra la doctora de Atención Primaria y que presentó querrela contra la misma en el mes de febrero de 2008 "por los presuntos delitos de homicidio

imprudente y falsedad documental”, cuyo sobreseimiento, que “no comparte”, se acordó por auto. Alude a la posibilidad de exigir responsabilidad patrimonial de la Administración por un funcionamiento anormal de los servicios públicos y examina los requisitos que han de concurrir para su declaración. A su juicio, “el hecho luctuoso que costó la vida al hijo de mis representados, en cuanto pudo haberse evitado, es achacable a la actuación de la médica de Atención Primaria” y “puede hablarse de una infracción de la ‘lex artis’” por parte de la misma, “toda vez que por su proceder irreflexivo, la falta de adopción de cautelas de generalizado uso conforme a los protocolos médicos existentes y la ausencia de pruebas y verificaciones precisas como imprescindibles para seguir el curso en el estado del paciente hizo posible el desarrollo y evolución de dos enfermedades unidas entre sí que, sin diagnóstico precoz y tratamiento inmediato, son mortales”. Añade que agrava el proceder de la doctora el hecho de que “habiendo tenido conocimiento por parte del padre del menor el día 3 de diciembre de 2007” de que “su hijo se debatía entre la vida y la muerte en el hospital (...), quizás dándose cuenta del inmenso error padecido y las consecuencias que ello podría comportar, alteró (...) el diagnóstico inicial de 8 de noviembre de 2007, sustituyendo el (...) de ‘catarro vías altas’ por el de ‘neumonía bacteriana (demost./prob.)’ (...) para hacer ver que el diagnóstico inicial era certero”. Aclara que el día 3 de diciembre el padre había acudido a la consulta de Atención Primaria “a fin de recoger los partes de consulta del menor existentes en el centro de salud y que le habían sido requeridos por los servicios médicos del Hospital ‘X’ para conocer los antecedentes clínicos”.

Señala que en las diligencias penales que se tramitaron “la médica imputada dio su versión de los hechos en una única declaración que presentaba graves contradicciones con el parecer de los padres del menor fallecido (y sin que el juzgado instructor se hubiera molestado en contrastar tales contradicciones)”, alegando que sus mandantes no fueron oídos. También aduce contradicciones en el informe del médico forense, que admite que “buena parte de los síntomas de la leucemia mieloide aguda se encontraban ya

en el paciente” y, sin embargo, indica a continuación que “constituían una sintomatología poco común y nada específica (...), pues si se está admitiendo que el menor presentaba síntomas de leucemia la enfermedad puede tener ya un posible nombre y los síntomas (...) ya no son comunes e inespecíficos”.

Reitera que existe relación de causalidad entre el daño y el mal funcionamiento de los servicios públicos, debiendo ser excluida la causa de fuerza mayor, y termina solicitando una indemnización de cuatrocientos ochenta mil ochocientos nueve euros con sesenta y ocho céntimos (480.809,68 €).

Adjunta a su escrito una copia de, entre otros, los siguientes documentos: a) Poder general para pleitos, otorgado el 12 de febrero de 2008 a favor de la letrada que presenta la reclamación. b) Episodios del ahora fallecido en el centro de salud. Consta el de “catarro vías altas”, iniciado el 8 de noviembre de 2007 por “tos, no fiebre, flemas amarillas, no disnea, de una semana de evolución, no odinofagia. Expl. meníngeos./ ACP: normal./ Faringe: normal” y prescripción de Algidol, figurando anotado el día 21 de noviembre de 2007 que “persiste cefalea y dolor abdominal, no vómitos, hábito normal./ Expl. Meníngeos: no adenopatías./ ACP: normal./ Abdomen: anodino./ Expl. neurológica normal” y se establece como “Plan: observación”. Con la misma fecha, 8 de noviembre de 2007, figura abierto un episodio de “neumonía bacteriana (demos./ prob.) coincidente con el anterior, que termina con una anotación del día 3 de diciembre de 2007, según la cual “está ingresado”. En el apartado de “actividades preventivas” figura una consulta el día 7 de marzo de 2007 en la que se indica “que no suda desde hace un mes??/ Realmente nunca me pasó esto” y, como exploración física, “ACP: normal./ No bocio”. c) Informe del Área de Urgencias del Hospital “X”, de fecha 2 de diciembre de 2007, por “vómitos y fiebre”. En él consta “vómitos y fiebre de casi 39º C de 12 h de evolución, con historia de tos con expectoración amarillenta de 3 sem. de evolución. También refiere malestar gral. y astenia. Puntos equimóticos periorbitales. Cefalea”. En exploración se indica “eupnéico en reposo (...).

RsCsRs, no escucho soplo” y MV bajo “sin añadidos./ Abdomen blando, depresible, no doloroso, hematoma en vacío dcho./ MMII: no edemas./ Menínges negativos, no palpo ganglios./ Rx tórax: no se aprecian masas, ni condensaciones” y resultados analítica. d) Resultados de diversas pruebas complementarias, entre ellas, la analítica del día 2 de diciembre de 2007, en la que se observan numerosos valores anormales, y la del día 3 de diciembre, que muestra un “descenso de factores del complejo protrombínico”; la radiografía de los senos paranasales realizada el 3 de diciembre, en la que se indica “normales”; la eco abdominal, de el 4 de diciembre, “sin hallazgos patológicos” en hígado, bazo, vesícula, páncreas y riñones; la Rx de tórax, del mismo día 4, con “hallazgos compatibles con proceso bronconeumónico”, y el estudio citológico de médula ósea, también del día 4, en el que se aprecia “médula ósea con infiltración por células blásticas de estirpe mieloide”. e) Informe de alta del Hospital “X”, datado el 4 de diciembre de 2007, en el que se indica que ingresa por “fiebre”, anotándose “cuadro de un mes de evolución de tos irritativa seguida de tos productiva amarillenta, con astenia y en las últimas 24 horas fiebre y vómitos. Cefalea ocasional (...). Pequeña adenopatía submandibular izda. AC rítmico, sin soplos. AP murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, sin visceromegalias. No edemas. Petequias periorbitales” y se refleja la impresión diagnóstica de “leucosis aguda no linfoblástica. Neumonía basal izda.”, siendo trasladado al Servicio de Hematología del Hospital “Y” para tratamiento. f) Hoja de consulta médica en el Servicio de Hematología de ese hospital, de 4 de diciembre de 2007, en la que se consigna como impresión diagnóstica “LA mieloide + neumonía + insuficiencia respiratoria”. g) Informe de la UVI de este hospital, relativo a alta por exitus, datado el 18 de diciembre de 2007. Consta ingreso por “insuficiencia respiratoria aguda en paciente con leucemia aguda”; que se trata de un “varón de 16 años remitido (...) por sospecha de leucemia aguda (...). Refiere cuadro de tos, de un mes de evolución, primero irritativa, posteriormente con expectoración amarillenta. Las últimas 48 h fiebre, vómitos (alguno sanguinolento) y astenia. Cuenta sensación

de mareo al incorporarse. No cefalea, ni otra clínica. No dolor pleurítico./ Valorado en Urgencias por Servicio de Hematología, lo encuentran con insuficiencia respiratoria. En placa de tórax observan condensación en base izda. Iniciada antibioterapia de amplio espectro y oxigenoterapia, solicitan valoración por parte de nuestro Servicio. Decidimos ingreso en UVI". En la exploración se encuentra "sudoroso, taquipnéico y con tos frecuente. COC, sin signos de focalidad neurológica. No IY. Pequeña adenopatía submandibular izda. RsCsRs a 124 lpm./ Se auscultan estertores crepitantes en hemicampo izquierdo (...). Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, peristalsis presente. No edemas. Pulsos pedios positivos y simétricos". En evolución y comentarios se indica que es un "paciente diagnosticado de leucemia mieloide aguda que ingresa por una insuficiencia respiratoria secundaria a una neumonía./ Inicialmente se pudo ventilar de forma no invasiva pero posteriormente fue necesario intubarle y ventilarle mecánicamente (...). Durante su ingreso se le administraron fármacos para su leucemia, ocasionándole una aplasia medular. Necesitó aporte de derivados hemáticos./ El paciente evoluciona hacia un fallo multiorgánico (...). Fallece". Como impresión diagnóstica figura "leucemia mieloide aguda./ Insuficiencia respiratoria aguda./ Síndrome distress respiratorio./ Fallo multiorgánico". h) Certificado de defunción del paciente el día 18 de diciembre de 2007. i) Reclamación, datada el 21 de diciembre de 2007, por "mala atención" por parte de la doctora en el centro de salud. Exponen que, "tras 2 meses acudiendo a consulta (...) y no encontrarle (...) enfermedad importante", ingresó en el Hospital "X" con 40º C de una neumonía grave y leucemia (...). Considero pues que dicha doctora cometió un acto de negligencia y espero se tomen las medidas oportunas" y respuesta dada a la misma por el Director Médico de la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria VIII, fechada el 8 de enero de 2008. j) Auto del Juzgado de Instrucción Nº 3 de Langreo, de 6 de noviembre de 2008, relativo a la querrela presentada "por la comisión de los delitos de homicidio por imprudencia profesional y falsedad documental" contra la médica

de Atención Primaria que atendió al ahora fallecido. En él se señala “que son dos y no tres las ocasiones en que previo a que la leucemia sea detectada, (el ahora fallecido) acude a la consulta (...). Se hace referencia en la querrela a una visita acaecida a finales de octubre de 2007, mas la historia clínica obrante en autos evidencia la inexistencia de la señalada consulta. Es decir, que la primera ocasión en que la querellada examina (al paciente) en relación a los hechos que nos ocupan tiene lugar el día 8 de noviembre de 2007”. Aclarada esta cuestión, y atendiendo al informe médico forense y a la declaración de la imputada, concluye que la actuación de la facultativa “fue conforme a la lex artis de su oficio, según los síntomas del fallecido, sin que estuviera justificado realizar otro tipo de actuaciones accesorias. A lo que se suma que, aun en el eventual caso de haber detectado la enfermedad de leucemia a tiempo, se habría podido evitar un resultado como el que desgraciadamente tuvo lugar”. A continuación se rechaza que la facultativa hubiera alterado deliberadamente la historia clínica del hoy fallecido, pues “reconoce sin ningún tipo de temor que efectivamente introdujo los datos que posteriormente conoció en relación al proceso sufrido por (el fallecido). Cuestión que es posible por la aplicación del concreto programa informático, que permite actualizar la historia clínica de cada paciente. De este modo, pese a que un primer momento se aprecia una primera impresión diagnóstica, el sistema permitiría que si posteriormente se comprueba que es otra, pueda incluirse ese segundo diagnóstico, como manera de ordenar todo el proceso relativo a esa concreta dolencia que pueda tener el paciente. De hecho, en el documento 3 bis, que sería el alterado, se puede leer la inclusión del diagnóstico de neumonía bacteriana, pero no deja de omitirse la referencia a la existencia del catarro en vías altas”. Declara “el sobreseimiento provisional de las actuaciones, por no resultar debidamente justificada la perpetración del delito”. k) Auto del Juzgado de Instrucción Nº 3 de Langreo, de 7 de enero de 2009, por el que se desestima el recurso de reforma interpuesto contra el anterior. l) Auto de la Audiencia Provincial de Oviedo, de 18 de marzo de 2009, por el que se desestima el recurso de apelación

interpuesto, “por no darse la infracción del cuidado objetivamente debido, pues no es posible apreciar la existencia de un mal seguimiento de la enfermedad imputable a persona determinada, máxime cuando el fatal desenlace del paciente solo puede ser achacable a una fulminante evolución de su dolencia, dadas las características de la leucemia mieloide aguda que precipitó su muerte en un tan reducido periodo de tiempo, pues ciertamente los signos de enfermedad que presentaba cuando acudió al centro de salud, por sus características tan comunes, en modo alguno podían hacer presentir tal desenlace y por el contrario sí permiten afirmar que la medicación prescrita resultaba adecuada para su tratamiento”.

2. Con fecha 17 de noviembre de 2009, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto extiende una diligencia en la que se hace “constar que en el día de hoy se persona en las dependencias de este Servicio” la médica de Atención Primaria del centro de salud, “previa comunicación de la Dirección Médica del Área, para entregar una copia de la declaración realizada por ella ante el Juez el 23 de junio de 2008 en el curso de la querrela interpuesta (...) con motivo de la asistencia médica prestada. Junto con la mencionada declaración (...) se acompaña la pericial realizada por el médico forense, procediéndose a incorporar toda la documentación al expediente administrativo”.

En la declaración de la facultativa, datada el 23 de junio de 2008, se indica que reconoció haber tratado al ahora fallecido “hacia finales del año 2007 (...), los días 8 (...) y 21 de noviembre”. Manifiesta que en la primera consulta el paciente refería “tos y (...) expectoración (...). Procedió a explorar al enfermo, auscultándole y palpándole (...). Le hizo una serie de preguntas sobre los síntomas que presentaba” y “le recetó Algidol”. En la visita del día 21 el menor refería “dolor de cabeza y dolor abdominal, que no es cierto que hablara de tener náuseas, vómitos, falta de apetito o pérdida de peso, que repitió de nuevo el protocolo (...) sin que detectara ninguna anomalía; que no se

recetó ninguna medicación al no observar nada extraño o distinto a lo visto en la primera de las consultas”. Respecto a la falsedad documental de la historia clínica, declara que “no ha falseado ningún tipo de documento”, justificando la aparición de dos episodios con distinto diagnóstico en el mismo día en el funcionamiento del programa informático. Negó que la madre del menor le hubiese comentado que tenía otro hijo afectado de neumonía o que el ahora fallecido presentara astenia.

En el informe médico forense, datado el 24 de agosto de 2008, se recoge que los síntomas que presentaba el paciente son “muy comunes, que se ven a diario en la clínica médica y que no obligan de ninguna de las maneras a tomar medidas radicales, como son la práctica de pruebas sanguíneas (...). Los pacientes con leucemia mieloide aguda con frecuencia presentan varios síntomas generalizados. Estos pueden incluir pérdida de peso, cansancio inusual, fiebre y pérdida del apetito. Por supuesto que estos no son específicos para la leucemia mieloide aguda y son causados con más frecuencia por algo no relacionado con el cáncer (...). Buena parte de los síntomas se encontraban en el paciente, pero (...) son sintomatología muy común y nada específica de la presencia de una leucemia. En el diagnóstico diferencial, lógicamente, no se pensaría en leucemia como primer diagnóstico de la sintomatología descrita”. Preguntado por los sistemas informáticos del Sespa, señala que “es habitual que en la primera consulta el médico escriba lo que presentaba el enfermo (...) y que una vez haya tenido conocimiento de la evolución (...) lo haya reflejado en la historia clínica (...). Creo que esto es lo que ha pasado en este caso”.

3. El día 21 de octubre de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Con fecha 7 de enero de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él indica que se trata de un paciente de 16 años que acude en dos ocasiones, en un intervalo de 12 días, a su médica de Atención Primaria con un cuadro de sintomatología inespecífica que orientaba hacia un catarro de vías altas, no estando, en el presente caso, justificada la realización de otro tipo de pruebas diagnósticas. Los síntomas del fallecido eran habituales e inespecíficos, propios de la época del año, y (...) pueden darse en numerosas enfermedades, no siendo razonable pensar en aquel momento en una leucemia mieloide aguda como uno de los diagnósticos diferenciales a realizar, criterio también sostenido en el dictamen del médico forense de manera reiterada”.

Considera que “la actuación de los facultativos que trataron al paciente fue conforme a la lex artis, según los síntomas que presentaba, sin que estuviera justificado realizar otro tipo de actuaciones accesorias. Pensar que aun en el caso de haber detectado la leucemia unos días antes del momento en que efectivamente se diagnosticó hubiese cambiado su fulminante evolución clínica y se hubiese podido evitar el fallecimiento es entrar en el mero campo de las hipótesis. El fallecimiento del paciente solo es achacable a la rapidísima evolución de la grave patología que padecía. De hecho, en series estadísticas publicadas se atribuyen supervivencias para la leucemia mieloide aguda a los cinco años inferiores al 20%”.

5. Mediante escritos de 7 de enero de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios 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 correduría de seguros.

6. Obra incorporado al expediente el informe de una asesoría privada, emitido a instancia de la entidad aseguradora el día 11 de septiembre de 2008, y suscrito por dos especialistas en Hematología y Hemoterapia. En él concluyen que la

doctora que atendió al paciente “actuó correctamente en su visita al centro de salud” el 8 de noviembre de 2007, pues este “no presentaba datos clínicos suficientes (ni subjetivos ni objetivos) para sospechar otro proceso que no fuera un catarro en vías altas (...). En la segunda visita, el 21-11-07 (...), el paciente no presentaba suficientes datos clínicos o específicos que hicieran sospechar el diagnóstico de leucemia, aunque ya la tendría en ese momento (...). Tampoco presentaba datos clínicos que sugirieran neumonía, sino persistencia de infección respiratoria alta (...). Se actuó correctamente en la recogida de los datos clínicos (...). Se realizó una exploración física correcta (...). No había datos suficientemente alarmantes que exigieran la realización de una analítica o radiografía de tórax (...). No había datos clínicos suficientes que indicaran la necesidad de un tratamiento antibacteriano empírico inmediato (...). La concurrencia de una neumonía o infección respiratoria activa con el debut de una leucemia aguda mieloblástica conlleva una situación de especial mal pronóstico, con una mortalidad estimada del 67%./ En resumen, tras el examen cuidadoso de los datos clínicos aportados, no se puede concluir que haya indicios de negligencia o mala práctica en la actuación médica”.

7. El día 10 de marzo de 2010, se comunica a los interesados 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 23 del mismo mes se presenta en las dependencias administrativas uno de los reclamantes y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento por doscientos ochenta y cuatro (284) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

8. Con fecha 29 de marzo de 2010, los perjudicados presentan en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que reprochan que el informe de la asesoría privada ha sido emitido con ocasión de la querrela interpuesta contra la doctora y no en el procedimiento de responsabilidad patrimonial, y por tanto “con la evidente intención de exculpar” a aquella. Consideran que “13 días con

los mismos síntomas, añadidos otros más específicos, como puede ser la palidez, excede con creces de la duración que debe tener un simple catarro y (...), a lo mejor no puede hacer sospechar que estamos ante una leucemia”, pero sí que no estamos ante un simple catarro, sino ante algo más, de la entidad que fuera, pero que obligaría a haber realizado alguna prueba más y no a prescribir en todo momento el mismo medicamento, aun cuando el menor, en las dos visitas realizadas, presentaba síntomas diferentes”. Añade que el informe no ha tenido en cuenta el del médico forense que “si bien viene a exculpar a la médica”, contiene, a su juicio, contradicciones que reitera junto a las consideraciones relativas al cumplimiento de los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, y ya expuestas en su escrito inicial.

9. El día 13 de abril de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que “la actuación de los facultativos que trataron al paciente fue conforme a la lex artis, según los síntomas que presentaba, sin que estuviera justificado realizar otro tipo de actuaciones accesorias”, y que “el fallecimiento del paciente solo es achacable a la rapidísima evolución de la grave patología que padecía”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de abril de 2010, registrado de entrada el día 4 de mayo del mismo año, 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), están los interesados activamente legitimados 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.

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 7 de octubre de 2009, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de su familiar- el día 18 de diciembre de 2007, lo que

podría llevarnos a concluir que aquella se formuló fuera del plazo de un año legalmente determinado. Sin embargo, consta en el expediente el Auto de la Audiencia Provincial de Oviedo, de fecha 18 de marzo de 2009, por el que se desestima el recurso de apelación interpuesto por los interesados contra el recaído en la querrela presentada por los mismos hechos que ahora originan la reclamación administrativa.

Al respecto, el artículo 146, apartado 2, de la LRJPAC establece que “La exigencia de responsabilidad penal del personal al servicio de las Administraciones públicas no suspenderá los procedimientos de reconocimiento de responsabilidad patrimonial que se instruyan, salvo que la determinación de los hechos en el orden jurisdiccional penal sea necesaria para la fijación de la responsabilidad patrimonial”. El Tribunal Supremo (entre otras, Sentencia de 16 de mayo de 2002 -Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª-) ha sentado en relación con este precepto que su “adecuada interpretación (...) exige considerar que la interrupción de la prescripción por iniciación del proceso penal se produce en todos aquellos casos en los cuales dicho proceso penal versa sobre hechos susceptibles en apariencia de ser fijados en el mismo con trascendencia para la concreción de la responsabilidad patrimonial de la Administración”.

En el presente caso, teniendo en cuenta que las actuaciones penales se iniciaron en el año 2007 y que existe coincidencia en los sujetos intervinientes y en los hechos enjuiciados en los órdenes penal y administrativo, consideramos interrumpido el cómputo del plazo de prescripción para el ejercicio de la reclamación de responsabilidad patrimonial por la exigencia de responsabilidad penal. Por tanto, dada la fecha en la que se dicta el auto que desestima el recurso de apelación, hemos de entender que la reclamación se ejerce 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, 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.- Es objeto de análisis en este caso una reclamación por los daños que se atribuyen a la asistencia sanitaria dispensada en un centro de salud al pariente de los interesados, que finalmente falleció.

Consta acreditada en el expediente la muerte del paciente el día 18 de diciembre de 2007, por lo que podemos presumir que sus padres y hermano sufren un daño moral susceptible de ser reclamado.

También resulta del mismo que aquel había acudido en varias ocasiones al Centro de Salud, en el que se le apreció un catarro de vías altas y después se le diagnosticó una leucemia mieloide aguda complicada con neumonía.

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*. Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

También ha subrayado este Consejo 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 esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Según se indica en la reclamación, el paciente había acudido al centro de salud a finales de octubre del año 2007 por presentar “síntomas de cansancio, tos, falta de sudoración, dolor muscular y pérdida de peso, así como un proceso febril y signos de palidez”. Refiere, asimismo, una segunda consulta el día 8 de noviembre de 2007 al persistir los síntomas y aparecer “otros nuevos, como pérdida de apetito, aumento de la pérdida de peso, dolor abdominal, dolores óseo-articulares y musculares y signos de fatiga e insuficiencia respiratoria, continuación del proceso febril, tos persistente y flemas amarillas”, y una tercera el día 21 de noviembre en la que presentaba aquellos síntomas agravados y se informó a la facultativa de que el padre y el hermano del paciente tenían neumonía.

Afirman que hubo mala praxis en Atención Primaria, reprochando, en concreto, que no se consignaran en la historia clínica los síntomas que presentaba el paciente y la omisión de analítica y de radiografía, así como la superficialidad de la exploración que se realizó el día 8 de noviembre y la duración (10 minutos) de la realizada el día 21. A su juicio, hubo error u omisión en el diagnóstico y en el tratamiento de dichos síntomas, pues “podían ser sospechosos de, entre otras enfermedades (...), leucemia, dado el grado de persistencia”, y de “neumonía”. En el trámite de audiencia insiste en que trece días con los mismos síntomas y otros más específicos obligaban a sospechar algo y a realizar alguna prueba, pues exceden de un simple catarro.

Como prueba, la letrada se remite al informe del Servicio de Hematología del Hospital “X”, en el que se hace referencia a un cuadro de un mes de evolución, y afirma que la astenia, la adenopatía y las petequias periorbitales, a las que alude ya existían cuando el paciente acudió a Atención Primaria, así

como al informe del Hospital "Y", en el que se consigna el diagnóstico de leucemia mieloide aguda, y sostiene que la evolución de la enfermedad se hizo imparable por la omisión de un hemograma.

No obstante, el hecho de que el día 4 de diciembre de 2007 se haya diagnosticado una leucemia mieloide aguda al pariente de los reclamantes no demuestra que el diagnóstico de catarro de vías altas que se le hizo al mismo en la consulta de Atención Primaria fuera erróneo. El resultado anormal de la analítica realizada el día 2 de diciembre de 2007 y el hallazgo de un proceso bronconeumónico en la radiografía practicada el día 4 tampoco revelan la necesidad de efectuar estas pruebas en Atención Primaria. Además, la radiografía que se realizó el día 3 -a la cual se refiere la reclamación- fue normal.

Para verificar si en la asistencia dispensada al paciente en Atención Primaria hubo un error de diagnóstico y era obligatorio practicar un hemograma, como se pretende por los reclamantes, debemos empezar por establecer los hechos que enmarcan dicha asistencia, determinando las veces que el paciente acudió y fue atendido en el centro de salud y los síntomas que presentaba en cada una de las consultas.

Por lo que se refiere a la primera cuestión, la reclamación consigna una consulta a finales de octubre de 2007 y otras dos en noviembre, los días 8 y 21. Sin embargo, las pruebas aportadas solo nos permiten tener por ciertas dos consultas en noviembre de 2007, ya que en el historial de episodios en el centro de salud, que se adjuntó a aquella, no hay anotada ninguna consulta en octubre de 2007, constando que el paciente fue visto únicamente el 8 y el 21 de noviembre de 2007. La última visita, anterior a estas, fue la del día 7 de marzo del mismo año.

En este sentido, el Auto del Juzgado de Instrucción Nº 3 de Langreo de 6 de noviembre de 2008, con el que terminó el proceso penal contra la facultativa que atendió al paciente, que también se adjunta a la reclamación, concluye que "son dos y no tres las ocasiones en que previo a que la leucemia sea detectada"

el paciente acudió a la consulta, precisando que la primera vez que es examinado “en relación a los hechos que nos ocupan tiene lugar el día 8 de noviembre de 2007”.

Por lo que se refiere a los síntomas que el paciente presentaba esos días, en dicho listado de episodios consta que el día 8 de noviembre tenía tos y flemas amarillas de una semana de evolución y que el día 21 refería cefalea y dolor abdominal. Sí consta alusión a la falta de sudoración, pero en marzo de 2007. En su declaración judicial, la facultativa que atendió al paciente reiteró que en la primera visita solo presentaba tos y expectoración y en la segunda dolor de cabeza y abdominal. Respecto a la neumonía del padre y del hermano, no hay constancia de la misma en el listado de episodios y la facultativa negó en la declaración haber sido informada de ello.

En la reclamación se ponen de manifiesto las contradicciones existentes entre la declaración de la facultativa y el parecer de los padres del paciente en cuanto a los hechos analizados, y se aduce que estos no fueron oídos a propósito de esta cuestión en las diligencias penales. Sin embargo, esta alegación no puede ser estimada en un procedimiento administrativo como el que analizamos, que no puede versar sobre actuaciones judiciales, y no se han aportado más pruebas que las manifestaciones de los interesados, lo que no es suficiente para tenerlas por ciertas.

Por lo que se refiere al informe de alta del Hospital “X”, al que la letrada se remite para apoyar sus alegaciones, resulta que en el mismo parece incluirse la astenia como uno de los síntomas de un mes de evolución. Sin embargo, en el informe de Urgencias del mismo centro de 2 días antes se consigna “vómitos y fiebre de casi 39º C de 12 h de evolución, con historia de tos con expectoración amarillenta de 3 sem. de evolución”, y se añade que “también refiere malestar gral. y astenia. Puntos equimóticos periorbitales. Cefalea”, de lo que se desprende que los síntomas que tenían una duración de 3 semanas eran la tos y la expectoración.

Determinados los síntomas que presentaba el paciente en las dos ocasiones en que acudió al centro de salud, debemos analizar ahora si obligaban a sospechar, como se aduce en la reclamación, leucemia o neumonía y no catarro de vías altas, como se apreció, y a practicar alguna prueba analítica.

Tanto el informe técnico de evaluación como el emitido por los especialistas en Hematología y Hemoterapia coinciden en que los síntomas que presentaba el paciente en las dos ocasiones en las que acudió al centro de salud eran propios de la época del año y que podían darse en numerosas enfermedades. También coinciden en señalar que eran compatibles con el catarro de vías altas que se diagnosticó y que no era razonable pensar en una leucemia, ni en una neumonía. Los especialistas añaden, además, que faltaban signos alarmantes y específicos de leucemia, como las lesiones hemorrágicas -que no presentó hasta el día 2 de diciembre- y las organomegalias. Según los referidos informes, los síntomas que mostraba el paciente no exigían pruebas complementarias y la exploración que se le realizó fue correcta. Tampoco aprecian error en el tratamiento pautado y concluyen que la asistencia que se le dispensó fue conforme a la *lex artis*.

Por otro lado, los informes obrantes en el expediente consideran que el adelanto en el diagnóstico de la leucemia no hubiera cambiado el curso de la misma, que fue fulminante, por lo que la alegación realizada en el trámite de audiencia es irrelevante.

En el trámite de audiencia se reprocha que el informe de la asesoría privada fuese realizado con ocasión de la querrela interpuesta contra la doctora, para exculparla, y no en el procedimiento de responsabilidad patrimonial.

Lo cierto es que los hechos sobre los que versa la reclamación y sus argumentos coinciden con los que fundamentaron la querrela, que han sido analizados por el informe pericial, por lo que nada impide que el mismo sea valorado en este procedimiento de responsabilidad patrimonial.

En última instancia, debemos traer a colación el Auto del Juzgado de Instrucción Nº 3 de Langreo de 6 de noviembre de 2008, en el que se concluye que la actuación de la facultativa “fue conforme a la *lex artis* de su oficio, según los síntomas del fallecido, sin que estuviera justificado realizar otro tipo de actuaciones accesorias. A lo que se suma que aun en el eventual caso de haber detectado la enfermedad de leucemia a tiempo se habría podido evitar un resultado como el que desgraciadamente tuvo lugar”, así como el Auto de la Audiencia Provincial de Oviedo de 18 de marzo de 2009, según el cual no se da “la infracción del cuidado objetivamente debido, pues no es posible apreciar la existencia de un mal seguimiento de la enfermedad (...), máxime cuando el fatal desenlace del paciente solo puede ser achacable a una fulminante evolución de su dolencia”. También consigna que “los signos de enfermedad que presentaba cuando acudió al centro de salud, por sus características tan comunes, en modo alguno podían hacer presentir tal desenlace y (...) permiten afirmar que la medicación prescrita resultaba adecuada para su tratamiento”.

En cuanto al cambio de diagnóstico inicial de catarro de vías altas por el de neumonía bacteriana, según explicó la facultativa en las actuaciones penales, es una operación permitida por el programa informático, por lo que no cabe apreciar alteración o falseamiento.

A propósito de este extremo, el Auto del Juzgado de Langreo considera que el informe médico forense contribuye a rechazar las alegaciones de los querellantes en tal sentido y, además, las afirmaciones de la facultativa resultan lógicas y congruentes, pues reconoce “sin ningún tipo de temor que efectivamente introdujo los datos que posteriormente conoció en relación al proceso sufrido por (el fallecido). Cuestión que es posible por la aplicación del concreto programa informático, que permite actualizar la historia clínica de cada paciente. De este modo, pese a que (en) un primer momento se aprecia una primera impresión diagnóstica, el sistema permitiría que si posteriormente se comprueba que es otra, pueda incluirse ese segundo diagnóstico, como manera de ordenar todo el proceso relativo a esa concreta dolencia que pueda tener el

paciente". De hecho, en el documento presuntamente "alterado se puede leer la inclusión del diagnóstico de neumonía bacteriana, pero no deja de omitirse la referencia a la existencia del catarro en vías altas".

En definitiva, no cabe apreciar relación de causalidad entre el daño que sufren los interesados y el funcionamiento del servicio público sanitario, que fue correcto.

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.