

Expediente Núm. 218/2010
Dictamen Núm. 238/2011

V O C A L E S :

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

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 7 de julio 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 21 de julio de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la asistencia sanitaria prestada a su esposo y padre, respectivamente, en un centro hospitalario público, que provocó su fallecimiento.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 14 de octubre de 2009, la viuda y las hijas del perjudicado presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la, a su juicio, deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital “X”, que provocó su fallecimiento.

Inician su relato refiriendo que el perjudicado acude el día 12 de octubre de 2008 al Área de Urgencias del Hospital "X", donde se le diagnostica un infarto agudo de miocardio. A pesar del "diagnóstico y estado clínico (...), no fue tratado por el Servicio de Cardiología", sino que permaneció "a cargo del Servicio de Urgencias desde su llegada" al hospital a las 17:27 horas del día 12 de octubre hasta las 10:30 horas del día siguiente, "en que fue dado de alta por traslado al Hospital "Y".

Exponen que al ingresar en este último hospital su estado era "gravísimo, en estado de shock, con grave edema pulmonar y fallo renal, que obligó a su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde permaneció, en principio, sedado con ventilación mecánica, balón de contrapulsación aórtico y hemodiálisis, no realizándose revascularización coronaria por considerar el Servicio de Cardiología que ya estaba establecida la necrosis miocárdica, esto es, la muerte del tejido del miocardio, ante la aquinesia, es decir, la falta de movimiento de toda la región posteroinferior del corazón (...). La evolución no fue buena" y falleció el día 25 de octubre de 2008.

Las reclamantes sostienen que su muerte se debió "a dos causas, ambas imputables al Hospital "X", la primera "el déficit de los recursos aplicados", pues "desde el momento del diagnóstico (...) el paciente debería haber sido tratado por un Servicio especializado en Cardiología o en Cuidados Intensivos", aunque "nada de eso tuvo lugar", y "lo cierto es que no había un cardiólogo" en el hospital, y dada la gravedad de su estado, "con dificultades respiratorias y dolor en el pecho, así como el vientre hinchado, lejos de remitirle al Hospital "Y", lo mantuvieron en Urgencias unas 17 horas (...), para derivarle posteriormente". La segunda fue "el retraso en recurrir a niveles asistenciales superiores", ya que "cuando desde el Hospital "X" se acudió al Servicio de Cardiología del Hospital "Y", ya fue tarde, pues había transcurrido el tiempo suficiente para que la patología evolucionase hacia el agravamiento", privando "al paciente de la oportunidad de recibir tratamientos más especializados que, tal vez, hubieran sido efectivos".

Solicitan una indemnización por importe de de ciento cuarenta y dos mil ciento sesenta y un euros con cuarenta y tres céntimos (142.161,43 €).

Adjuntan fotocopia de diversos documentos entre ellos: a) Certificación de defunción del perjudicado. b) Parte del libro de familia. c) Queja presentada ante el Servicio de Salud del Principado de Asturias por una de las hijas del perjudicado. d) Contestación emitida al respecto por el Jefe de la Unidad de Urgencias del Hospital "X" el día 6 de noviembre de 2008, en la que se indica que el "Servicio de Medicina Interna agrupa a diversas especialidades", de tal forma que "las guardias las hace el facultativo que le corresponde, haciéndose cargo de toda la patología de Medicina Interna, incluida la de Cardiología", y que "así ha venido siendo desde la apertura del hospital", actuándose igual en este caso. e) Noticias periodísticas sobre el deficiente funcionamiento del Servicio de Cardiología del Hospital "X". f) Historia médica facilitada por el Hospital "X" al Juzgado de Primera Instancia de Luarca. g) Informes médicos facilitados por el Hospital "Y".

2. El día 29 de octubre de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a las reclamantes 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.

3. Con fecha 9 de noviembre de 2009, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita al Gerente del Hospital "X" remita una copia de la historia clínica del perjudicado, así como un informe del Servicio que le prestó asistencia.

4. El día 24 de noviembre de 2009, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica y el informe del Jefe de la Unidad de Urgencias.

En el informe, reemitido con fecha 23 de noviembre de 2009, se indica que el paciente acude a urgencias “por síncope, epigastralgia y relajación de esfínteres, no dolor torácico. Al llegar a urgencias ACxFA (fibrilación auricular) no conocida. Se realizan troponinas (marcadores cardíacos) seriadas ante la sospecha de IAM (infarto agudo de miocardio) y se producen eventos de arritmias que se vigilan y monitorizan en Urgencias. A las 0 h elevación de marcadores cardíacos y se decide traslado a Oviedo, que no se realiza por la noche por la inestabilidad del paciente (...). Traslado a Cardiología” del Hospital “Y” “para valoración y seguimiento (no hay Cardiología en el hospital)”. El diagnóstico fue “infarto agudo de miocardio”.

Manifiesta que “la atención a los pacientes se realiza con la colaboración de los demás servicios del hospital. En el Hospital “X” el Servicio de Medicina Interna agrupa a diversas especialidades. El facultativo de guardia atiende toda la patología de esa especialidad, incluida la Cardiología. Esta ha sido la forma de trabajar desde que se abrió el hospital y así se actuó en esta ocasión. Tras la atención urgente, con el diagnóstico realizado y en función de la evolución del paciente, se decide si (...) debe ser ingresado o trasladado, como en este caso. Si es preciso el traslado al centro de referencia (...) se debe hacer con las mayores garantías posibles./ Para hacer un traslado se debe estabilizar al paciente y hacerlo en el vehículo y con el personal más apropiado. Fue la inestabilidad del paciente, como quedó antes expuesto, el motivo de realizar el traslado por la mañana, en helicóptero”.

5. Con fecha 29 de enero de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él refiere que “se trata de un paciente de 63 años que sufre un síncope en su domicilio e ingresa a las 17:27 h del día 12 de octubre de 2008 por Urgencias en el Hospital “X”. Inicialmente presenta marcadores cardíacos normales, ausencia de dolor torácico y un electrocardiograma a las (17:27 h) no definitivo respecto a diagnóstico de (infarto agudo de miocardio). Por este motivo se

administra atropina y aspirina y otro inhibidor de la agregación plaquetaria (clopidogrel) y se deja en observación en Urgencias. Posteriormente se le pauta un antiarrítmico y con la elevación de la troponina I hacia las 0:00 h, entrando en niveles de necrosis miocárdica se establece el diagnóstico definitivo de infarto agudo de miocardio y se le pone bolus de heparina, solinitrina, oxígeno y se le mantiene en box de Urgencias para traslado al día siguiente” al Hospital “Y”. El traslado “no se realizó durante la noche por la situación de inestabilidad del paciente, realizándose en helicóptero a las 10:30 h de la mañana del día 13 de octubre”.

En cuanto al “funcionamiento del Hospital “X” y las afirmaciones de las reclamantes relativas a que no fue atendido por el Servicio de Cardiología sino por Urgencias y que se demoró el traslado, es preciso señalar, de acuerdo con el informe emitido por el propio centro, que en el Hospital “X” el Servicio de Medicina Interna agrupa a diversas especialidades y el facultativo de guardia atiende toda la patología de esa especialidad, incluida la Cardiología. La atención a los pacientes se realiza con la colaboración de los demás Servicios. Esta es la forma de trabajar en este hospital y en todos los centros de carácter comarcal, excepto los pocos grandes hospitales en los que hay guardias de todas las especialidades desgajadas de Medicina Interna. Tras la atención urgente, con el diagnóstico realizado y en función de la evolución del paciente, se decide si (...) debe ser ingresado o trasladado, como en este caso. Si es preciso el traslado al centro de referencia (...) se debe hacer con las mayores garantías posibles. Para hacer un traslado se debe estabilizar al paciente y hacerlo en el vehículo y con el personal más apropiado. Fue la inestabilidad del paciente, como quedó antes expuesto, el motivo de realizar el traslado por la mañana, en helicóptero. El traslado en ambulancia tarda aproximadamente una hora y media frente a la media hora que le lleva al helicóptero”.

6. Mediante escritos de 2 de febrero de 2010, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

7. Con fecha 1 de mayo de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cinco especialistas en Medicina Interna. En él se concluye que “el paciente falleció a consecuencia de un infarto agudo de miocardio de localización posteroinferior con shock cardiogénico (...). Cuando acudió al Hospital “X” ni el electrocardiograma ni las enzimas miocárdicas indicaban infarto agudo de miocardio, a pesar de lo cual se decidió observación con seriación de enzimas (...). Siete horas después de acudir al hospital y unas ocho horas después del comienzo las enzimas se elevaron y el electrocardiograma mostraba signos de infarto agudo de miocardio (...). La inestabilidad hemodinámica que presentaba el paciente en ese momento no hacía aconsejable el traslado en UVI móvil” al Hospital “Y” porque al ser un viaje prolongado existía alto riesgo de parada cardíaca que obliga a detener el vehículo para hacer reanimación cardiopulmonar (...). Por ello se decidió esperar hasta que estuviese disponible un helicóptero que hace mucho más corto el tiempo de traslado y por tanto la posibilidad de que ocurra una parada durante el traslado (...). El retraso por la espera del helicóptero fue de unas nueve horas (...). El beneficio de la terapia de reperfusión (fibrinólisis o angioplastia) es mínimo después de seis horas desde el inicio del infarto y nulo después de doce horas (...). El infarto agudo de miocardio es una grave afección con una mortalidad superior al 30%”.

8. Mediante escrito notificado a las reclamantes el día 21 de mayo de 2010, se les comunica 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 27 del mismo mes un representante de las interesadas con poder al efecto se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo,

compuesto en ese momento por trescientos nueve (309) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

9. El día 2 de junio de 2010, las reclamantes presentan en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reafirman en los términos de su reclamación inicial.

10. Con fecha 21 de junio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, apoyándose en los argumentos expuestos en los distintos informes incorporados al expediente.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 21 de julio de 2010, registrado de entrada el día 26 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo 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 las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

Sin embargo, el escrito de reclamación, firmado por quienes dicen ser la esposa e hijas del perjudicado, no está acompañado de ningún documento que acredite debidamente la filiación de las interesadas, dado que en la fotocopia del Libro de Familia que se aporta tan solo es posible leer la inscripción correspondiente al nacimiento de una de las hijas. Tal circunstancia sería suficiente para desestimar la reclamación, si bien, teniendo en cuenta que la Administración actuante no ha cuestionado en ningún momento la condición de los parentescos citados, procede, en aplicación del principio de eficacia, reconocido en el artículo 103.1 de la Constitución y recogido en el artículo 3 de la LRJPAC, analizar el fondo de la cuestión controvertida. No obstante, 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 la condición de esposa e hijas del perjudicado. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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 14 de octubre de 2009, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 25 de octubre 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.

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.- Las reclamantes interesan una indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen al Hospital "X", por no haber tratado al paciente en "un Servicio especializado en Cardiología o en Cuidados Intensivos" y por el "retraso en recurrir a niveles asistenciales superiores".

Consta en el expediente el fallecimiento del pariente de las interesadas, el día 25 de octubre de 2008, en el Hospital "Y", después de haber sido remitido desde el Hospital "X" el día 13 del mismo mes, por lo que cabe presumir que aquellas, por su cercano parentesco y vínculo conyugal, han sufrido un daño moral, sin perjuicio de una valoración económica más precisa que realizaremos en el caso de que concurren los requisitos para declarar la responsabilidad pretendida.

Ahora bien, la mera constatación, o la presunción, de que en el curso de la actividad del servicio público sanitario ha surgido un daño real, efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica 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 un paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, 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 las 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.

En el análisis de la presente reclamación debemos recordar que la *lex artis* constituye un parámetro de valoración de actos médicos concretos, pero no circunscribe su alcance al enjuiciamiento aislado de estos, sino que, en la medida en que la actividad médica se ejerce en un contexto o marco organizativo preciso, obliga a valorar este factor -la organización sanitaria en que se desarrollan- a la hora de enjuiciar el funcionamiento del servicio público.

También hemos de advertir 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.

Las interesadas pretenden una indemnización por entender que una vez que se diagnosticó en el Hospital "X" "certeramente" un infarto agudo de miocardio, el paciente "debería haber sido tratado por un Servicio especializado en Cardiología o en Cuidados Intensivos", y añaden que "nada de eso tuvo lugar", y "lo cierto es que no había un cardiólogo". Además, se imputa un "retraso" en acudir al Hospital "Y" lo que motivó que "la patología evolucionase hacia el agravamiento, privándole (...) de la oportunidad de recibir tratamientos más especializados que, tal vez, hubieran sido efectivos". Debemos advertir que en el presente caso las propias reclamantes no postulan que entre los hechos constatados y el fallecimiento del paciente haya un nexo causal cierto, absoluto, sino que sostienen que existe una relación hipotética y condicionada; en definitiva, el curso causal incierto que es inherente a lo que de ordinario se califica como pérdida de una oportunidad terapéutica. En apoyo de su tesis no aportan prueba médica alguna, solo la afirmación de que está acreditado que se produjo un retraso de 17 horas en la dispensación de medios sanitarios especializados y la conjetura de que, de no haberse dado esta circunstancia, el desenlace habría sido otro. Sin embargo, no cuestionan los actos y decisiones médicas de los profesionales sanitarios que atendieron y diagnosticaron finalmente al enfermo en el Hospital "Y", pese a que no lograran salvar su vida. Los graves reproches que dirigen a la Administración sanitaria se concentran en el retraso en la atención especializada de su familiar enfermo, imputando a esa demora un resultado dañoso consecuencia, en primer lugar, de un grave déficit organizativo del Hospital "X" -aportando notas de prensa sobre el funcionamiento del mismo y retrasos en el Área de Cardiología- y, en segundo lugar, de un retraso en la remisión del paciente al Hospital "Y". En síntesis, esos fallos supusieron según las reclamantes, la no disposición de medios en tiempo

oportuno, con una demora de 17 horas, lo que habría afectado a las posibilidades de supervivencia del perjudicado.

A la vista de ello, tras fijar los hechos, procede analizar si efectivamente existió un fallo en la organización y funcionamiento del servicio público y determinar, si lo hubiera habido, qué daños produjo, valorando en qué medida influyó en la aparición de las graves consecuencias dañosas que alegan las reclamantes y cuya reparación constituye el objeto de su pretensión.

Con respecto a la primera de las imputaciones, no haber sido tratado inicialmente el paciente por un especialista en Cardiología, hemos de señalar que en el informe emitido por el Jefe de la Unidad de Urgencias del Hospital "X" el día 6 de noviembre de 2008, en contestación a la queja presentada por una de las hijas, se indica que el "Servicio de Medicina Interna agrupa a diversas especialidades", de manera que "las guardias las hace el facultativo que le corresponde, haciéndose cargo de toda la patología de Medicina Interna, incluida la de Cardiología", sosteniendo que "así ha venido siendo desde la apertura del hospital" y que así se actuó en este caso. En similares términos se pronuncia en su informe de 23 de noviembre de 2009 y también el informe técnico de evaluación, que señala al respecto que "es la forma de trabajar en este hospital" "X"- y en "todos los centros de carácter comarcal", excepto en los hospitales grandes, "en los que hay guardias de todas las especialidades".

Por tanto, no podemos entender que se haya producido con carácter general una falta de asistencia, sin perjuicio del lógico deseo de mayor disponibilidad de recursos sanitarios para afrontar situaciones graves que no siempre es posible satisfacer, puesto que aquellos son limitados. Tampoco existe un mínimo indicio que permita imputar una conducta negligente al Servicio de Urgencias del Hospital "X".

Respecto a la segunda de las imputaciones, el retraso en trasladar al paciente a un centro de referencia, los informes médicos coinciden en señalar que cuando este llega al Hospital "X" "la troponina de ingreso es normal y el paciente queda en observación", es decir que en ese momento aún no hay un

diagnostico definitivo de infarto agudo de miocardio; seis horas y treinta minutos después del ingreso “la troponina sube a niveles de necrosis miocárdica”, diagnosticándose ya el infarto agudo de miocardio; así lo constatan el Médico Adjunto de la UVI del Hospital “Y” y el Jefe de la Unidad de Urgencias del Hospital “X” al afirmar que “a las 0 h” se produce una “elevación de marcadores cardíacos y se decide traslado “a Oviedo. No obstante el traslado al “centro de referencia (...), se debe hacer con las mayores garantías posibles”, una vez estabilizado el paciente, “en el vehículo y con el personal más apropiado”, añadiendo que fue “la inestabilidad del paciente” el “motivo de realizar el traslado por la mañana en helicóptero”. El informe técnico de evaluación confirma que el traslado “no se hace durante la noche por la inestabilidad del paciente”, y aclara que “en ambulancia tarda aproximadamente una hora y media frente a la media hora que le lleva al helicóptero”.

Con los datos que obran incorporados al expediente resulta acreditado que el diagnóstico de infarto agudo de miocardio se produce en torno a las 24 horas del día 12 de octubre de 2008, y, pese a que se alude a la necesidad de estabilización del paciente como motivo del retraso en el traslado (que se considera en ese momento imprescindible), lo cierto es que la Administración no prueba en qué momento se habría producido tal estabilización, y en cualquier caso, frente a los hipotéticos perjuicios que podría acarrear un traslado por carretera, no cabe duda alguna de que, como consecuencia de las limitaciones temporales que determinan el empleo de determinadas técnicas asistenciales, ese retraso va a producir unos perjuicios ciertos. En efecto, el informe incorporado por la compañía aseguradora detalla que el retraso por la espera del helicóptero fue de unas nueve horas, y que “el beneficio de la terapia de reperfusión (fibrinólisis o angioplastia) es mínimo después de seis horas desde el inicio del infarto y nulo después de doce horas”; datos que resultan corroborados por los informes que constan de la entrada del paciente

en el Hospital "Y", en los que consta que "no se hizo revascularización coronaria por considerar Cardiología que ya estaba establecida la necrosis miocárdica".

En definitiva, este Consejo considera que los responsables de la asistencia prestada en el hospital comarcal tendrían que haber sido conscientes de que un retraso superior a seis horas en el traslado al centro de referencia impediría la aplicación de determinados procedimientos asistenciales afectando perjudicialmente a las posibilidades de supervivencia del paciente. Y frente a tales datos ciertos no cabe oponer la inestabilización del paciente (no acreditada), ni los perjuicios inciertos que podrían derivarse de un traslado en una ambulancia dotada de los medios humanos y materiales adecuados a tal necesidad. Ello nos lleva a concluir que se ha producido una pérdida de oportunidad terapéutica por la privación de un tratamiento especializado, sin que tal consideración permita afirmar que ese tratamiento habría evitado en todo caso el fatal desenlace.

SÉPTIMA.- La siguiente cuestión a determinar es el montante al que debe ascender la indemnización. Las interesadas cifran el daño sufrido en ciento cuarenta y dos mil ciento sesenta y un euros con cuarenta y tres céntimos (142.161,43 €), según el baremo contenido en la Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de 17 de enero de 2008, sumando "el 10% del factor de corrección por perjuicios económicos derivados de los ingresos de la víctima".

Como hemos señalado en dictámenes anteriores, consideramos adecuado valerse del indicado baremo en sus cuantías actualizadas, lo que hace innecesaria la actualización de los importes con el IPC correspondiente. En este caso concreto, apreciada una pérdida de oportunidad terapéutica como consecuencia del retraso en el traslado al hospital de referencia, y ante la falta de datos médicos que nos permitan evaluar las posibilidades de supervivencia del paciente en sus circunstancias, este Consejo entiende que la indemnización ha de reducirse en un cincuenta por ciento, vista la gravedad de la patología y

los altos porcentajes de fallecimiento, y por consiguiente, aplicados los importes que establece la Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de 20 de enero de 2011, estimamos razonable y prudente fijar el importe de la indemnización en ochenta mil setecientos treinta y ocho euros con treinta y siete céntimos (80.738,37 €).

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en la cantidad de ochenta mil setecientos treinta y ocho euros con treinta y siete céntimos (80.738,37 €)."

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.