

Expediente Núm. 81/2011
Dictamen Núm. 329/2011

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 10 de noviembre 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 febrero de 2011, 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 prestada por el Servicio Público Sanitario que provocó el fallecimiento de su madre.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 27 de abril de 2010, el reclamante, hijo de la perjudicada, presenta en el registro de la Delegación del Gobierno en Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la, a su juicio, deficiente asistencia prestada por el Servicio Público Sanitario que provocó el fallecimiento de su madre.

Inicia su relato refiriendo que el día 25 de abril de 2009, “entre las nueve y (las) diez de la noche”, su madre “empezó a sentir un fuerte dolor, a nivel del pecho”, por lo que el reclamante “la traslada a Urgencias, donde llegó sobre las doce de la noche y tras pasar una hora, escasamente, en observación, la enviaron para su domicilio, aún cuando (...) se quejaba de un fuerte dolor en el pecho, salía mareada y tenía dificultades para andar y para respirar”. Continúa refiriendo que le pautaron un tratamiento con “Fluimucil y paracetamol”, que “deberían ser administrados a partir del desayuno”; una vez en su domicilio, “se acostó, pero persistía el dolor en el pecho y las dificultades para respirar, y hacia las tres de la madrugada se levantó al baño donde se desplomó”. El reclamante “llamó al 112, personándose una ambulancia a los 20 minutos, certificando el médico de urgencias la muerte” de su madre.

Considera el reclamante que el hecho de haber enviado a su madre de vuelta a su domicilio fue “una temeridad, y lo advera el hecho de la corta estancia en el Servicio de Urgencias”, adonde “acudía con cierta frecuencia”, y donde a pesar de los síntomas que presentaba, “se opta por enviarla para su domicilio, lo que entendemos es un craso error de diagnóstico”, pues en el domicilio, es manifiesta “la imposibilidad (...) de evitar la insuficiencia cardiaca que padecía, con la medicación que se le había prescrito”.

Finaliza diciendo que “por tales hechos se han seguido diligencias previas ante el Juzgado de Instrucción nº 3 de Oviedo, que en fecha 1 de julio de 2009 (...) decreta el sobreseimiento libre y el archivo” de las mismas.

Solicita una indemnización de cincuenta y dos mil ochocientos treinta y ocho euros con once céntimos (52.838,11 €).

Propone como medios de prueba, la documental, consistente en que se libre oficio al Hospital “a fin de que remita historia clínica” de la perjudicada., y pericial, “para que por un perito médico internista informe sobre si existe un error de diagnóstico, (si) el tratamiento efectuado ha sido correcto y si se ha procedido con la celeridad que el caso y las circunstancias” exigían.

Adjunta copia de la siguiente documentación: a) Documento de comparecencia para la declaración de herederos, de fecha 20 de abril de 2010.

b) Auto del Juzgado de Instrucción N.º. 3 de Oviedo, de fecha 1 de julio de 2009.

2. Mediante escrito de fecha 6 de mayo de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, 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 17 de mayo de 2010, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital remite al Servicio instructor copia de la parte de la historia clínica de la perjudicada correspondiente a la asistencia que motiva la reclamación.

4. Con fecha 1 de junio de 2010, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital remite al Servicio instructor del informe del Servicio de Urgencias.

En él, de fecha 27 de mayo de 2010, se refiere que “la paciente acude al Servicio de Urgencias el 25 de abril de 2009, sobre las 24 horas y 35 minutos acompañada por su hijo”, con el que se hace “parte de la historia clínica sobre tratamientos y dosis que la enferma recibía en su domicilio ya que ella no lo recuerda, y comprobando la pauta de administración de los broncodilatadores y demás medicación./ Acabada esta anamnesis el hijo abandona el Servicio dejando a la médica un número de móvil donde se le podía llamar cuando fuesen a darle el alta./ Tras la revisión completa de la historia clínica (se comprueba que) es una paciente conocida (...) por el Servicio de Neumología que a pesar del diagnóstico de EPOC severo sigue fumando y cumple deficientemente el tratamiento que se le ha pautado previamente. Consta en la historia clínica un síndrome ansioso-depresivo a tratamiento con dos tipos de fármacos”.

Preguntada la enferma sobre el motivo por el que acude al Servicio de Urgencias, refiere que “acude por disnea y dolor difuso anterior torácico de unas 12 horas de evolución sin acompañarse de ninguna otra sintomatología y que se reproduce al palpar bilateralmente los arcos costales y que no aumentan la sensación de disnea. La paciente se muestra algo bradipsíquica, aunque consciente y orientada, probablemente en relación con la medicación para su cuadro de síndrome ansioso-depresivo”.

Durante el tiempo que permanece en Urgencias “no vuelve a tener dolor refiriendo que se le había pasado la molestia./ El EKG que se realiza está algo artefactazo (*sic*) por el conocido temblor de reposo de predominio en miembros inferiores, sin embargo no presenta cambios con respecto al previo del ingreso de 2 meses antes, que se describe como T alta en cara anteroseptal y lateral. Un mes antes había sido valorada en consultas por el Servicio de Cardiología sin encontrar patología cardiológico y un TAC torácico de alta resolución no demostró patología de origen vascular susceptible de “estrecho seguimiento”./ En todo momento la enferma se mantuvo hemodinámicamente estable, sin dolor. Saturación de oxígeno dentro de la normalidad. La Rx tórax AP y lateral se realizó con buena tolerancia y no mostraba cambios excepto un infiltrado residual en base derecha probablemente por bronquiectasias ya conocidas previamente por lo que se decide iniciar tratamiento en Urgencias con una nebulización de Beta2 de corta y bromuro de ipatropio que toleró sin problemas, mejorando el cuadro por lo que se procedió a su alta una hora después aproximadamente./ Posteriormente, una vez que el Servicio de Admisiones (...) avisa telefónicamente del alta a su hijo, y en presencia de este y de la paciente se efectuó un repaso de las dosis y forma de administración del tratamiento facilitándole un cámara Volumatic, insistiendo en la necesidad de abandono del tabaco. La paciente abandonó el Servicio caminando y acompañada del brazo de su hijo”.

5. Con fecha 24 de junio de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En

él describe los hechos y procede a su valoración indicando que se trata de una “enferma de 69 años de edad (...), afecta de EPOC, término que engloba la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar, figurando el tabaco como el principal factor de riesgo en su etiología. (La perjudicada) era fumadora y a pesar de prescribirle la supresión del tabaco como mejor medida terapéutica, no lograba dejar este hábito de vida”.

Continúa refiriendo que “había sido valorada en las consultas del Servicio de Cardiología un mes antes del ingreso hospitalario en el que falleció y no habían encontrado patología cardiológica, tras practicar una Tomografía Axial Computarizada (TAC), que no demostró patología de origen vascular susceptible de `estrecho seguimiento`. La afección que padecía (EPOC), se caracteriza por su progresión y no siempre es reversible al flujo aéreo./ Esta enfermedad (...) tiene diferentes grados de severidad, midiéndose ésta por los valores obtenidos por práctica de espirometría, por IMC (índice de masa corporal) y/o por la Pa O₂ (saturación de oxígeno), datos que ayudan a situar el estadio de la enfermedad, así como la instauración de cor pulmonale o insuficiencia cardiaca (...) que se va estableciendo en este tipo de enfermos”.

Afirma que “en el Área de Urgencias se le hizo a la paciente una exploración física (...) y se le realizaron las pruebas complementarias razonables e indicadas, como electrocardiograma y saturación de oxígeno, que parece estaba dentro de la normalidad./ La impresión diagnóstica y el tratamiento del Área de Urgencias (...) fueron adecuados y, al estar la enferma hemodinámicamente estable fue enviada a su domicilio”.

Finaliza diciendo que “de la exposición anterior sobre la afección de base sufrida por la enferma se comprende cómo en las tres horas siguientes al alta hospitalaria, y en las que se produjo su fallecimiento, pudo volverse inestable su situación empeorando su cuadro patológico de base y/o producirse la exacerbación de los síntomas, e incluso desarrollar una alteración funcional respiratoria y/o cuadro cardiológico que la llevó al fallecimiento”.

Concluye que “las actuaciones médicas y actos que se le realizaron a lo largo del proceso asistencial a que fue sometida la paciente, pueden

considerarse ajustadas al concepto de `praxis médica normal para el Servicio de Urgencias donde fue atendida´”.

6. Mediante escritos de 6 de julio 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. Mediante escrito de fecha 4 de octubre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios solicita al Director Gerente del Hospital le remita copia completa de la historia clínica de la paciente, pues de la documentación aportada al expediente “se desprende que la paciente había sido tratada con anterioridad en los Servicios de Neumología y Cardiología”.

8. Mediante escrito de fecha 14 de octubre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios solicita al Juzgado de Instrucción nº 3 de Oviedo, le remita copia del informe médico forense que obre en la Diligencias Previas que se incoaron en el Juzgado.

9. Con fecha 13 de octubre de 2010, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital remite al Servicio instructor copia de la historia clínica completa de la perjudicada.

10. Mediante escrito de 11 de noviembre de 2010, se remite copia de la historia clínica de la perjudicada a la correduría de seguros.

11. Mediante escrito de 5 de noviembre de 2010, el Secretario del Juzgado de Instrucción Nº 3 de Oviedo remite al Servicio Instructor copia del informe de autopsia y un informe médico forense.

En el informe de la autopsia se establece que “la causa de la muerte ha sido:/ 1.- Insuficiencia cardíaca aguda./ 2.- Taponamiento cardíaco./ 3.-

Diseción aórtica tipo A Stanford con solución de continuidad a pericardio./ 4.- Rotura aórtica secundario a 3”.

En el informe médico forense se refiere que “con anterioridad a la práctica de la autopsia consultamos los datos obrantes en la historia clínica, tanto de sus múltiples asistencias anteriores, como de la asistencia efectuada el día 26-4-2009./ A la vista de los datos obrantes en el parte de urgencias de fecha 26-4-2009, de los hallazgos de autopsia (...) y de los antecedentes consultados en la historia clínica, no apreciamos elementos distintos de la normopraxis asistencial o `prototipo de práctica clínico-terapéutica que, por criterios clínicos ortodoxos, cumple el acto clínico-terapéutico´”.

12. Con fecha 10 de noviembre de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cinco especialistas en Medicina Interna. En él establecen las siguientes conclusiones: “1. La enferma falleció repentinamente en su domicilio tras haber sido atendida en el Servicio de Urgencias por dolor torácico./ 2. Esto corresponde a una muerte súbita cuyas causas son múltiples./ 3. En ausencia de necropsia no es posible averiguar cual fue la causa de la muerte en esta paciente, pero, teniendo en cuenta el tabaquismo que tenía, el infarto agudo de miocardio es la posibilidad más probable./ 4. El infarto agudo de miocardio es una grave afección con una mortalidad del 30,5% en España./ 5. La enferma consultó por dolor torácico atípico que respondía a las características de dolor osteomuscular y por ello fue diagnosticada de dolor de pared torácica./ 6. En anteriores ocasiones había tenido también dolor torácico y se descartó patología cardiaca significativa y embolia pulmonar./ 7. No existían datos que permitiesen establecer el diagnóstico de infarto agudo de miocardio o de cualquiera de las otras causas de muerte súbita cuando acudió a urgencias./ 8. Es probable que la afección que ocasionó la muerte apareciese posteriormente a la estancia en urgencias, sin que la padeciese en el momento en que consultó”.

13. Mediante escrito de fecha 17 de diciembre de 2010, se comunica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el procedimiento. El día 9 de febrero de 2011, el reclamante se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo compuesto por ciento veinte (120) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

14. Con fecha 16 de febrero de 2011, el reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reafirma en los términos del escrito inicial, y, a la vista de los informes incluidos en el expediente, establece las siguientes conclusiones: “No le dan importancia al dolor puesto que no lo tratan (...). Se interpreta el cuadro como agudización de patología crónica (EPOC) (...). Aunque refieren en Urgencias que el dolor de la paciente remite durante su estancia allí, el hijo refiere que el dolor persiste al alta (...). Ante un dolor torácico persistente, sin hallazgos radiográficos ni electrocardiográficos significativos, antes del alta de la paciente, debían ser descartados, las patologías graves que pueden llegar a causar la muerte de la paciente, como es la disección de la aorta (...). No se hizo TAC torácico para descartar aneurisma o disección de aorta, como causa del dolor (...). Se observa la tensión baja de la paciente y no consta una frecuencia cardiaca, lo cual puede hacer pensar en un taponamiento cardiaco”.

15. Con fecha 4 de marzo de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En la misma, se afirma que “se trataba de una paciente portadora de EPOC, que acudió por dolor torácico que en la anamnesis se clasificó como no isquémico, y sí osteomuscular al reproducirse al presionar sobre costillas, esto unido a los datos del electrocardiograma sin datos de isquemia aguda, y que durante su estancia en el Servicio de Urgencias del hospital se fueron minorando, llegando a desaparecer, hicieron que se estableciese el diagnóstico de dolor de pared torácica, indicando paracetamol

para el tratamiento del mismo. Se supone que la afección que ocasionó la muerte apareció posteriormente a su estancia en Urgencias, sin que la padeciese en el momento en que consultó”.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de marzo de 2011, registrado de entrada el día 31 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está el hijo de la fallecida activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

Sin embargo, el escrito de reclamación no está acompañado de ningún documento que acredite debidamente la filiación del interesado. La expresada 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 interesado, 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 dicha filiación.

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 27 de abril de 2010, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 26 de abril de 2009, lo que pudiera conducirnos a concluir que aquella se encontraba fuera del plazo de un año legalmente determinado. Sin embargo, consta en el expediente la instrucción de un procedimiento penal, a instancias, entre otros, del hijo de la fallecida, por los mismos hechos que ahora originan la reclamación administrativa, procedimiento que concluyó con el Auto del Juzgado de Instrucción N.º. 3 de Oviedo, de fecha 1 de julio de 2009, ordenando el archivo de las diligencias previas.

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, de la 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, coincidiendo uno de los sujetos intervinientes y 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 ello, teniendo en cuenta la fecha del citado Auto, hemos de entender que la reclamación se ejerce dentro del plazo legalmente establecido.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de los informes 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.- El reclamante interesa una indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre, como consecuencia de una atención sanitaria que reputa deficiente y que constituye, a su juicio, “un craso error de diagnóstico”, al interpretar que la “insuficiencia cardiaca aguda” que presentaba la paciente era una “agudización” de su patología crónica -EPOC-.

Consta en el expediente el fallecimiento de la paciente, el día 26 de abril de 2009, horas después de haber sido atendida en el Servicio de Urgencias de un centro hospitalario, por lo que cabe entender que su hijo ha 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 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 el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que la 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.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También hemos señalado 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.

Se atribuye en este caso a la Administración sanitaria la existencia de una atención contraria a la *lex artis* como consecuencia de un error diagnóstico, error que habría causado la muerte de la madre del interesado. Sin embargo, pese a que le incumbe la prueba de las imputaciones que sostiene, este no ha desarrollado la menor actividad probatoria, de modo que este Consejo Consultivo ha de formar su juicio al respecto de la posible existencia del nexo causal, sobre la base de la documentación que obra en el expediente y que no ha sido discutida por el mismo.

El interesado considera que la asistencia sanitaria se prestó a su madre "sin la debida diligencia", pues fue dada de alta sin haber transcurrido una hora desde su llegada al Servicio de Urgencias, "aún cuando persistía y se quejaba de un fuerte dolor en el pecho, salía mareada y tenía dificultades para andar y para respirar"; por ello, pese a presentar una "clara sintomatología" de "insuficiencia cardiaca aguda", se produce un "craso error de diagnóstico" y se le pauta un tratamiento "a todas luces impropio". En el trámite de audiencia añade que antes del alta "debían ser descartadas, las patologías graves" que "no se hizo un TAC torácico para descartar aneurisma o disección de aorta" y

que se “observa la tensión baja (...) y no consta una frecuencia cardiaca, lo cual puede hacer pensar en un taponamiento cardiaco”.

Al respecto de estas imputaciones, el informe del Coordinador de Urgencias del Hospital señala que “inicialmente se habla con el hijo”, si bien acabada la “anamnesis el hijo abandona el Servicio” facilitando un móvil donde avisarle cuando “fuesen a darle el alta”, lo que se lleva a cabo “una hora después aproximadamente”, momento en el que se va la paciente “caminando y acompañada del brazo de su hijo”. El citado informe, tras detallar que es una “paciente conocida en ocasiones anteriores por el Servicio de Neumología” y que “a pesar del diagnóstico de EPOC severo sigue fumando y cumple deficientemente el tratamiento que se le ha pautado previamente”, señala que la enferma acude por “disnea y dolor difuso anterior torácico” que “se reproduce al palpar bilateralmente los arcos costales y que no aumentan la sensación de disnea”, lo que supone, según señalan los cinco especialistas en medicina interna en el informe emitido a instancia de la compañía aseguradora, que dicho dolor “no era típicamente isquémico sino que parecía osteomuscular al reproducirse al presionar sobre las costillas”. El Coordinador de Urgencias señala a continuación que, a diferencia de lo manifestado por el reclamante, durante el “tiempo que permanece en Urgencias no vuelve a tener dolor”, refiriendo la paciente “que se le había pasado la molestia”. Señala que en “todo momento” se “mantuvo hemodinámicamente estable”, y por lo que hace a las pruebas diagnósticas realizadas, informa que “el EKG” esta “algo artefactazo” pero “no presenta cambios” con respecto al realizado dos meses antes, que la “Rx tórax AP lateral” no mostraba “cambios excepto un infiltrado residual en base derecha” probablemente por “bronquiectasias ya conocidas previamente”.

En idéntico sentido se pronuncia el informe técnico de valoración al afirmar que se llevó a cabo “una exploración física orientada al problema por que el que consultaba”, y que le realizaron “las pruebas complementarias razonables e indicadas, como electrocardiograma y saturación de oxígeno, que parece estaba dentro de la normalidad”. Por último y nuevamente a diferencia de lo manifestado por el reclamante con relación a la medicación, hay que

puntualizar que se inició un tratamiento con “una nebulización con Beta2 de corta y bromuro de ipratropio que toleró sin problemas, mejorando el cuadro por lo que se procedió a su alta”, según se detalla en el informe del Coordinador de Urgencias, corroborando el informe técnico de evaluación que tanto “la impresión diagnóstica” como “el tratamiento” fueron “adecuados”, afirmando al respecto el informe aportado por la entidad aseguradora, que “fue tratada con broncodilatadores, mejorando la disnea y desapareciendo el dolor torácico” por lo que se decidió darle el alta, explicando al hijo “el tratamiento que debía seguir (Symbicort, Fluimucil y Xumadol), con el diagnóstico de tabaquismo, dolor torácico de pared y los anteriores”.

A todo lo expuesto hemos de añadir que en el informe médico forense se indica que no se aprecian “elementos distintos de la normopraxis asistencial”.

En definitiva, todos los informes incorporados al procedimiento coinciden en juzgar adecuada y acorde a la *lex artis* la asistencia sanitaria prestada a la paciente, en el Servicio de Urgencias. El reclamante sostiene lo contrario, pero no aporta informe alguno que avale su tesis y pruebe la alegada relación entre el fallecimiento y la atención sanitaria recibida. La presunción de la existencia de una insuficiencia cardíaca aguda, según la sintomatología que presentaba en aquellos momentos, es una sospecha diagnóstica que se efectúa después de saber el resultado final, buscando retrospectivamente posibles causas. No consta que la paciente presentara en el momento de su atención en los servicios de urgencia, una clínica que aconsejase un tratamiento o conducta asistencial diferente a la seguida, por lo que no ha quedado demostrada una mala práctica médica del servicio público sanitario en forma de diagnóstico erróneo o tardío al que pudiera serle imputable el fallecimiento de la perjudicada.

En definitiva, al no resultar acreditado el imprescindible nexo causal entre el fallecimiento de la paciente y la atención dispensada por el servicio público sanitario, no cabe estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial que se pretende, lo que nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

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 formulada 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.