

Expediente Núm. 14/2012
Dictamen Núm. 44/2012

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 16 de febrero de 2012, 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 25 de enero de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 6 de febrero de 2009, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la, a su juicio, defectuosa atención médica dispensada en un centro de salud dependiente del servicio público sanitario.

Refiere que el día 9 de febrero de 2008, sobre las cuatro de la madrugada, acudió al Centro de Salud “aquejado de un fuerte dolor en el

pecho". Tras ser sometido a reconocimiento por una facultativa y realizarse un electrocardiograma se le diagnosticó "presión alta (sin hipertensión)" y "dolor tórax muscular", suministrándole "captopril y alprazolam (...) con la finalidad de controlar la tensión y prescribiéndole un tratamiento consistente en Dolorac 600 mg durante dos días, es decir, una medicación propia de un simple catarro". Expone que ante la persistencia del dolor acudió nuevamente a las catorce horas del mismo día al centro de salud, siendo informado por una administrativa de que "de catorce a dieciséis horas no atendían al público y que no había nadie porque el personal de servicio se encontraba comiendo". Sobre las dieciséis horas del mismo día ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital "X" donde, "tras ser objeto de reconocimiento, fue diagnosticado de enfermedad coronaria severa de tres vasos con obstrucción completa a nivel DA y CD', siéndole practicada con carácter de urgencia una angioplastia+implantación de stent de cromo-cobalto sobre DA media", dejándose constancia en el informe emitido "de que el paciente había ingresado con el diagnóstico provisional de infarto anterior". Afirma que "como consecuencia del infarto padecido a quien suscribe le ha quedado una lesión cardíaca del cincuenta por ciento -50%-, a la que no es ajeno el largo tiempo transcurrido entre el primer diagnóstico emitido por la doctora del centro de salud (...) y la atención recibida en el Hospital 'X'". En los días posteriores al alta médica, que se produjo el 14 de febrero de 2008, el reclamante se personó en el centro de salud "con la finalidad de solicitar una copia del informe de la asistencia de la que había sido objeto (...), así como del electrocardiograma que le había sido realizado, siendo informado de que el informe constaba únicamente en el sistema informático y que el electrocardiograma *había desaparecido y no se sabía donde estaba*". La misma solicitud es reiterada el día 20 de febrero de 2008 mediante requerimiento notarial, con el resultado de que el día 19 de marzo le fue facilitada copia "de toda la documentación obrante en su historia clínica en lo que Atención Primaria se refiere, pero sin aportar la copia del electrocardiograma".

El reclamante concluye que “deviene incuestionable que hubo un error de diagnóstico por parte de la facultativa del centro de salud (...), al no haber valorado acertadamente que quien suscribe, cuando se personó en dicho centro a las cuatro (...) de la madrugada del día 9 de febrero de 2008, tenía un infarto, error que determinó que no se pusieran los medios de tratamiento adecuados al padecimiento que sufría, resultando evidente que esa indebida aplicación de medios para la obtención del resultado que se produjo como consecuencia de aquel error médico de diagnóstico resulta sancionable”.

Finaliza su escrito solicitando una indemnización por importe de doscientos cuarenta y cuatro mil setecientos cuarenta y cinco euros (244.745 €). Interesa la práctica de prueba documental, consistente en “copia de todos los informes emitidos sobre la asistencia realizada a quien suscribe en relación con el infarto de miocardio sufrido en fecha 9 de febrero de 2008” y que se solicite informe al Servicio de Cardiología del Hospital “X” “sobre la concreta lesión cardiovascular que le ha quedado (...) como consecuencia de dicho infarto”.

Adjunta a la reclamación la siguiente documentación: a) Acta de requerimiento notarial del informe e historial clínico realizado al reclamante como consecuencia de la asistencia prestada el día 9 de febrero de 2008 en el centro de salud. b) Historial clínico del interesado obrante en el centro de salud. c) Informe del Servicio de Cardiología del Hospital “X” en relación con el ingreso de 9 de febrero de 2008. d) Copia de la receta médica prescrita por la facultativa del centro de salud el día 9 de febrero de 2008.

2. Mediante escrito notificado al reclamante el día 26 de febrero de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios (en adelante Servicio instructor) le comunica 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. El día 12 de marzo de 2009, el Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria IV (Oviedo) remite al Servicio instructor una copia completa de la historia clínica del perjudicado, así como un informe facilitado por el Médico de Familia del centro de salud al que acudió el reclamante en la madrugada del día 9 de febrero de 2008. En el inciso final de este informe se señala que “se buscó el electrocardiograma hecho según la historia clínica por todo el centro sin encontrarlo”. Mediante escrito de 13 de marzo de 2009, el mismo Gerente traslada al Servicio instructor una copia del informe elaborado por la facultativa que prestó asistencia al perjudicado en el centro de salud la madrugada del día 9 de febrero de 2008.

4. Con fecha 25 de septiembre de 2009, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En este informe se describen los hechos contenidos en la reclamación y se procede a examinar la acreditación del daño alegado. En el apartado relativo a valoración se consigna “paciente que sufrió infarto de miocardio, siendo sometido a reconocimiento (...) por la médica de Atención Primaria, con práctica de ECG que fue negativo, por lo que diagnosticó, tras exploración y toma de tensión arterial, presión alta y dolor tórax muscular (...). Es evidente que la sospecha clínica de coronariopatía fue baja, influyendo posiblemente en ello la no actividad eléctrica en el ECG practicado (...). Este retraso diagnóstico pudo disminuir las posibilidades de curación del paciente, siendo evidente que cuanto más avanzado se encuentre el proceso menos posibilidades de éxito ofrece el tratamiento a instaurar, pero afortunadamente en este caso la evolución del proceso fue favorable, instaurando un diagnóstico y un tratamiento certero, sin consecuencias negativas para el paciente (...). El extravío burocrático al que alude el reclamante existió, pero sin consecuencias irreversibles./ Considero que debe hablarse de un mal planteamiento, en afán de evitar una derivación al paciente al hospital cuando los síntomas no eran del todo evidentes./ Aunque se hubiese actuado más precozmente el resultado no habría variado, dado que la obstrucción de los

vasos ya existía (...). No hubo conducta imprudente y solo equivocación de enjuiciamiento, subsanado en horas y sin consecuencias”. Finaliza proponiendo la desestimación de la reclamación presentada, al entender que “la actuación de los profesionales que intervinieron en el proceso asistencial del perjudicado fue acorde a la lex artis profesional”.

5. Consta en el expediente remitido una diligencia, fechada el día 30 de septiembre de 2009, de declaración en comparecencia personal por parte del interesado ante una funcionaria de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, en la que confiere representación a un abogado que identifica para “entablar recursos, desistir de acciones o renunciar a derechos en mi nombre”.

6. El día 30 de septiembre de 2009, el perjudicado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito al que acompaña documentación acreditativa de que el Instituto Nacional de la Seguridad Social acordó, en fecha 2 de abril de 2009, concederle una pensión de incapacidad permanente en el grado de absoluta para todo trabajo.

7. Mediante escritos de 7 de octubre de 2009, 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.

8. Con fecha 5 de diciembre de 2009, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna. En él se consigna que “este paciente presentaba cuando llegó al Servicio de Urgencias un infarto agudo de miocardio de varias horas de evolución, ya que habían aparecido ondas Q en el electrocardiograma. No ha sido posible recuperar el que se le hizo en el centro de salud, pero es razonable pensar que si este registro fue interpretado como normal es porque no presentaba los hallazgos que se vieron en el hospital. Cuando un médico realiza un electrocardiograma por dolor torácico su primer objetivo es

descartar un infarto agudo de miocardio, y por tanto lo primero que busca son los signos electrocardiográficos de infarto. Si la médico (...) que le atendió no los vio es porque en ese momento no los tenía. Este hecho no es sorprendente. En primer lugar, porque no se puede asegurar que en ese momento el paciente tuviese un infarto agudo de miocardio, pudiendo aparecer con posterioridad. En segundo lugar, porque, aunque existiese el infarto, hemos indicado que las alteraciones del electrocardiograma pueden tardar horas en aparecer./ Para hacer el diagnóstico de infarto agudo de miocardio el paciente debe tener dos de los tres criterios siguientes: dolor torácico sugestivo, es decir de características isquémicas./ Electrocardiograma con signos de infarto agudo de miocardio. Elevación de enzimas miocárdicas (troponina y/o creatininkinasa)./ Este paciente no tenía un dolor torácico sugestivo de infarto porque era un dolor de 15 días de evolución, aumentaba con la inspiración profunda y con los cambios posturales, lo que sugiere (...) un dolor de origen osteomuscular. El electrocardiograma no mostraba signos de infarto. Por lo tanto no era necesario hacer enzimas miocárdicas, ya que nada indicaba que se tratase de un infarto de miocardio (...). Independientemente de si el paciente tenía o no infarto agudo de miocardio cuando acudió al centro de salud, lo cierto es que el posible retraso en el diagnóstico no ha tenido ninguna repercusión en la salud del paciente. Cuando llegó a Urgencias se decidió hacer angioplastia primaria, con lo que se solucionó el problema de la obstrucción de la arteria coronaria que provocaba el infarto./ Es lo mismo que se hubiese hecho si el paciente es diagnosticado antes. El ecocardiograma no mostró ninguna alteración significativa como secuela del infarto. La hipertrofia ventricular es consecuencia de la hipertensión arterial y la fracción de eyección del 50% es normal. En este sentido, en la reclamación se habla erróneamente de una lesión cardíaca del 50%, interpretando que una fracción de eyección de ventrículo izquierdo del 50% es la mitad de lo normal y no es así. La fracción de eyección se calcula dividiendo el volumen sistólico entre el volumen telediastólico. El resultado de

esta división debe ser de 0,5 o más, lo que corresponde a un % de 50 o más. Como este paciente tenía 50% estaba en el límite inferior de lo normal”.

9. El día 11 de enero de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en el expediente. El 13 de enero de 2010 se persona en las dependencias administrativas el representante del reclamante y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento por ciento cuarenta (140) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

10. Con fecha 22 de enero de 2010, el representante del interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones. En él señala que “la instrucción del expediente ha venido a confirmar y ratificar la veracidad y certeza indubitadas de cuantas alegaciones constan realizadas en el inicial escrito de reclamación”. A continuación, cuestiona diferentes aspectos de la instrucción llevada a cabo, así como las conclusiones que se contienen en los diferentes informes obrantes en el expediente. En este sentido, y respecto a la pérdida del electrocardiograma realizada al perjudicado en la madrugada del día 9 de febrero de 2008 en el centro de salud, insiste en que “todos y cada uno de los profesionales que han informado durante la instrucción de este expediente se han limitado a constatar en sus informes el extravío del electrocardiograma realizado a mi representado, y, en una actitud absolutamente corporativista y difícilmente compatible con los más elementales principios de la ética han aprovechado tal extravío o desaparición para justificar o reputar correcta la actuación de una compañera de profesión con argumentos tan pueriles” como que “el electrocardiograma no mostraba signos de infarto”o que “independientemente de si el paciente tenía o no infarto agudo de miocardio cuando acudió al centro de salud lo cierto es que el posible retraso en el diagnóstico no ha tenido ninguna repercusión en la salud del paciente”, que resultan

“verdaderamente sorprendentes y no se alcanzan a entender, al margen de estar en abierta contradicción con lo que los facultativos del Hospital ‘X’ manifestaron a mi patrocinado”. Cuestiona, asimismo, el dato erróneo que se contiene en los diferentes informes obrantes en el expediente, en concreto que su ingreso en el Servicio de Urgencias del Hospital “X” se produjera transcurridas 30 horas de la asistencia sanitaria que le fue prestada a las 4:00 horas del día 9 de febrero de 2008 en el centro de salud. Reitera la solicitud de incorporación al expediente como medios de prueba de los informes solicitados ya en el escrito inicial, a cuyo efecto señala que, “en definitiva, se han practicado única y exclusivamente aquellas pruebas que la Administración requerida ha tenido a bien, obviando en todo momento las solicitadas por esta parte, deviniendo incuestionable la manifiesta indefensión provocada a mi representado por tal circunstancia, por cuanto con ello se ha impedido la constancia en el expediente de datos de carácter relevante que no solo no se han tenido en cuenta en la redacción de los informes referidos en el párrafo anterior, sino que incluso se niegan (...) de manera absolutamente incomprensible”.

Respecto al contenido de los informes incorporados al expediente, el representante del interesado comienza por descalificar el elaborado por la facultativa que atendió al perjudicado en el centro de salud indicando que “dicho informe y nada es absolutamente lo mismo, al haberse limitado a dar o facilitar lo que vulgarmente se conoce como un ‘pantallazo’, es decir, imprimir una copia del informe realizado por la misma el día que tuvo lugar la consulta”. Se cuestionan igualmente el informe técnico de evaluación y el emitido por la asesoría privada, tanto desde la perspectiva de sus presupuestos de partida como de las conclusiones contenidas en los mismos. Se ratifica en los términos de su reclamación inicial e insiste en la práctica de la prueba en ella interesada que reproduce en este trámite.

11. El día 23 de marzo de 2010, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en cuyos antecedentes de hecho indica, a propósito

de las pruebas cuya realización insta el perjudicado, que “este paciente acudió a las cuatro de la mañana del día 9 de febrero de 2008 al Centro de Salud con un episodio de dolor torácico y acompañado de cortejo vegetativo, siendo diagnosticado (por una médica adscrita de manera temporal al centro de salud) de presión alta y dolor muscular en tórax./ Le realiza un ECG sin signos electrocardiográficos de infarto, por lo que le remite a su domicilio con una serie de recomendaciones, entre las que se encontraba el volver si se sentía mal de nuevo (se recoge que, aunque el ECG sea negativo, las alteraciones en el mismo pueden tardar horas en aparecer) (...). Que efectivamente el informe se extravió, pero eso no quiere decir que no se haya hecho (pudiendo haber sido mal archivado o simplemente perdido), incidencia que efectivamente hubo, pero sin poder negar su práctica, siendo testigo de ello el propio paciente (...). Que en el caso de existir alteraciones del mismo (positividad), la médica responsable del proceso asistencial habría derivado al paciente al hospital, no encontrando razón alguna para que no lo hiciera, siendo evidente que no querría someter al paciente a un riesgo y ella estar implicada a posterior en una reclamación (...). Que transcurridas doce horas de haberse producido el episodio y por evolución negativa del proceso el paciente decidió acudir al hospital con signos y síntomas más evidentes de enfermedad coronaria, con positividad en el ECG y enzimas cardíacas normales, pero siendo más sencillo el establecimiento de un diagnóstico correcto./ En la valoración de esta reclamación existe una demora diagnóstica de 12 horas, sin consecuencias reseñables ni negativas para el paciente, salvo las derivadas del proceso patológico por él sufrido, efectivamente grave”.

Estima que “independientemente de si el paciente tenía o no (infarto agudo de miocardio) cuando acudió al centro de salud la evolución hubiese sido la misma, aunque el diagnóstico se hubiese sospechado antes, ya que se aplicó el mismo tratamiento que se hubiese hecho horas antes y no quedaron secuelas del infarto./ La fracción de eyección del 50% es normal y no significa una lesión cardíaca del 50%, como recogen en la reclamación”.

Finaliza proponiendo “desestimar la reclamación” de responsabilidad patrimonial formulada.

12. Mediante oficio de 21 de abril de 2010, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

13. En sesión celebrada el día 17 de marzo de 2011, el Pleno de este Consejo Consultivo dictaminó que no era posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta planteada debido a la ausencia, entre la documentación remitida, del informe del Servicio implicado en la reclamación y a la indebida tramitación dada en fase de instrucción a la solicitud de prueba interesada por el reclamante.

14. Devuelto el expediente, el Jefe del Servicio instructor se dirige, el día 11 de mayo de 2011, a la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria IV solicitando un informe de la facultativa “que estaba de guardia el día objeto de litigio, 09-02-2008”.

Esta profesional emite el informe solicitado el día 18 de mayo de 2011 y en él relata la asistencia prestada al ahora reclamante el día 9 de febrero de 2008. Expone que “los hechos tienen lugar de madrugada, durante el fin de semana, por lo que, siguiendo la pauta habitual para los EKG o informes (parte de lesiones, agresiones, accidentes...) que se generan en horario de urgencias, identifico el EKG con el nombre del paciente, fecha y número de historia para depositarlo a continuación en el mostrador de administración para que sea archivado con la historia clínica del paciente”.

15. Conferido un nuevo trámite de audiencia al interesado, el día 23 de septiembre de 2011 su representante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones. En él insiste en la necesidad de que se resuelva lo procedente en orden a la prueba

propuesta, que sigue sin encontrar la debida respuesta. En cuanto al contenido del informe de la facultativa actuante, señala que "está emitido en función de los mismos datos que constan registrados como consecuencia de la atención dispensada en la fecha en que acudió al Centro de Salud aquejado del padecimiento del que trae causa este expediente, y por consiguiente nada aporta al mismo".

16. El día 13 de octubre de 2011, el Jefe del Servicio instructor acuerda acceder a la práctica de las pruebas interesadas por el reclamante, lo que se le notifica en debida forma con fecha 18 de octubre de 2011.

En ejecución de ello, mediante escrito de 13 de octubre de 2011 solicita al Hospital "X" diversa documentación adicional, consistente en "copia de la historia clínica" relativa al ingreso del reclamante en dicho centro sanitario el día 9 de febrero de 2008 y las "revisiones posteriores a la fecha de su alta", así como "un informe del Servicio de Cardiología en relación con las secuelas cardiológicas pos-infarto".

17. En atención al requerimiento efectuado, el Hospital "X" remite al Servicio instructor copia de un total de 257 folios donde se refleja documentalmente la asistencia prestada al reclamante en dicho centro desde el día 9 de febrero de 2008 hasta la última consulta efectuada por el mismo al Servicio de Cardiología. Se adjunta asimismo el informe de un facultativo de este Servicio, de fecha 27 de octubre de 2011, que relata la última revisión a la que fue sometido el reclamante el 10 de febrero de 2011, conforme a la cual su estado "se mantiene estable y, dadas las pruebas realizadas en enero, se le da de alta para continuar con el tratamiento médico pautado de manera crónica y revisiones por su médico de Atención Primaria".

18. Practicada la prueba documental propuesta por el interesado, se le concede un nuevo trámite de audiencia. El día 12 de diciembre de 2011, su representante presenta en el registro de la Administración del Principado de

Asturias un nuevo escrito de alegaciones en el que se reitera en todo lo manifestado, incidiendo en el dato de la no incorporación al expediente del electrocardiograma que le fue realizado en la madrugada del día 9 de febrero de 2008 en el centro de salud al que acudió.

19. Con fecha 9 de enero de 2012, el Jefe del Servicio instructor elabora nueva propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Esta propuesta resulta coincidente con la elaborada por el mismo órgano el 23 de marzo de 2010, salvo en lo relativo a la incorporación a sus antecedentes de hecho de los actos de instrucción realizados a raíz del primer dictamen emitido por este Consejo.

20. En este estado de tramitación, mediante escrito de 25 de enero de 2012, registrado de entrada el día 30 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 entonces Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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

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

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 6 de febrero de 2009, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -la asistencia prestada al interesado en un centro de salud dependiente del servicio público sanitario- a las 4:00 horas del día 9 de febrero 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.- En el presente caso, el reclamante fundamenta su pretensión indemnizatoria en el, a su juicio, anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, a la que responsabiliza de un retraso en el diagnóstico que le ha supuesto una pérdida de oportunidades terapéuticas. Los hechos se habrían producido durante la asistencia sanitaria que le fue prestada en el centro de salud al que acudió en la madrugada del día 9 de febrero de 2008, en concreto a las 4 horas, y en el que el diagnóstico realizado y posterior tratamiento dispensado no evitó que transcurridas apenas unas horas -a las 14 horas de ese mismo día- se viera obligado a acudir al Hospital “X” donde le fue diagnosticada una dolencia coronaria de la que, a la postre, se derivan unas limitaciones orgánicas y funcionales que han determinado la declaración, por

parte de los órganos competentes, de su situación de invalidez permanente en el grado de absoluta para todo tipo de trabajo.

Obviamente, el reclamante no imputa la dolencia que padece al funcionamiento del servicio público sanitario, sino su avance y evolución entre el primer diagnóstico en el centro de salud, a las 4 horas del día 9 de febrero de 2008, y el momento en que, según él, fue correctamente detectada en el hospital al que acudió, a las 14 horas de ese mismo día. Circunscribe, pues, el daño reclamado a una pérdida de posibilidad terapéutica, que habría influido durante el tiempo en el que manifiesta no haber recibido el tratamiento adecuado en el desarrollo de la enfermedad que padece. Es en este contexto en el que debe entenderse que en el presente supuesto podríamos estar en presencia de un daño, cuya evaluación económica, a efectos de una eventual indemnización, realizaremos si concurren el resto de los requisitos legalmente exigibles para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria del Principado de Asturias.

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 este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 eventualmente pueda sufrir el 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 concretos.

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 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.

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 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.

Aplicado lo expuesto al presente caso, este Consejo puede concluir que, según se desprende de las propias manifestaciones del interesado y se comprueba en la documentación incorporada al expediente, se ha producido el extravío de una prueba diagnóstica; sin embargo, en modo alguno se prueba que tal error administrativo haya ocasionado un daño a quien reclama. El interesado, de manera reiterada, ha pretendido utilizar un error administrativo -que no médico-, en concreto la pérdida del soporte documental del electrocardiograma que como él mismo reconoce le fue realizado en el centro de salud, para construir toda la argumentación que sustenta su pretensión. Como decimos, de esta lamentable pérdida del electrocardiograma se sirve el reclamante para sostener, de manera tan axiomática como interesada y desprovista de un mínimo soporte probatorio -por lo que en modo alguno este Consejo puede tenerlo como cierto-, que “deviene incuestionable que hubo un error de diagnóstico por parte de la facultativa del centro de salud (...) al no haber valorado acertadamente que quien suscribe, cuando se personó en dicho centro (...), tenía un infarto”. Esa misma argumentación utiliza también para descalificar, sin pericia médica alguna y en un intento vano de invertir con ello la carga de la prueba, los diferentes informes periciales obrantes en el expediente, los cuales coinciden en afirmar la adecuación para con la *lex artis* médica de la asistencia que le fue prestada al reclamante esa madrugada por la facultativa actuante. Esta indeterminación y carencia absoluta del esencial elemento probatorio resulta de por sí suficiente para concluir, de acuerdo con los principios plasmados en los aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori*, que en el presente caso no se ha acreditado la imprescindible relación de causalidad entre la asistencia recibida por el perjudicado en el centro de salud al que acudió inicialmente y el daño alegado, cuya existencia resulta inexcusable para un eventual reconocimiento de responsabilidad de la Administración.

A mayor abundamiento, los diferentes informes incorporados al expediente, únicos sobre los que este Consejo Consultivo puede formar su juicio en cuanto al respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada, y que, conocidos por el reclamante, no han sido objeto de cuestionamiento alguno por parte de este, aparte de su mera descalificación genérica, resultan coincidentes en concluir que la asistencia recibida por el interesado en el centro de salud al que acudió en nada le afectó en orden al agravamiento de su salud o pérdida de oportunidad terapéutica. Así, la autora del informe técnico de evaluación, que en una prueba de rigor y objetividad no duda en sugerir alternativas posibles a la asistencia que recibió el perjudicado inicialmente, se muestra rotunda al señalar que “aunque se hubiese actuado más precozmente el resultado no habría variado, dado que la obstrucción de los vasos ya existía”, añadiendo que “no hubo conducta imprudente y solo equivocación de enjuiciamiento, subsanado en horas y sin consecuencias”, para rematar coligiendo que “la actuación de los profesionales que intervinieron en el proceso asistencial del perjudicado fue acorde con la *lex artis* profesional”. De manera aún más clara, el informe suscrito por los especialistas en Medicina Interna que se ha incorporado al expediente determina que “independientemente de si el paciente tenía o no infarto agudo de miocardio cuando acudió al centro de salud la evolución hubiese sido la misma, aunque el diagnóstico se hubiese sospechado antes, ya que se aplicó el mismo tratamiento que se hubiese hecho horas antes y no han quedado secuelas del infarto (...). La fracción de eyección del 50% es normal y no significa una lesión cardíaca del 50%, como se indica en la reclamación”.

En consecuencia, este Consejo Consultivo entiende que los daños que alega derivan de la grave enfermedad que padeció, tratada adecuadamente por los diferentes servicios que le atendieron, y por ello no son imputables al funcionamiento del servicio público sanitario. La conclusión anterior 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 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.