

Expediente Núm. 269/2012
Dictamen Núm. 354/2012

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 29 de noviembre de 2012, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente acuerdo:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 15 de octubre de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 19 de enero de 2012, un letrado, en su propio nombre y derecho y en nombre y representación de la esposa, hijos, madre y demás hermanos del fallecido, presenta en las oficinas de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que entiende derivados de la incorrecta asistencia prestada a aquel por parte del servicio público sanitario, al que considera responsable de su muerte.

Relata que “en la tarde del día 15 de septiembre de 2011 (el perjudicado) acudió al Servicio de Urgencias” del Hospital, y que, “tras

permanecer más de cinco horas en el hospital, fue entrevistado por un facultativo que le recetó paracetamol y (...) dado de alta". Afirma que, según el informe de dicho Servicio, "el paciente presentaba dolor dorsal" y "dolor esternal por postura". Como "única prueba diagnóstica se realizó una radiografía de tórax que no reflejó nada", siendo dado de alta con el diagnóstico de "dolor dorsal probablemente de origen muscular". Expone que al día siguiente "acudió con la misma sintomatología al centro de Atención Primaria", donde tras realizársele un electrocardiograma "aparecen alteraciones de corazón, por lo que inmediatamente" se le administró "cafinitrina" y se decidió su traslado en ambulancia a la "Unidad de Coronarias" del hospital con la impresión diagnóstica de "angina de pecho".

Destaca que el día 15 de septiembre de 2011 en el "Servicio de Urgencias" del hospital "no se le hizo un electrocardiograma", prueba que habría permitido detectar "la dolencia cardiovascular que venía padeciendo (...), evitando con ello el fatal desenlace".

Refiere que al llegar al hospital se le practicó una "coronariografía" y una "angioplastia coronaria transluminal percutánea", y que tras la realización de esta última se detectó una "insuficiencia severa de la válvula mitral del corazón (IM severa)" que obligaba a una nueva intervención. El día 19 de ese mismo mes se sustituye la válvula mitral y después de múltiples complicaciones que surgieron el perjudicado "falleció en la UCI el día 25-10-2011".

Considera que "a causa del grave error de diagnóstico realizado en el Servicio de Urgencias" del Hospitalel día 15-9-2011, que se podría haber evitado con la mera realización de un sencillo electrocardiograma (...), se provocó que no se detectase a tiempo la dolencia cardiovascular que posteriormente ocasionó el infarto" y el fallecimiento del paciente.

Sobre la cuantificación de la reclamación, y en aplicación del "baremo aprobado por Resolución de 20 de enero de 2011 (...) de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones", estima que han de ser indemnizados en un importe de doscientos ocho mil seiscientos veintidós euros con cuarenta y cinco céntimos (208.622,45 €).

Interesa la tramitación por “el procedimiento abreviado”, y aporta copia de la siguiente documentación: a) Texto titulado “Síntomas infarto agudo miocardio”, que cita como fuente el “Texto Medicina Interna Farreras Rosman 15º edición”. b) Informe del Área de Urgencias del Hospital, de fecha 15 de septiembre de 2011. c) Hoja de interconsulta del Centro de Salud, de 16 de septiembre de 2011, en la que se especifica como motivo “angina de pecho?”. d) Parte del traslado en la Unidad de Soporte Vital Básico, activada a las 16:38 horas y con llegada a destino -hospital- a las 16:59 horas. En el apartado de observaciones se anota “el doctor nos comunica (que) hay que subir rápido (porque) está empezando a infartar”. e) Informe manuscrito, de fecha 21 de noviembre de 2011, del facultativo que le atendió en el centro de salud el 16 de septiembre de 2011. f) Informe electrocardiográfico practicado en el hospital el día 16 de septiembre 2011, a las 17:03 horas. f) Diversos informes médicos sobre la atención prestada hasta la fecha del fallecimiento. g) Informe de alta en la Unidad de Cuidados Intensivos por fallecimiento el día 25 de octubre de 2011. h) Certificado médico de defunción. i) Fotocopias del documento nacional de identidad, certificado de empadronamiento y Libro de Familia de la esposa e hijos del perjudicado. j) Certificado de defunción del Registro Civil de Oviedo.

2. Mediante escrito notificado al “representante de la familia” el día 10 de febrero de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios le comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del 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. A su vez, le requiere para que acredite la relación de parentesco de quienes se presentan como madre y hermanos del difunto, así como que ostenta la representación de todos ellos y la de la viuda y los hijos de aquel para interponer la reclamación.

3. El día 9 de febrero de 2012, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia

del Hospital una copia de la historia clínica del paciente y un informe "del Área del Corazón y del Servicio de Urgencias que le atendieron".

4. Con esa misma fecha, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del perjudicado.

Con posterioridad, el 28 de febrero de 2012, le traslada el informe emitido por el Servicio de Urgencias. En él el Coordinador de Calidad, con el visto bueno del Coordinador de Urgencias, señala que el perjudicado acude el día 15 de septiembre de 2011, a las 17:16 horas, y que el motivo es "dorsalgia que aumenta con los movimientos respiratorios". En la exploración refiere "desde los tres días previos un dolor en la región dorsal que aumenta con los movimientos y la respiración profunda. No se acompaña de ningún otro tipo de sintomatología, ni vegetativa ni respiratoria. También refiere dolor esternal que atribuye a su postura antiálgica". Tras un estudio radiográfico del tórax que resulta normal, "a las 18:15 horas se administran 50 mg de Dexketoprofeno por vía intramuscular./ A las 19:45 horas se re-evalúa al paciente, que se encuentra asintomático, moviliza las extremidades sin que se reproduzca la clínica, así como con los movimientos del tronco./ Se decide dar el alta al paciente a las 19:45 horas, tras la mejoría significativa".

Finalmente, el 7 de marzo de 2012 remite el informe suscrito por el Director del Área del Corazón. En él indica que cuando el enfermo acude el día 15 de septiembre de 2011 "refiriendo 'dolor dorsal, no irradiado y que aumenta con los movimientos respiratorios', se interpreta como dolor inespecífico y se trata con analgesia. Como bien se dice en el escrito de reclamación, hay muchos síndromes coronarios que cursan con dolores atípicos, o incluso sin dolor, y solo se reconocen a posteriori cuando se produce un infarto de miocardio (...). La dificultad de este caso es que el dolor referido por el enfermo era absolutamente diferente al dolor típico de los síndromes coronarios (...), por lo que no se incluyó en el protocolo" de dolor torácico y "no se solicitó la valoración por el cardiólogo de guardia./ Cuando al día siguiente vuelve, ya con un (electrocardiograma) con datos de lesión miocárdica (...), se realiza la

angioplastia primaria (...) ocurriendo una de las complicaciones más graves de un infarto, que es la insuficiencia mitral aguda por rotura de un músculo papilar". Con una evolución mala, ya que "se trata de procesos de alta mortalidad, y a pesar de utilizar los recursos técnicos más avanzados (...), el paciente fallece".

5. Los días 21 y 22 de febrero de 2012, y mediante comparecencia personal, confieren su representación al letrado actuante la viuda, los hijos, la madre y un hermano del perjudicado. El mismo día 22 de febrero, el letrado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias el Libro de Familia de los padres del fallecido y el certificado de nacimiento de sus hijos, como prueba de la legitimación de la madre y los hermanos del perjudicado, así como un poder general para pleitos otorgado por otro de los hermanos. Finalmente, el 2 de marzo de 2012, presenta en una oficina de correos la copia de un poder general para pleitos otorgado por una hermana del fallecido.

6. Con fecha 14 de marzo de 2012, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, después de relatar el proceso asistencial, afirma que "lo que ocurre en el miocardio se refleja en el electrocardiograma", pero los cambios "no aparecen inmediatamente, sino que siguen una secuencia en la que el primer hallazgo (la elevación del ST) puede tardar entre minutos y horas en aparecer. Por ello, el (electrocardiograma) puede ser normal en los primeros minutos e incluso horas después del infarto agudo de miocardio. Posteriormente aparecen los signos electrocardiográficos de infarto y las arritmias típicas del infarto inferior, que son las que suelen causar la muerte del paciente en esta primera fase/. El síntoma principal por el que se manifiesta ese infarto de miocardio es dolor torácico de tipo isquémico, es decir, dolor de carácter opresivo, retroesternal o precordial irradiado a hombro y brazo izquierdo y a cuello y mandíbula. Sin embargo, no siempre aparece este dolor característico, lo que dificulta en grado extremo el diagnóstico (...). El infarto agudo de miocardio tiene una elevada mortalidad que en España es del 30,8% en los primeros 28 días. Más de la

mitad de las muertes ocurren antes de que el enfermo llegue al hospital y un 2,5% ocurre en el Servicio de Urgencias hospitalario. Entre los enfermos ingresados en unidades coronarias la mortalidad es del 10%”.

Concluye que la Administración sanitaria “fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*”, y que por ello la reclamación “debe ser desestimada”.

7. Mediante escritos de 20 de marzo de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite una 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 4 de julio de 2012, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Cardiología y en Medicina Interna.

Sobre la atención prestada al perjudicado, se plantea el autor del informe tres cuestiones: “si el día 15-09-2011 cuando acudió a Urgencias tenía un dolor torácico típico de (cardiopatía isquémica) y si (...) estaba indicado hacerle” un electrocardiograma, “si en el caso de haberle hecho un (electrocardiograma) se habría detectado la enfermedad cardiovascular que padecía” y “si a esto se le puede definir o calificar como un error diagnóstico”.

Respecto a la primera, afirma que “la descripción del dolor que se hace en la historia clínica del paciente dista mucho de ser la de un dolor torácico típico sugerente de una cardiopatía isquémica; se trataba de un dolor de localización dorsal (espalda) que se modificaba con los cambios posturales y con los movimientos respiratorios; el mismo paciente atribuía las molestias externas a la postura forzada que adoptó ante dicho dolor”. Las “características del dolor” de la cardiopatía isquémica adoptadas internacionalmente que figuran en los textos de Cardiología “no coinciden en ninguno de sus puntos con el dolor descrito por el paciente y que recoge la historia clínica”.

En relación con la segunda, sostiene que “el hecho de que una prueba sea barata, accesible y sencilla de realizar” (como es el caso de un electrocardiograma) no significa que se le deba hacer a un paciente si no es necesario en el contexto de los síntomas que padece (...). En este caso no hay ningún argumento claro e incontrovertible de que un (electrocardiograma) iba a mostrar la enfermedad que padecía; a esa edad una proporción considerable de la población adulta occidental tiene placas de ateroma en las coronarias (que) en cualquier momento (...) pueden inestabilizarse y provocar un (infarto agudo de miocardio) (...). Pero eso no significa que un paciente no pueda tener, y de hecho tiene, molestias en el tronco provocadas por otras entidades diferentes a la (cardiopatía isquémica) y horas o días después sufrir un (síndrome coronario agudo)”, sin que eso implique que “los síntomas previos (sean) atribuibles a la enfermedad coronaria./ De hecho hasta un 15% de los pacientes que sufren un (infarto agudo de miocardio) pueden tener” un electrocardiograma “normal”.

En cuanto a la tercera cuestión, estima que “no se produjo un error diagnóstico, puesto que el paciente fue manejado de acuerdo con la sintomatología que presentaba”. Tampoco “se puede afirmar de manera incontrovertible que en el caso de hacerle un (electrocardiograma) este iba a ser anormal, como lo fue al día siguiente (...), con cambios propios de un SCACEST inferior; de hecho, las complicaciones mecánicas del (infarto agudo de miocardio), siempre con una mortalidad altísima, pueden aparecer a pesar de un diagnóstico y tratamiento correcto del mismo, como ocurrió en este caso”.

Concluye que “el dolor (...) cuando consultó en Urgencias (...) no tenía ninguna de las características típicas de una enfermedad cardiovascular (...). Tampoco había datos de patologías cardiovasculares” en el examen físico, y el síndrome coronario agudo “puede ocurrir en cualquier momento, sin que por eso se pueda ni se deba atribuir cualquier sintomatología o dolor previo a la presencia” del mismo, “ya que las causas de dolor son muchas y el dolor de la CI (angina) tiene unas características definidas y aceptadas”. Entiende que no existe “ninguna razón clara e incontrovertible para afirmar que la realización de un (electrocardiograma) el día 15-09-2011 habría puesto de manifiesto la enfermedad cardiovascular” y que “no se puede considerar que se produjo un

error diagnóstico; por lo demás, un (infarto agudo de miocardio) puede ocurrir en cualquier momento y las complicaciones mecánicas (...) pueden producirse a pesar de un tratamiento correcto, como el aplicado a este paciente”.

9. El día 30 de julio de 2012, el interesado presenta en una oficina de correos un escrito en el que solicita que se certifique el acto presunto, lo que lleva a cabo el Secretario General Técnico de la Consejería de Sanidad con fecha 13 de agosto de 2012.

10. Mediante escrito notificado al interesado el 29 de agosto de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

11. Con fecha 3 de septiembre de 2012 toma vista del expediente el reclamante, quien, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto, obtiene una copia parcial del mismo.

12. El día 15 de septiembre 2012, el interesado presenta en las oficinas de correos un escrito de alegaciones en el que analiza los “informes que aporta la Administración”, elaborados por el Servicio de Cardiología, por el de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios y por la asesoría privada a instancias de la compañía aseguradora, y señala que “todos coinciden en una omisión palmaria, cual es la información referida a la atención médica recibida en el ambulatorio de”. Sobre el último de ellos, estima que “realiza afirmaciones sorprendentes, a veces en franca contradicción con el rechazo de la responsabilidad médica (muy conveniente para quien le contrata)”, y como ejemplo cita que en el apartado relativo a “consideraciones médicas, tras referirse a las posibles causas del dolor torácico (...), nos dice que ‘tras tomar las constantes vitales se debe registrar un electrocardiograma (sic)... Dada la alta prevalencia de las enfermedades cardiovasculares hay que tener en cuenta los factores de riesgo cardiovasculares: tabaquismo, hipertensión arterial (...),

antecedentes familiares, la edad del paciente (más de 45 años en hombres)”. Añade que cuando analiza el caso del perjudicado “haciéndose tres preguntas (...) responde de forma contraria a la densa explicación previa que nos ha dado, en franco apoyo del interés de la entidad que le ha contratado”.

Manifiesta que el perjudicado acude a Urgencias “con dolor dorsal que aumenta con movimientos y al respirar profundo desde hace tres días, con dolor esternal (que él interpreta postural), tiene 52 años, padece sobrepeso, es fumador, tiene antecedentes familiares de cardiopatías (madre con angina de pecho diagnosticada ya hace décadas, padre que falleció en 2005” en el curso de una intervención coronaria y, “para completar el cuadro clínico (...), ‘extrasístoles estudiadas por cardio’ (otra dolencia cardíaca relativamente común que debería haber alertado al médico actuante)”, precisando que “no tiene antecedentes traumáticos que pudieran justificar el dolor. Con este cuadro clínico el médico que le atiende tras auscultarle añade ‘no dolor a la palpación en la región dorsal’ y, finalmente, sin realizar un electrocardiograma (...), emite el siguiente diagnóstico: ‘dolor dorsal probablemente de origen muscular’; diagnóstico para el que evidentemente no se precisa un profesional de la medicina, cualquier profano lo podría haber emitido”.

Reseña que al día siguiente acudió “al ambulatorio de (nótese que no va al Servicio de Urgencias donde el día anterior no le habían hecho caso alguno)” y el doctor que le atiende, “claramente más avezado”, refiere que tenía “aspecto de malestar general” y que, tras leer el informe del hospital “de la noche anterior, donde apareció con la misma clínica (...), le pautaron paracetamol y le dieron el alta”, sospechó “que se podía tratar de patología cardio-pulmonar”, por lo que le realizó un electrocardiograma.

Señala que sorprende, “por lo indolente, la mención que se hace en los dos primeros informes (...), a saber: ‘cuando al día siguiente vuelve, ‘ya con un (electrocardiograma)’ con datos de lesión miocárdica’ (...) ¿caso tienen que ir los pacientes al Servicio de Urgencias” del Hospital “con un diagnóstico previo (...)?, lo cierto es que de haber realizado un electrocardiograma el día anterior se habría salvado la vida de esta persona”. Finalmente, subraya que “la mala praxis es evidente, y en el presente supuesto además está acreditada por

la actuación del servicio médico de guardia del ambulatorio que (...) emitió un diagnóstico certero, pero tardío”.

13. Con fecha 1 de octubre de 2012, un Inspector Médico del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Expone que los “reclamantes basan su petición indemnizatoria en que en el Servicio de Urgencias” del Hospital “no se le hizo un electrocardiograma que, de haberse realizado el día 15-9-2011 (...), habría detectado la dolencia cardiovascular que venía padeciendo y evitado con ello el fatal desenlace”. Al respecto, sostiene que cuando “el enfermo acude al Servicio de Urgencias” del hospital “su clínica se interpretó como un dolor inespecífico y se trató con analgesia (...), cediendo (...). A las 19:45 horas se re-evaluó al paciente y se encontraba asintomático, movilizándolo las extremidades sin que se reprodujese la clínica (...). En el protocolo de ‘Dolor torácico’ del (Hospital) está establecido cuál debe ser la actuación en caso de dolor sugestivo de coronario; la dificultad en este caso es que el dolor referido por el enfermo era absolutamente diferente al dolor típico de los síndromes coronarios (...), por lo que no se incluyó en el protocolo antes referido y no se solicitó la valoración por el cardiólogo de guardia”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 15 de octubre de 2012, registrado de entrada el día 18 siguiente, 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 Sanidad, cuyo original adjunta.

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

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

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar 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 19 de enero de 2012, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del paciente- el día 25 de octubre de 2011, 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.- Es objeto de análisis una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de un paciente que los interesados -viuda, hijos, madre y hermanos- atribuyen a un error diagnóstico en la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias de un hospital público.

La muerte del familiar no ofrece duda alguna, y por ello hemos de presumir que los interesados han sufrido un daño moral como consecuencia de tal hecho. 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 y que resulta antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*. Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- 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 solicita.

Tanto en el escrito inicial como en sus alegaciones, los interesados dirigen su censura de modo exclusivo a la atención prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital el día 15 de septiembre de 2011; en concreto, sostienen que se omitió la realización de una prueba necesaria -un electrocardiograma- que, a su juicio, hubiera evitado lo que juzgan un error diagnóstico y la muerte de paciente. Para justificar tales afirmaciones acuden a la descripción de la asistencia prestada al día siguiente en el Centro de Salud, dado que "con la misma clínica" que había sido valorado unas horas antes otro facultativo, que juzgan más avezado, sospechó de una patología "cardio-pulmonar". Frente a ello, todos los informes que incorpora la Administración al expediente sostienen que el dolor que presentaba el paciente, junto con el resto de datos resultantes de la exploración realizada, no orientaban el diagnóstico hacia una dolencia cardíaca, sino hacia otros padecimientos, lo que quedó corroborado con el dato de que la administración de analgesia intramuscular surtió efectos, habiendo sido dado de alta una vez constatada la mejoría de los síntomas.

Pese al marcado carácter técnico de la cuestión a resolver, los interesados no aportan al procedimiento ningún informe pericial que avale sus conclusiones, por lo que este Consejo ha de alcanzar su juicio sobre la base de los informes técnicos a los que tiene acceso, aportados todos ellos por la Administración. A la vista de ellos, debemos concluir que los perjudicados no prueban la existencia del error diagnóstico en el que sustentan su reclamación. En efecto, pese a la evidencia de que a las pocas horas de ser dado de alta en Urgencias (habían transcurrido unas 20 horas entre el alta en dicho Servicio y la atención en el centro de salud) se le diagnosticó una angina de pecho y casi de modo inmediato un infarto agudo de miocardio, lo cierto es que los informes médicos no descartan la posibilidad de que se tratara de procesos diferentes, teniendo en cuenta las características del dolor que presentaba el paciente y la aparente mejoría que se constata con la analgesia intramuscular.

Los interesados, sin apoyo pericial alguno, vienen a sostener que en realidad era el mismo proceso, toda vez que “con idéntica clínica” en el centro de salud sí se alcanzó un diagnóstico certero, aunque tardío. Sin embargo, una lectura completa del informe elaborado por el facultativo del centro de salud permite, cuando menos, cuestionar que los síntomas del paciente fueran exactamente los mismos. Así, expone que cuando llegó el perjudicado “más pacientes” se encontraban “esperando para ser atendidos” y que, al observar que “estaba sentado con aspecto de malestar general”, le hizo “pasar al despacho”. Esa visible apariencia de gravedad en su estado, que habría supuesto una prelación en el orden de atención frente a otros pacientes, contrasta con la clasificación que el día anterior, a efectos de prioridad, se realiza en la unidad de clasificación de Urgencias, donde, según el “sistema Manchester”, se le otorga una prioridad “amarilla”. Acceder al referido sistema resulta sencillo para un ciudadano mediante cualquier documento divulgador, pudiendo comprobarse fácilmente que tal método de clasificación establece cinco niveles de gravedad según su posible demora en la atención: el rojo, que precisa una atención inmediata; el naranja, cuya atención puede demorarse hasta 10 minutos, y, por lo que aquí interesa, el amarillo, en cuyo caso la atención por el médico puede retrasarse hasta 60 minutos. Finalmente, se contemplan dos niveles más: el verde (2 horas) y el azul (4 horas).

A vista de ello, entiende este Consejo Consultivo que si el paciente había sido clasificado el día anterior con nivel amarillo es que no presentaba un “malestar general” tan intenso como el que al día siguiente fue apreciado en el centro de salud mientras se encontraba sentado en la sala de espera, junto con otros pacientes, y que aconsejó una atención inmediata. De haber sido así, es decir, si tal estado de gravedad evidente hubiera pasado desapercibido el día anterior, habríamos de concluir que también en la unidad de clasificación se cometió un error, lo que ni siquiera los interesados plantean.

Tampoco podemos considerar acreditado, como se afirma en el escrito de alegaciones, que cuando el paciente acude al centro de salud lo hace porque el día anterior “no le habían hecho caso alguno”. La descripción de la atención prestada, no a lo largo de “5 horas” -como también se indica-, sino en

aproximadamente 2:30 horas (llegada a las 17:16 y alta a las 19:45 horas, según el informe emitido por el Servicio de Urgencias, cuyos datos tampoco se discuten de contrario), permite considerar probado que se le realizó una exploración médica básica (frecuencia cardíaca, auscultación, saturación de oxígeno, temperatura corporal, etc.), se le practicaron dos radiografías de tórax y se le administró un analgésico, evaluando sus efectos transcurridos unos 90 minutos, momento en el que se habría apreciado una mejoría que justificaba el alta (en el informe se dice que en ese momento se encontraba “asintomático”, movilizándolo las extremidades “sin que se reproduzca la clínica”). Por tanto, el único dato incontrovertido es que en la atención dispensada en el Servicio de Urgencias no se consideró necesario realizar un electrocardiograma.

En definitiva, no existe prueba alguna del error diagnóstico que imputan a la Administración sanitaria (no haber alcanzado a diagnosticar una angina de pecho el día 15 de septiembre de 2011), y las argumentaciones y deducciones que sostienen, a la vista de los informes médicos que obran incorporados al expediente, no nos permiten concluir, con el necesario grado de certidumbre, la existencia del mismo.

Por otro lado, y aunque a efectos dialécticos advirtiéramos la existencia, desde un punto de vista material, de tal error diagnóstico, dado que -como hemos dejado expuesto- la *lex artis* no impone la obligación de alcanzar un diagnóstico certero, sino tan solo la de utilizar los medios adecuados en función de los concretos síntomas que el paciente presente, para que el error constatado *ex post* alcanzara a fundamentar una responsabilidad patrimonial habría de probarse que se falló precisamente en la elección de los procedimientos diagnósticos a los que la clínica del paciente orientaba. En este punto, los informes médicos resultan unánimes al señalar que el dolor que aquel manifestaba “era absolutamente diferente al dolor típico de los síndromes coronarios”; es decir, ha de acreditarse que se infringió la *lex artis ad hoc*, y ello no se prueba con la constatación posterior de un diagnóstico diferente. Por último, también debería acreditarse -y ello corresponde a la parte que sostiene la reclamación- la relación causal con el daño; o sea, que de no existir la alegada demora (de, aproximadamente, 20 horas) en alcanzar el diagnóstico

certero se habría impedido la muerte del paciente, lo que de modo reiterado sostienen en su reclamación los interesados sin prueba alguna.

Todo lo anterior nos lleva a concluir que no resulta acreditada una infracción de la *lex artis* en la atención sanitaria objeto de reclamación, ni, en último término, el nexo causal con el daño que se imputa como consecuencia del posible error diagnóstico.

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.