

Expediente Núm. 86/2013
Dictamen Núm. 111/2013

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 6 de junio de 2013, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 29 de abril de 2013, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que achacan al funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 30 de septiembre de 2011, un letrado, en nombre y representación de los interesados, presenta en el registro de un órgano administrativo de otra Comunidad Autónoma una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del

fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la asistencia sanitaria prestada en un centro público.

Refiere que “con fecha 4 de octubre de 2010” el perjudicado acude “acompañado de su esposa (...) al Servicio de Urgencias” del Hospital “aquejado de fuerte dolor, mareo, sudoración y malestar general que le impedía caminar (...). Entró en la sala cojeando” y “apoyado en su esposa”, que “insistió en que se le atendiera de inmediato, pues presentaba mucho dolor y sudoración fría. El personal de admisión, sin prestar ninguna atención a la situación del paciente, le indicó que esperara mientras tomaban los datos”. Viendo “la situación en que se estaba dejando a su esposo”, la mujer “increpó al personal que no le dejaran sentado, que se encontraba muy mal, que por favor le atendieran. A pesar de su insistencia se limitaron a atenderle desde una ventanilla preguntándole qué le pasaba: la esposa explicó que estaba muy mareado, con ganas de vomitar, con dolor muy fuerte en el costado”.

Expone que, “tras dar los datos del paciente, acompañados de un celador pasaron a un box donde fue ‘valorado’ por una mujer cuya formación se desconoce. Cuando (la esposa) intentó explicarle la gravedad, para el personal asistencial nada parecía tener importancia, incluso insistían que fuera el propio paciente quien explicara qué le pasaba cuando ni siquiera podía balbucear unas palabras./ Sin realizar una correcta anamnesis, ni exploración, se limitó a colocar una papeleta de color verde que catalogaba la gravedad del paciente para ser atendido”. Cuando la esposa “vio esto se puso muy nerviosa, insistiendo en que su esposo estaba muy mal, que cómo no se daban cuenta (de) que apenas podía respirar por el dolor de espalda y no podía hablar, que por favor le ayudaran, pero de nada servía su insistencia”, se limitaron a “decirle que esperara en la sala de espera que la informarían”, y “al cabo (de) una hora y media” le comunicaron que “había fallecido”.

Afirma que la viuda “solicitó un informe de la historia clínica de su esposo (...), y en concreto el informe de Urgencias de la asistencia sanitaria

prestada el día 4 de octubre. No obstante, en lugar de entregarle el referido informe se le ha enviado una nota de fecha 19 de octubre de 2010 en (la) que se limitaban a indicar que había sufrido un cuadro de parada cardiorrespiratoria”, y en la que no figura “la persona que le atendió, las pruebas diagnósticas ni la exploración que se le realizó./ En el informe de asistencia realizado a posteriori del fallecimiento se ha incluido que se le adjudica prioridad amarilla en lugar de una verde que fue la que se le colocó (...) en el box de Urgencias (...). Por otro lado, se desconoce el tiempo que (...) estuvo en el box (...) sin asistencia a pesar de la gravedad, por cuanto lo que se comunicó a su esposa es que se desplomó de la camilla y que, a pesar de los intentos de resucitación, ya nada se pudo hacer para salvar su vida”.

Considera que “desde su ingreso en Urgencias, a las 15:18, hasta que fue atendido, tras desplomarse en la sala de Urgencias, transcurrió un tiempo precioso (...). A pesar de que el paciente estaba dando signos sugestivos de gravedad, de estar sufriendo un infarto (...), de estar en un centro hospitalario con todos los medios a su alcance para dar una correcta asistencia, no se valoró la urgencia, existió un grave error inexcusable que privó al paciente de salvar su vida”.

Entiende que existió una “clara acción negligente”, pues “el personal asistencial hizo caso omiso a los signos que presentaba y a la solicitud (...) realizada por la esposa, retrasando una asistencia que debió ser inmediata, restando importancia al cuadro cuando era claro el malestar y empeoramiento del enfermo (...), dejando pasar el tiempo hasta que la situación se hizo irreversible”.

Manifiesta que en la asistencia sanitaria que se reputa deficiente existió “error diagnóstico”, por “no haber apreciado los signos y síntomas que presentaba el paciente, que indicaban la urgencia de la situación clínica”, y “retraso en el tratamiento”, lo que supuso -a su juicio- “una clara pérdida de oportunidad terapéutica” que con toda seguridad daría lugar a “un pronóstico

distinto". Añade que, "en una grave negligencia asistencial más, se pasó por alto el deber de información al paciente y/o familia. No se les dio participación alguna en la toma de decisiones, vulnerando el derecho a conocer y decidir el proceso asistencial". A la esposa se la "obligó a abandonar la sala" donde estaba el enfermo, de manera que se "privó" a este "de estar acompañado en una situación tan delicada. Ni se le escuchó, ni se le informó de las posibles consecuencias de demorar la asistencia, permitiéndoles conocer y decidir las alternativas terapéuticas".

Finalmente, solicita una indemnización de cuatrocientos mil euros (400.000 €) por los daños morales ocasionados al cónyuge, a los tres hijos menores de edad y a los padres del finado a causa del fallecimiento.

Al escrito se adjunta una copia de, entre otros, los siguientes documentos: a) Poder notarial para pleitos otorgado por la esposa del perjudicado, que actúa en nombre propio y en nombre y representación de sus tres hijos menores de edad, a favor de diversos procuradores y abogados, entre ellos, quien suscribe la reclamación. b) Libro de Familia. c) Escrito de la Coordinadora de Calidad, con el visto bueno del Coordinador de Urgencias, de 19 de octubre de 2010, en el que se indica, "en relación al informe solicitado del fallecimiento", que "el paciente acude a Urgencias el día 04-10-2010 con un cuadro de mareo y dorsalgia. Durante su estancia en Urgencias presenta un cuadro de parada cardiorrespiratoria, por lo que se traslada a la zona de críticos, donde se constata en la monitorización cardíaca una fibrilación ventricular fina. Se comienza con maniobras de resucitación, siendo en todo momento no efectivas, por lo que finalmente es exitus". d) Hoja de observaciones de enfermería, de fecha 4 de octubre de 2010, en la que constan "mareos y dolor de espalda" como "queja", y se consigna "amarillo" en el apartado de "prioridad". Asimismo, se refleja "Sat. O₂, 98; P. Ar., 111/60./ T. Manchester, 15:14". En la cabecera de la hoja figura, en anotación manuscrita, "PCR canalizadas vías (...), se procede a monitorización,

intubación y masaje cardíaco./ Tras 50 min. de RCP, exitus 16:35 h". e) Informe del Servicio de Urgencias, de 4 de octubre de 2010, en el que se indica como motivo de consulta "dolor de espalda + sudoración". Se precisa que el paciente es "traído x la familia tras presentar dolor de espalda, mareos y sudoración cuando iba a realizar ejercicio físico (...). Al poco tiempo de ingresar en Urgencias presenta parada cardiorrespiratoria, iniciándose maniobras de RCPA. En monitorización ECG se aprecia asistolia/FV fina, por lo que se aplican varias descargas (en total 15 de 200 J, bifásicos) sin resultado positivo, siendo exitus a las 16:35 h./ CI: IAM?./ CB: enf. coronaria?". e) Informe de autopsia, en el que consta el diagnóstico de "obstrucción completa de coronaria dcha. por material tromboembólico sobre aterosclerosis coronaria. Posible infarto posteroseptal sin tiempo para cambios morfológicos de certeza".

2. Mediante escrito de 18 de octubre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al representante de los perjudicados la fecha de entrada de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias -el 5 de octubre de 2011-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

En el mismo escrito le significa que "se observa en la reclamación que al realizar la cuantificación de los daños solicita también para los padres del perjudicado fallecido", advirtiéndole de que "en caso de persistir en esta petición deberá proceder a su identificación y acreditar su representación en el procedimiento".

3. El día 3 de noviembre de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente.

4. A continuación se incorpora al expediente el informe librado el día 17 de noviembre de 2011 por el Coordinador de Calidad, con el visto bueno del Coordinador de Urgencias. En él se señala que “a la llegada del paciente a la Unidad de Urgencias, a las 15:14 horas del día 04-10-2010, se realiza un breve interrogatorio estandarizado según el protocolo adoptado por esta Unidad (sistema Manchester), que como síntoma principal del paciente se ha registrado: mareos y dolor de espalda. Tras este triaje, y una vez tomadas sus constantes vitales, la prioridad asignada a este paciente es la de nivel amarillo y es destinado al Área de Atención Urgente Nº 1, en concreto al box 10./ Una vez ubicado el paciente, de manera súbita presenta pérdida de consciencia, que es identificada clínicamente como situación de parada cardiorrespiratoria (PCR). Se inician las maniobras de soporte vital, y (...) es trasladado al Área de Críticos de esta misma Unidad, donde se continúa la administración del soporte vital avanzado, consistente en masaje cardíaco, intubación orotraqueal, administración de drogas vasoactivas por vía intravenosa y desfibrilación (15 choques de 200 julios bifásicos)./ Las maniobras de soporte vital avanzado se prolongaron durante 50 minutos no obteniéndose resultado positivo, por lo que la reanimación se suspendió a las 16:35 horas”.

5. El día 27 de febrero de 2012, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él afirma que “el proceder del Servicio de Urgencias” del Hospital “fue correcto en todo momento (desde el triaje hasta las maniobras de resucitación), realizándose la atención al paciente conforme a los protocolos establecidos en el Servicio y de acuerdo con la sintomatología que presentaba”, por lo que entiende que la reclamación debe ser desestimada.

6. Con fecha 5 de julio de 2012, se recibe un informe del Responsable de Siniestros de Sanidad de la compañía aseguradora en el que se propone la desestimación de la reclamación por ejercicio extemporáneo de la acción, al considerar como fecha de presentación de la misma la de entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias, que tuvo lugar el 5 de octubre de 2011.

7. El día 4 de abril de 2012, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cinco especialistas en Medicina Interna. En él afirman que “el paciente presentó lo que se conoce como muerte súbita. Esta se define como la muerte no traumática, no esperada, que ocurre en una persona que previamente está clínicamente estable y muere en la primera hora después de la aparición de los síntomas./ Las causas de la muerte súbita son múltiples, especialmente cardíacas, entre las que hay que incluir la cardiopatía isquémica (que origina el 50% de las muertes súbitas) (...). Este enfermo presentaba en la autopsia una cardiopatía isquémica con estenosis de varias arterias coronarias y oclusión de una de ellas por un trombo./ La cardiopatía isquémica es una enfermedad en la que existe un déficit de oxígeno en el miocardio por una inadecuada perfusión, generalmente por aterosclerosis coronaria que disminuye su calibre y por tanto la perfusión del miocardio, sobre todo cuando este aumenta sus necesidades de oxígeno, como ocurre durante el ejercicio”.

Ponen de manifiesto que “lo que ocurre en el miocardio se refleja en el electrocardiograma. La zona sin irrigación corresponde a la onda de lesión que consiste en una elevación del segmento ST. La zona de necrosis se manifiesta por la aparición de una onda Q y la zona isquémica aparece en el electrocardiograma como una T invertida”, si bien “estos 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 ECG 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”.

En cuanto a los síntomas del infarto de miocardio, sostienen que el “principal” 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 que aumenta con el ejercicio y se alivia con reposo. En el infarto agudo de miocardio el dolor puede faltar (infarto silencioso), pero esto solo ocurre en enfermos diabéticos o que tienen algún problema neurológico que altera la percepción del dolor”.

Señalan que “el diagnóstico de infarto agudo de miocardio se hace por la presencia en el ECG de los hallazgos característicos y se confirma con la elevación de las enzimas marcadoras de necrosis miocárdica”, precisando que “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% (...) en el servicio de urgencias hospitalario”.

Indican que “la causa más frecuente de muerte súbita en el adulto es el infarto agudo de miocardio” y que, en el caso concreto, “esta frecuencia, unida (...) a la existencia de una ateromatosis muy severa, hizo que se atribuyese la muerte a cardiopatía isquémica que puede ocasionarla por infarto agudo de miocardio o arritmia grave”. Sobre la causa de la muerte, explican que “en el miocardio de este enfermo no existían lesiones de infarto agudo de miocardio, lo que obliga a dudar de la existencia del mismo, aunque un infarto muy reciente puede no verse en la autopsia. Un infarto agudo de miocardio puede ocasionar la muerte repentina por rotura cardíaca o por la aparición de una arritmia grave, fundamentalmente una fibrilación ventricular que no produce lesiones visibles, que fue la que probablemente ocasionó la parada cardíaca y el fallecimiento de este paciente, en el que la autopsia comprobó que no había

rotura cardíaca./ Cuando aparece fibrilación ventricular la mortalidad aumenta (un) 10% por cada minuto que transcurre sin conseguir que el enfermo vuelva a ritmo sinusal, y esta mortalidad es del 100% si transcurren 8 minutos. Por ello, las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica (masaje cardíaco y respiración boca a boca) deben iniciarse antes de que pasen cinco minutos y reanimación avanzada (desfibrilación, fármacos, etc.) antes de que hayan pasado 8 minutos”.

Subrayan que “este enfermo consultó por mareo y dolor de espalda. Es una forma de presentación atípica que no hace pensar en infarto agudo de miocardio. Por otro lado, el mareo con una tensión arterial normal descarta inicialmente que se trate de una situación que requiera atención inmediata”. No obstante, manifiestan que “fue inmediatamente atendido (...), ya que en la nota de clasificación se indica las 15:14 h y en la pegatina elaborada en admisión las 15:18 h. Esto quiere decir que el enfermo fue atendido y clasificado antes de que se imprimiesen las etiquetas de admisión, es decir muy rápidamente”.

Tras destacar que la parada cardiorrespiratoria se produjo estando el paciente “a la espera” de que lo atendieran, significan que “no aparece en la documentación el momento exacto en el que esto ocurrió, pero, por el tiempo de reanimación cardiopulmonar (50 minutos), la hora de la muerte (16:35 h) debió ocurrir a las 15:45 h; es decir, media hora después de llegar al hospital. En este tiempo es posible que se hubiese diagnosticado un infarto agudo de miocardio, pero si este era muy reciente (tanto que no era visible en la autopsia) es muy probable que (...) no produjese todavía alteraciones electrocardiográficas ni elevación de enzimas miocárdicas que tardan dos horas en elevarse. Por tanto, aunque la atención médica se hubiese realizado antes, la evolución no habría cambiado, ya que el infarto de miocardio (si es que lo tenía) no habría sido inicialmente diagnosticado y en caso de haberse alterado ya el electrocardiograma el paciente estaría a la espera de

tratamiento revascularizador, que no se hace antes de 30 minutos. La fibrilación ventricular es una arritmia que aparece repentinamente y no hay alteraciones previas en el electrocardiograma que indique que se va a producir. Por tanto, tampoco se podría haber hecho ningún tratamiento en este sentido. Cuando la fibrilación ventricular aparece se produce la parada cardiorrespiratoria y el único tratamiento es la desfibrilación, que es lo que se (le) hizo a este enfermo y (...) precozmente porque ya estaba en el box de Urgencias cuando ocurrió. Por estas razones creemos que no existió ninguna pérdida de oportunidad”.

Finalmente, concluyen que “la actuación médica seguida con este paciente es correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*”.

8. Notificada al representante de los perjudicados la apertura del trámite de audiencia, el día 25 de julio de 2012 este presenta un escrito de alegaciones en el que solicita que “se complete el expediente administrativo” con la “hoja de tratamientos médicos”, las “hojas de evolución y curso clínico” y el “informe de Urgencias”, e insta a que “se identifique a la persona (...) que realizó la evaluación del paciente, así como su capacitación y función concreta en el centro hospitalario”, con suspensión entretanto del “plazo para el trámite de audiencia, dándonos nuevo plazo para realizar las oportunas alegaciones”.

9. Con fecha 31 de julio de 2012, se recibe en el registro del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias un Decreto de la Secretaria Judicial de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias por el que se acuerda la admisión a trámite del recurso contencioso-administrativo presentado en nombre de los perjudicados contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

10. El día 12 de febrero de 2013, el representante de los perjudicados presenta en el registro de un órgano administrativo autonómico un escrito en el que reitera la petición -presentada el 25 de julio de 2012- de que se complete el expediente administrativo con la incorporación de documentación e informes clínicos y se identifique a la persona que realizó la clasificación del paciente a su llegada a Urgencias, concediendo seguidamente un nuevo plazo para formular alegaciones.

En el mismo escrito pone de manifiesto que, “por error, se ha considerado por parte de la entidad aseguradora que la fecha de reclamación fue el 5 de octubre de 2011” cuando “la verdadera fecha de presentación” de aquella es el “30 de septiembre de 2011”.

11. Formulada en sede judicial la petición de que se complete el expediente administrativo, mediante diligencia de ordenación de la Secretaría Judicial de 13 de febrero de 2013 se requiere a la Consejería de Sanidad para que proceda a incorporar la documentación interesada, suspendiendo entretanto el plazo para formular demanda.

12. Con fecha 25 de marzo de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al entender que “la atención dispensada (...) en el Servicio de Urgencias” del Hospital “ha sido correcta y conforme a la lex artis”. Razona que, puesto que el paciente “tenía la tensión arterial y la saturación de oxígeno normales (...), no era previsible que presentase poco después una fibrilación ventricular y una parada cardíaca”, que “aunque se hubiese atendido antes (...) la evolución hubiese sido la misma porque la fibrilación ventricular aparece repentinamente sin datos que la anuncien” y que “una atención más precoz tampoco hubiese permitido el diagnóstico del infarto de miocardio que probablemente presentaba”.

13. El día 12 de abril de 2013, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital remite a la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias una copia del informe del Servicio de Urgencias de 4 de octubre de 2010 y la comunicación del responsable del Área de Gestión Clínica de Urgencias del mismo hospital de 22 de marzo de 2013 en la que se identifica a una enfermera como responsable de la clasificación del paciente a su llegada a Urgencias.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de abril de 2013, registrado de entrada el día 6 del mes 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 la esposa y los hijos del fallecido activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. Puesto que los hijos son menores de edad, está facultada para actuar en su representación la madre, según lo dispuesto en el artículo 162 del Código Civil, pudiendo esta, a su vez, actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

La reclamación comprende también la indemnización de los daños irrogados a los padres del fallecido, a los que no se identifica nominalmente y respecto de los cuales no se aporta la necesaria acreditación formal del vínculo paterno-filial. Tampoco consta que el letrado que suscribe la reclamación -que afirma actuar únicamente en representación de la esposa e hijos del finado- haya presentado el poder que le habilitaría para reclamar también en nombre de los progenitores, pese a haber sido requerido en este sentido por parte del Servicio instructor.

En cuanto a la acreditación de la legitimación y la representación, este Consejo se ha venido pronunciando de manera constante sobre su carácter esencial, de modo que, en ausencia de prueba sobre estas circunstancias, la Administración no puede presumirlas y está obligada a exigir -y los particulares a efectuar- su acreditación, todo ello de conformidad con lo establecido en los artículos 71.1 y 32.4 de la LRJPAC. La falta de atención de tal requerimiento de subsanación produce como efecto, de conformidad con lo señalado en el artículo 71.1 de la LRJPAC, que se tendrá por desistido al interesado de su solicitud inicial previa resolución dictada en legal forma. Ahora bien, según determina el mismo precepto, para poder declarar el desistimiento del reclamante la Administración ha de advertirle de aquella consecuencia para el

caso de desatención. En el supuesto que analizamos la intimación de subsanación no solo no incluyó la advertencia de desistimiento, sino que, además, la Administración continuó con la tramitación del procedimiento pese a no existir constancia de la subsanación de aquellos defectos. Considerando lo anterior, si finalmente 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 previamente se verifiquen tanto la representación de los padres -mediante la aportación del correspondiente poder- como su legitimación -con los documentos que acrediten el vínculo paterno-filial-, concediendo al representante un plazo para subsanar tal defecto, con la advertencia de que si así no lo hiciera se le tendrá por desistido de su petición respecto de los progenitores previa resolución dictada en legal forma.

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 30 de septiembre de 2011, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento paciente- el día 4 de octubre de 2010, 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.

Ahora bien, 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.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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.- Los interesados pretenden ser indemnizados como consecuencia de la muerte de un familiar que imputan al anormal funcionamiento del servicio público sanitario.

A la vista de la documentación incorporada al expediente, no existe duda respecto al fallecimiento alegado, por lo que cabe presumir que los reclamantes, por su cercano parentesco, han sufrido un daño moral, sin perjuicio de una valoración económica más precisa que realizaremos en el caso de que concurren los requisitos para declarar la responsabilidad pretendida.

Ahora bien, la mera constatación 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 los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

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 los hechos en los que funda su pretensión, así como de probar 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.

Los interesados consideran que en el óbito por el que reclaman tuvo una influencia determinante la asistencia sanitaria que se prestó al paciente en el Servicio de Urgencias del hospital, que reputan tardía. Señalan que, pese a que aquel “estaba dando signos sugestivos de gravedad, de estar sufriendo un infarto (...), no se valoró la urgencia” y se le diagnosticó erróneamente, “retrasando una asistencia que debió ser inmediata”, y que con ello se produjo una “clara pérdida de oportunidad terapéutica que supuso con toda seguridad un pronóstico distinto”. Asimismo, reprochan al servicio público que “se pasó por alto el deber de información” a la familia.

Sin embargo, no han aportado prueba alguna de la existencia de error diagnóstico, de la demora asistencial y pérdida de oportunidad terapéutica que aducen ni de la supuesta infracción del deber de información al que extienden su reproche, por lo que este Consejo Consultivo ha de formar su juicio al respecto de la posible existencia del nexo causal referido con base en la documentación que obra incorporada al expediente, que no fue discutida por la parte reclamante en el trámite de audiencia.

Quien suscribe la reclamación refiere que cuando el paciente llegó al Servicio de Urgencias del hospital sentía dolor, que primero identifica como un “dolor muy fuerte en el costado” y luego como “dolor de espalda”, y que presentaba “sudoración fría” y “ganas de vomitar”. En el mismo escrito de

reclamación precisa que “apenas podía respirar (...), no podía hablar” y caminaba con dificultad. Debe destacarse que tales signos clínicos no coinciden plenamente con los que figuran en los documentos que reflejan el resultado de la anamnesis y el resto de actuaciones realizadas en el curso de la atención sanitaria por la que se reclama, en los que se deja constancia de que, a su ingreso en Urgencias, el paciente se quejaba de dolor de espalda - más concretamente, dorsalgia, según se refleja en el informe de la Coordinadora de Calidad de 19 de octubre de 2010-, mareos y sudoración. Resulta extraordinariamente raro que presentase síntomas tan llamativos como disnea, imposibilidad de hablar, dificultad para andar y náuseas y que ninguno de ellos se consignase en la documentación clínica. Por ello, a falta de otras pruebas, ha de considerarse que los síntomas referidos al personal sanitario en el curso de la anamnesis fueron los que constan en la historia clínica, esto es, dorsalgia, mareos y sudoración.

Con estos signos clínicos, en el reconocimiento previo a su clasificación se constata que presenta una tensión arterial y una saturación de oxígeno que tanto los especialistas en Medicina Interna como el autor de la propuesta de resolución califican de “normales”, por lo que se le adjudica, según consta en la historia clínica y de acuerdo con el sistema Manchester, una prioridad amarilla en orden a su asistencia, lo que significa que debe ser atendido en el plazo máximo de una hora.

El presupuesto de los reproches de demora asistencial, error diagnóstico y pérdida de oportunidad terapéutica en que los reclamantes fundan su reclamación se construye a partir de la consideración, sustentada en la mera opinión de quien la emite, de que “el paciente estaba dando signos sugestivos de gravedad, de estar sufriendo un infarto”, y que, a pesar de ello, “no se valoró la urgencia”, con lo que se retrasó una asistencia que “debió ser inmediata”.

Los informes técnicos obrantes en el expediente niegan que los síntomas clínicos que presentaba el paciente fueran típicos del infarto y que mereciesen una atención instantánea. En este sentido, los especialistas en Medicina Interna destacan que aquellos constituyen “una forma de presentación atípica que no hace pensar en infarto agudo de miocardio”, pues el dolor con el que se manifiesta esta patología es “torácico de tipo isquémico, es decir (...), opresivo, retroesternal o precordial irradiado a hombro y brazo izquierdo y a cuello y mandíbula”. Subrayan, asimismo, que “las características del dolor y el hecho de tener una tensión arterial y saturación de oxígeno normales no hacían suponer que (...) presentase poco después una parada cardiorrespiratoria”, y que, por otra parte, “el mareo con una tensión arterial normal descarta inicialmente que se trate de una situación que requiera atención inmediata”. Pese a ello, destacan que el paciente “fue atendido y clasificado antes de que se imprimiesen las etiquetas de admisión, es decir muy rápidamente”.

En cualquier caso, debido a la rapidez con que sobrevino la parada cardíaca -que, a su juicio, tuvo que producirse aproximadamente media hora después del ingreso en Urgencias-, concluyen que aunque la atención sanitaria hubiese sido más precoz es probable que no se hubiera podido llegar a un diagnóstico de certeza respecto al infarto de miocardio, pues incluso el informe de autopsia lo refleja como una mera posibilidad. Según explican, tanto la alteración electrocardiográfica como la elevación de enzimas marcadoras de necrosis miocárdica que evidencian el infarto junto con el dolor típico no se manifiestan inmediatamente, sino que tardan en presentarse “entre minutos y horas” la primera y aproximadamente “dos horas” la segunda.

A mayor abundamiento, afirman que, aun en el caso de haberse diagnosticado aquella dolencia -si es que el paciente la tenía-, el tratamiento revascularizador que precisaba no podría haberse aplicado antes de treinta minutos. Los datos estadísticos de mortalidad por infarto agudo de miocardio

que se reflejan en el citado informe, en el que se destaca que “más de la mitad de las muertes ocurren antes de que el enfermo llegue al hospital” y que “un 2,5% ocurre en el servicio de urgencias hospitalario”, muestran que, por desgracia, no siempre la atención precoz puede evitar el fallecimiento.

La misma conclusión se alcanza si nos colocamos en la hipótesis de que la parada cardiorrespiratoria no se haya producido a causa de un infarto, sino debido a la presentación de una arritmia potencialmente mortal, la fibrilación ventricular, de la que existe rastro en el informe del Servicio de Urgencias. En tal caso, ni la arritmia podría haberse anticipado o previsto en modo alguno, según coinciden en destacar tanto los especialistas en Medicina Interna como el autor de la propuesta de resolución, ni el tratamiento podría haber sido otro que el de reanimación cardiopulmonar avanzada que, en definitiva, fue el que se le aplicó. Por ello, concluyen los especialistas que “no existió ninguna pérdida de oportunidad”.

Tampoco se aprecia infracción alguna del deber de información clínica. Puesto que -según se acaba de razonar- ni siquiera existían diferentes opciones en cuanto al tratamiento del paciente, no cabe la posibilidad de que la familia participase, como pretende, en la toma de decisiones.

En suma, resulta de los documentos obrantes en el expediente que el paciente presentaba una cardiopatía isquémica no diagnosticada, evidenciada *post mortem* en forma de obstrucción completa de la arteria coronaria derecha, que debutó mediante los síntomas por los que consultó en el Servicio de Urgencias. Esta dolencia, que origina el 50% de las muertes súbitas, desencadenó también en este caso el fallecimiento de forma inexorable, aun en presencia de una asistencia sanitaria que todos los informes recabados durante la instrucción del procedimiento califican como ajustada *a la lex artis ad hoc*.

Por tanto, al no haber acreditado los interesados la pérdida de oportunidad terapéutica que reprochan al servicio público sanitario, ni la

existencia de nexo causal alguno entre el óbito por el que se reclama y el funcionamiento del aquel servicio, no cabe estimar la petición indemnizatoria, lo que nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía 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, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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.