

Expediente Núm. 121/2015  
Dictamen Núm. 140/2015

**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 ordinaria por procedimiento escrito del día 30 de julio de 2015, por unanimidad de todos sus miembros, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 1 de julio de 2015 -registrada de entrada el día 13 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 26 de septiembre de 2014, la viuda y dos hijos del perjudicado presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento del paciente que atribuyen a una infracción de la *lex artis* médica.

Señalan que el perjudicado acudió a su médico de Atención Primaria el día 4 de noviembre de 2013, anotándose en el informe correspondiente "paciente diagnosticado de cardiopatía isquémica, ver historia. En los últimos días presentó dolor precordial que cedió con cafinitrina, desde entonces disnea a mínimos esfuerzos". Según afirman, fue remitido al Hospital ....., haciéndose constar en el Servicio de Urgencias en la hoja de ingreso "paciente de 66 años. Acude remitido por su (médico de Atención Primaria) para descartar cardiopatía isquémica tras 2 episodios. La semana pasada de sensación de dolor torácico opresivo no irradiado".

Manifiestan que "en ningún momento fue ni monitorizado ni (...) objeto de valoración por (un) cardiólogo", aunque que se le sometió a un "electrocardiograma" que arrojó el resultado de "bloqueo completo de la rama izquierda del haz de Hiss", añadiendo que ello "enmascara todo lo que pudiera ocurrir a efectos de isquemia o de infarto de miocardio", lo que les lleva a sostener que la prueba "debió de ser correctamente" interpretada y que en realidad "ocultaría la patología de infarto que estaba sufriendo el paciente".

Reseñan que fue sometido a "analíticas", con el resultado de "enzimas levemente elevadas", y que repetida la prueba estas habían decrecido levemente. Consideran que las pruebas realizadas acreditarían que el paciente "se encontraba sufriendo un episodio isquémico grave que precisaba de tratamiento inmediato más allá" del pautado, consistente en "dieta sin sal y volver a Urgencias en caso de empeoramiento".

Afirman que el paciente "no fue, como procedía, valorado por Cardiología", que "no fue, como procedía, monitorizado", que "no fue, como procedía, sometido a un cateterismo que hubiera revelado el proceso isquémico que sufría", y que "no fue, como procedía, sometido a un test de esfuerzo (...) cuya exigencia venía acreditada por las troponinas elevadas que presentaba", ya que no lo habría superado y entonces habría sido ingresado.

Precisan que "volvió a su domicilio, siendo así que el episodio isquémico que sufría y que no fue atendido como indican los protocolos de actuación

desembocó en que la noche del 6 al 7 de noviembre de 2013 el paciente falleciese en su domicilio”.

Solicitan una indemnización cuyo importe total asciende a ciento cuarenta y siete mil ciento ochenta y seis euros con noventa y cinco céntimos (147.186,95 €) de los cuales, una vez aplicado el 10% en concepto de factor de corrección, corresponderían 126.160,25 € a la viuda y 10.513,35 € a cada una de los dos hijos que presentan la reclamación.

Junto con la reclamación acompañan copia, entre otra, de la siguiente documentación: a) Certificación literal de fallecimiento del perjudicado. b) Acta de declaración de herederos por notoriedad. c) Informe del Área de Urgencias del Hospital ....., de 4 de noviembre de 2013. d) Hoja de solicitud de “interconsulta” del Centro de Salud ....., de 4 de noviembre de 2013. e) Resultados de analítica, de 4 de noviembre de 2013. f) Registros electrocardiográficos de varias fechas. g) Informe de una prueba de “capacidad vital forzada” realizada el 16 de enero de 2013. h) Resultados de analítica e informe electrocardiográfico del Servicio de Urgencias del Hospital ....., de 4 de noviembre de 2013. i) “Cartilla de largo tratamiento” del perjudicado, del centro de salud, de 4 de noviembre de 2013. j) Informe de un especialista privado, de 1 de diciembre de 2008, que refiere una “cardiopatía coronaria tipo infarto de miocardio diafragmático” en el paciente, de 61 años de edad en ese momento. k) Hoja de episodios del centro de salud, que recoge la asistencia prestada los días 4 y 7 de noviembre de 2013.

**2.** La reclamación es remitida por la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias a la Consejería de Sanidad mediante un oficio registrado de salida en la Administración del Principado de Asturias el día 29 de septiembre de 2014 y de entrada en la misma Administración al día siguiente.

**3.** El día 3 de noviembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias -30

de septiembre de 2014-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos del silencio administrativo.

4. Durante la instrucción del procedimiento, se incorpora al expediente la historia clínica del paciente, un informe del Área de Gestión Clínica de Urgencias y tres protocolos -Guía clínica de manejo del dolor torácico en el Servicio de Urgencias, de junio de 2005; Procedimiento de la Unidad de Dolor Torácico, de 2010, y Borrador de la actualización del Protocolo de la Unidad de Dolor Torácico, de 2012), remitidos por el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV el 3 de noviembre de 2014, y un informe elaborado por el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón el 30 de diciembre de 2014.

El informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias detalla que el perjudicado "acudió al Servicio de Urgencias el lunes 4 de noviembre de 2013, a las 10:27 horas, derivado por su médico de Atención Primaria para valoración por `haber presentado en días previos episodios de dolor precordial que cedió con cafinitrina´; así mismo, refería `disnea de mínimos esfuerzos desde entonces´./ En la documentación (...) figura un informe de alta donde (...) se hace referencia a que los episodios de `sensación de dolor precordial´ habían tenido lugar la `semana pasada´ y no se hace referencia a clínica respiratoria./ Cabe interpretar que la clínica por la que es derivado el paciente la presentó, al menos, cuarenta y ocho horas antes de consultar. Además, el médico de Urgencias (...) se refiere a la situación clínica del paciente como `asintomático´. Por lo tanto, no estamos ante un cuadro clínico agudo".

Por lo que se refiere a las "enzimas cardíacas", señala que "la mínima elevación de las enzimas cardíacas (...) en la primera extracción y su disminución en la segunda no sugieren la existencia de un sufrimiento miocárdico agudo, ni siquiera reciente".

En cuanto a la "electrocardiografía", indica que "en el electrocardiograma realizado (...) no se objetivan cambios significativos con respecto a los previos.

Se identifica el bloqueo completo de rama izquierda ya descrito previamente, que contraindica la realización de una prueba de test de esfuerzo convencional”.

Concluye que “estamos ante un paciente con cardiopatía isquémica conocida que consulta por un cuadro clínico no agudo, sin movilización enzimática que sugiera sufrimiento miocárdico y sin cambios electrocardiográficos. No tendría sentido mantenerlo en observación 24 horas por el tiempo transcurrido desde la clínica descrita, y no es susceptible de realizarle una prueba de esfuerzo convencional (...). En este caso la valoración urgente de un cardiólogo no modificaría la estrategia a seguir”.

Por su parte, el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón reseña el resultado de las pruebas realizadas y destaca que “desde junio de 2011 el ecocardiograma se informa como función del ventrículo izquierdo severamente afecta”.

Afirma que “el motivo de ser remitido a Urgencias fue fundamentalmente disnea de mínimos esfuerzos” y precisa que “en la radiografía de tórax no se objetivaban signos de fallo cardíaco, por lo que no precisó medidas urgentes por este problema./ En cuanto a la actitud tomada por el Servicio de Urgencias (...), hay que tener en cuenta que el diagnóstico de infarto de miocardio se basa en la presencia de dolor coronario típico y bloqueo de rama izquierda de nueva aparición (énfasis en el original). El paciente, al menos desde mayo de 2008, presenta bloqueo de rama izquierda en el ECG y el trazado actual no presenta cambios respecto a este. Los niveles de troponina están en el límite superior de la normalidad y, además, en curva descendente. La elevación de troponinas es sinónimo de daño miocárdico, pero en absoluto de que este sea de origen isquémico. De hecho, un paciente con función de ventrículo izquierdo severamente afecta puede tener niveles elevados de troponina por la propia disfunción miocárdica./ En conclusión, creemos que el paciente recibió en el Servicio de Urgencias todas las medidas necesarias para su evaluación, no habiendo ningún dato que sugiera que debería haberse adoptado otra actitud”.

**5.** Con fecha 20 de enero de 2015, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que el perjudicado fue derivado el 4 de noviembre de 2013 por su médico de Atención Primaria al Servicio de Urgencias del Hospital ..... “por haber presentado 8 días antes dolor precordial que había cedido con cafinitrina y disnea de mínimos esfuerzos. La exploración física era normal y un ECG mostró extrasistolia multifocal y BRIHH ya existente. En el Servicio de Urgencias (...) se encontraba asintomático, la CPK fue normal y la troponina en el límite alto de la normalidad, en curva descendente a las 4 horas. La Rx de tórax mostró cardiomegalia sin signos de fallo cardíaco, y el ECG no mostró cambios respecto a previos. Fue alta con el mismo tratamiento e indicación de volver si empeoramiento (...). El fallecimiento (...) se produjo en su domicilio en la madrugada del 07-11-2013 sin que se haya acreditado que solicitara atención médica desde el alta hospitalaria (tres días antes) (...). La evidencia disponible no permite establecer una relación causal entre el daño (exitus) y la atención prestada (...). Las circunstancias en las que se produjo el fallecimiento (características de muerte súbita acontecida en su domicilio) y la cardiopatía estructural severa de base del paciente hacen que su fallecimiento pueda considerarse como impredecible, imprevisible e inevitable”.

Concluye que “la reclamación formulada no se considera pertinente y (...) propone desestimar la misma”.

**6.** Mediante escritos de 2 de febrero de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario 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.

**7.** Con fecha 6 de abril de 2015, a instancias de la compañía aseguradora del Principado de Asturias, emite informe un gabinete jurídico privado. A la vista de los informes médicos incorporados al expediente, considera que “la actuación del equipo médico” del Servicio de Salud del Principado de Asturias “se ha

adecuado a la *lex artis*, siguiendo los protocolos aplicables en el Servicio de Urgencias y actuando conforme a los síntomas que presentaba el paciente”. Añade que “no existe nexo de causalidad entre la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias y el fallecimiento del paciente, ya que no se ha podido determinar la causa del fallecimiento, siendo la (...) más probable la muerte súbita por las circunstancias en las que se produjo”.

**8.** Mediante escrito notificado a los perjudicados el 23 de abril de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

**9.** El día 7 de mayo de 2015 comparece en las dependencias administrativas un letrado que se identifica como representante de los interesados, a cuyo efecto aporta un poder para pleitos otorgado con la misma fecha.

**10.** Con fecha 12 de mayo de 2015, el representante de los perjudicados presenta un escrito de alegaciones en el que muestra su desacuerdo con la afirmación de que “la atención prestada al paciente fue acorde con los protocolos aplicables”. Sostiene que, conforme a las guías clínicas de aplicación, “el ingreso (...) se impone en todos aquellos pacientes que presenten dolor torácico” y afirma que no se le hicieron las pruebas que las propias guías disponen, reiterando que “ni siguiera fue visto por un cardiólogo”.

**11.** El día 8 de junio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio.

Frente a las alegaciones de los interesados, señala que el perjudicado “fue remitido por su médico de Atención Primaria al Servicio de Urgencias (...) por haber presentado 8 días antes dolor precordial que había cedido con cafinitrina y disnea de mínimos esfuerzos. La exploración física era normal y un

ECG mostró extrasistolia multifocal y BRIHH ya existente previamente. En el Servicio de Urgencias (...) se encontraba asintomático, la CPK fue normal y la troponina en el límite alto de la normalidad, en curva descendente a las 4 horas. La Rx de tórax mostró cardiomegalia sin signos de fallo cardíaco, y el ECG no mostró cambios respecto a previos. Fue dado de alta con el mismo tratamiento. Se utilizaron todas las medidas necesarias para su evaluación, no habiendo ningún dato que sugiera que debería haberse adoptado otra actitud. El fallecimiento del paciente se produjo en su domicilio en la madrugada del 07-11-2013, sin que se haya acreditado que solicitara atención médica desde el alta hospitalaria (tres días antes) hasta el desenlace fatal. La evidencia disponible no permite establecer una relación causal entre el daño (...) y la atención prestada en el Servicio de Urgencias (...). Las circunstancias en las que se produjo el fallecimiento (características de muerte súbita acontecida en su domicilio) y la cardiopatía estructural severa de base del paciente hacen que su fallecimiento pueda considerarse como impredecible, imprevisible e inevitable”.

**12.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de julio de 2015, 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.

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 26 de septiembre 2014, habiendo tenido lugar el hecho que la motiva -el fallecimiento del paciente- el día 7 de noviembre de 2013, 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, hemos de reparar en que el escrito de reclamación que se dirige al Servicio de Salud del Principado de Asturias (ente dotado de personalidad jurídica propia, distinta a la del Principado de Asturias, tal y como recoge el artículo 5 de la Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias) cuenta con un registro de entrada en la Administración del Principado de Asturias; a pesar de ello, este organismo lo traslada a la Administración del Principado de Asturias mediante un oficio de remisión que se registra, a su vez, de salida y de entrada en la misma Administración, lo que resulta contrario a toda lógica. La confusión señalada alcanza nuevas cotas cuando se observa que, aunque la reclamación presentada cuenta con una validación mecánica que acredita como fecha de entrada en la Administración del Principado de Asturias el 26 de septiembre de 2014, el escrito dirigido a los interesados en cumplimiento del trámite previsto en el artículo 42, apartado 4, de la LRJPAC identifica como tal el día 30 del mismo mes -que es la obrante en el oficio por el que el Servicio de Salud remite a dicha Administración la solicitud-.

Hemos manifestado en numerosos dictámenes que cuando una reclamación de responsabilidad patrimonial se presentaba en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias la fecha de presentación interrumpía la prescripción, pero no determinaba el inicio del plazo para resolver, que quedaba diferido al momento de entrada de la misma en la Administración del Principado de Asturias, en su calidad de órgano competente para la tramitación, según dispone la estructura orgánica vigente (artículo 16 del Decreto 13/2014, de 28 de enero, por el que se establece la Estructura

Orgánica Básica de la Consejería de Sanidad); disociación orgánica sobre la tramitación de este tipo de procedimientos que el gobierno de nueva configuración habrá de confirmar o modificar, en muy breve plazo, a través de los decretos de estructura orgánica de los que se dote.

Ahora bien, recientemente venimos advirtiendo que -al igual que ocurre en este caso- los escritos de reclamación que, suponemos, se han presentado en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias -lo que se deduce de la existencia de un oficio de traslado de los mismos- ya no cuentan con un sello o identificador de registro de entrada en el citado ente público, sino en la propia Administración del Principado de Asturias, lo que determina la imposibilidad de identificar correctamente la fecha de entrada de la solicitud en el registro del órgano competente para su tramitación. Además, introduce un grave factor de distorsión en la concepción del sistema de registro integrado, en el que parece haber desaparecido el registro documental propio del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Por ello, estimamos que la Administración del Principado de Asturias y el Servicio de Salud del Principado de Asturias deberían reconsiderar su sistema registral en esta materia a efectos de evitar las disfunciones apuntadas.

Por último, 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.-** Interesan los reclamantes el resarcimiento del daño moral derivado de la muerte de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a una actividad del servicio público sanitario prestada con infracción de la *lex artis ad hoc*. En concreto, sostienen que “no se adoptó ninguna medida que hubiera revelado que el paciente sufría un proceso isquémico que causó su fallecimiento con posterioridad”, dado que “no fue valorado por Cardiología”, y que “no fue monitorizado (...), ingresado (...), sometido a un cateterismo” ni tampoco “a un sencillo test de esfuerzo (...) cuya exigencia venía acreditada por las troponinas elevadas que presentaba”, precisando que si se hubiera hecho “no lo hubiera superado, hubiera debido ser ingresado y no se hubiera producido el fallecimiento”.

Por lo que se refiere a los síntomas que presentaba el paciente, sostienen que “llevaba varios días con dolor precordial que únicamente cedía con cafinitrina” y “disnea a mínimos esfuerzos”, y añaden que “llevaba una semana con dolor torácico opresivo”, presentando al ingreso “enzimas elevadas (...), compatibles con infarto agudo de miocardio”.

No existe controversia sobre la realidad del daño alegado, por lo que, acreditado el fallecimiento del paciente, cabe deducir que se ha producido un daño moral en la viuda e hijos que ahora reclaman.

No obstante, hemos de recordar, tal como viene reiterando este Consejo, que el servicio público sanitario debe 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, 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 que se obtengan los resultados concretos pretendidos. Por tanto, para apreciar que el daño alegado 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*.

Se atribuye a la Administración la prestación de una asistencia sanitaria con infracción de la *lex artis*, que habría consistido en no diagnosticar, y en consecuencia enviar de alta a su domicilio con un tratamiento de "dieta sin sal", a un paciente que -afirman- "había sufrido y/o estaba sufriendo un infarto de miocardio, o bien "sufría un proceso isquémico que causó su fallecimiento con posterioridad". Sin embargo, y pese a que incumbe a quienes reclaman la

prueba de sus imputaciones, los interesados no han desarrollado la menor actividad probatoria de este nexo causal, ni siquiera en el trámite de alegaciones, de modo que este Consejo Consultivo ha de formar su juicio al respecto de la posible existencia del nexo causal referido sobre la base de la documentación clínica y de los informes médicos que obran en el expediente.

En primer lugar, debemos señalar que los datos contenidos en la historia clínica obrante en el expediente contradicen el relato que efectúan los reclamantes en relación con los síntomas que mostraba el paciente. En efecto, consta en aquella que cuando es derivado a Urgencias por su médico de Atención Primaria -hoja de "interconsulta" que ellos mismos aportan- no presentaba "dolor precordial" ni "dolor torácico opresivo" de una semana de evolución. Al contrario, el citado facultativo afirma textualmente que "en los últimos días presentó dolor precordial que cedió con cafinitrina, desde entonces disnea a mínimos esfuerzos". En la exploración en Urgencias se anota que el paciente es derivado por su médico de Atención Primaria para valoración "tras 2 episodios la semana pasada de sensación (de) dolor torácico opresivo no irradiada a MSI", y que "está asintomático". Tampoco es cierto que se le diera el alta con el único tratamiento de una "dieta sin sal", como se afirma, puesto que en el informe de alta se indica mantener "el mismo" tratamiento que ya tenía pautado, que según la "cartilla largo tratamiento" que también acompañan los interesados incluía 13 compuestos farmacéuticos diferentes.

En definitiva, se trata de valorar si la asistencia prestada a un paciente con una "cardiopatía isquémica conocida" en el Servicio de Urgencias como consecuencia de dos episodios "la semana pasada de sensación (de) dolor torácico opresivo" se ajustó a los postulados de la *lex artis*. Al respecto, los únicos informes médicos aportados al procedimiento -emitidos por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias y por el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón- sostienen que la asistencia prestada fue correcta. Ambos coinciden al afirmar que las enzimas cardíacas (mínimamente elevadas en el primer análisis y en descenso a las 4 horas en el segundo) no "sugieren la existencia de un sufrimiento miocárdico agudo, ni siquiera reciente", y que la

alteración se justifica por la propia disfunción miocárdica conocida del paciente, con una "función del ventrículo izquierdo severamente afectada" -según señala el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón-. Ni el electrocardiograma ni la radiografía objetivaron la existencia de un "cuadro clínico agudo", por lo que el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias considera correcta la asistencia y descarta la posibilidad de realizar una prueba de esfuerzo, dado el bloqueo ya conocido de la rama izquierda y la inexistencia de datos que justificasen un ingreso para observación; decisiones asistenciales que el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón juzga correctas en su integridad.

Frente a tales pericias, como ya hemos señalado, el representante de los interesados sostiene en el trámite de alegaciones que en el Servicio de Urgencias no se respetaron los protocolos o guías clínicas aplicables, realizando una serie de consideraciones más propias de la ciencia médica que de la jurídica. Al respecto, venimos manifestando con reiteración que no nos corresponde valorar cuestiones propias de la ciencia médica, sino las pruebas que se hayan podido presentar en relación con tales afirmaciones. No resulta ocioso recordar que el artículo 6 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial dispone que la reclamación "irá acompañada de cuantas alegaciones, documentos e informaciones se estimen oportunos y de la proposición de prueba, concretando los medios de que pretenda valerse el reclamante". Sin embargo, los perjudicados no aportan a la Administración prueba alguna de las imputaciones que sostienen. En supuestos similares, este Consejo Consultivo viene señalando que esta falta de actividad probatoria pone de manifiesto una concepción del procedimiento administrativo que encauza la reclamación como un mero trámite que superar para acceder a la apertura de la vía contencioso-administrativa, y provoca que el órgano competente deba resolver sin llegar a conocer la totalidad de los datos técnicos que se cuestionan, lo que, inevitablemente, priva de eficacia a la actuación de la Administración pública. En este caso es indudable que las valoraciones de índole médico-asistencial sostenidas por un letrado, sin soporte pericial alguno, no pueden ser tenidas

por ciertas, y, en consecuencia, no permiten cuestionar el criterio científico que mantienen los dos especialistas de la Administración sanitaria que avalan con su firma los informes técnicos referidos.

Por ello, hemos de concluir que no se ha probado la existencia de un nexo causal entre la actividad asistencial desplegada por la Administración sanitaria y el daño por el que se reclama, por lo que la reclamación ha de ser desestimada.

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.