

Expediente Núm. 210/2015
Dictamen Núm. 3/2016

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 14 de enero de 2016, 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 13 de noviembre de 2015 -registrada de entrada el día 18 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 fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, como consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 13 de abril de 2015, una letrada, en nombre y representación de los interesados, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial en el registro de la Administración del Principado de Asturias por los daños y

perjuicios derivados del fallecimiento de su familiar como consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

Señala que el perjudicado acudió el día 4 de junio de 2014 al Centro de Salud, donde tras ser diagnosticado de "faringitis" se le pautó paracetamol y fue dado de baja de incapacidad temporal, añadiendo que el 8 de junio de 2014 en el mismo centro se le prescribió un enema.

Manifiesta que el 9 de junio acudió nuevamente a su médico de cabecera "porque se encontraba mal y para que le fuera extendido el parte de confirmación de su situación de incapacidad temporal, ocurriendo que (...) su médica le cambió la medicación que estaba tomando (...) y le extendió el parte de alta (...). Al día siguiente (...) el paciente acudió a su trabajo y, al seguir encontrándose mal, optó por propia iniciativa (por) acudir al Hospital `X`, donde fue atendido en Urgencias a las 8:38 horas e ingresado a las 15:56 horas de ese mismo día".

Transcribe, a continuación, un informe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital "X", de 13 de junio de 2014, en el que consta que el enfermo "ingresa en situación de fallo cardíaco (...). Mejoría progresiva con tratamiento diurético", siendo la impresión diagnóstica de infarto agudo de miocardio "inferoposterolateral evolucionado Killip II. Enfermedad coronaria severa y difusa de 3 vasos (pendiente de sesión médico quirúrgica)". Precisa que ese mismo día "la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital `Y` (...) decide proceder a intervención quirúrgica por parte del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital `Z`, aunque no llegó a ser realizada, ya que el día 17 de junio de 2014 el paciente sufrió una parada cardiorrespiratoria irreversible".

A la vista de ello, y apoyándose en el informe pericial elaborado el 5 de octubre de 2014 por un especialista en Medicina Legal y Forense, considera que "el daño producido es imputable al funcionamiento anormal de la Administración sanitaria, puesto que el fallecimiento se produce como

consecuencia (de una) omisión por parte de los servicios del Centro de Salud y del Hospital `X` de las mínimas medidas de prevención que hubiesen evitado la aparición de la causa que provocó el óbito (...). La relación de causalidad entre la omisión de las medidas de prevención en los Servicios de Atención Primaria, tal vez por no haberse utilizado los medios adecuados para la exploración de la función cardíaca en un paciente con claro riesgo cardiovascular por causa de sus antecedentes clínicos, conjuntamente con una actuación pasiva ya con el paciente hospitalizado, en cuanto a la realización de la intervención quirúrgica tras haberse llegado al conocimiento de la real situación clínica y de la gravedad que presentaba”.

Valora los daños sufridos en una cantidad total de ciento noventa y ocho mil cuatrocientos treinta y cinco euros con setenta y dos céntimos (198.435,72 €), tomando como referencia el baremo establecido durante el año 2014 para las víctimas de los accidentes de tráfico.

Acompaña, entre otros, copia de los siguientes documentos: a) Diversos informes relativos a la asistencia prestada al perjudicado. b) Informe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital “X”, de 13 de junio de 2104. c) Informe pericial elaborado por un especialista en Medicina Legal y Forense, de 5 de octubre de 2014. d) Libro de Familia.

2. Mediante oficio de 27 de abril de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias -17 de abril de 2015-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Asimismo, les indica que entre la documentación que se adjunta no figura la acreditativa de la representación de los reclamantes con la que se dice actuar, por lo que les concede un plazo de diez días para subsanar este defecto.

Atendiendo a dicho requerimiento, el 14 de mayo de 2015 presentan un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias al que se adjunta un poder general para pleitos otorgado por los reclamantes a favor de la letrada actuante el día 8 de mayo de 2015.

3. Con fecha 8 de junio de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria VIII una copia de la historia clínica del perjudicado relativa al proceso de referencia y un "informe de su médico de Atención Primaria y de los servicios (...) que le prestaron asistencia en el Hospital `X`".

Mediante oficio de 23 de junio de 2015, el Gerente del Área Sanitaria VIII remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica requerida y cuatro informes, dos del Centro de Salud y otros dos del Hospital "X".

Los informes del Centro de Salud aparecen firmados el día 19 de junio de 2015 por los dos facultativos que atendieron al paciente en las diferentes ocasiones en las que se personó en él a lo largo del episodio al que se contrae la presente reclamación.

La primera indica que el paciente había sido atendido en su consulta los días 4 de junio de 2014, por malestar general, eructos, cefalea, dolores generalizados, cansancio, tos seca y escalofríos; no fiebre, no clínica urinaria. Fumador de 1 paquete/día (...). T.^a, 36,4º C (...). Orofaringe anodino. No adenopatías. (...) Otoscopia normal. Se le pautó reposo relativo, Paracetamol 1 gr (...) y Sekisan jarabe. Di baja laboral y seguir evolución"; el 6 de junio de 2014 se observa "buena evolución clínica. Alta próxima"; el 9 de junio de 2014, por "persistencia de algo de mucosidad en pared posterior de la faringe (...). Orofaringe anodino pero con mucosidad. Se le pauta Ambroxol (...). Ver evolución. Se le da alta laboral con fecha del 9-6-14", y 11 de junio de 2014, en que "acude su suegro, aporta informe de que (...) está ingresado" por infarto

agudo de miocardio en el Hospital "X", por lo que "doy baja laboral desde ayer".

El segundo informa que fue atendido "el domingo, día 8 de junio de 2014, a las 11:30 h./ El motivo de su consulta fue un estreñimiento de tres días de evolución, según refirió el interesado./ Consecuentemente, se procedió a abrir episodio (...) en la historia electrónica (...) del paciente./ Tratamiento: oralmente se le recomendó la adopción de medidas higiénico-dietéticas adecuadas y, para el caso de que no resultasen efectivas, un laxante suave".

En cuanto a la asistencia prestada en el Hospital "X", el informe elaborado por una facultativa del Servicio de Cardiología el 18 de junio de 2015 recoge que se trata de un "paciente de 51 años, con los antecedentes personales descritos, que ingresa por síndrome coronario agudo sin elevación del ST, IAM sin onda q con insuficiencia cardíaca asociada. Buena evolución tras inicio de tratamiento diurético, con balance negativo de 7 litros, permaneciendo posteriormente asintomático desde el punto de vista cardiológico, estable hemodinámicamente, sin datos de insuficiencia cardíaca a la exploración física. Sin arritmias en la monitorización durante su estancia en UCI. Se realizó cateterismo con el resultado descrito y fue presentado en sesión médico-quirúrgica en el H. 'Y', aceptado para cirugía de revascularización coronaria. Tras estabilización clínica pasa a planta de Cardiología, pendiente de traslado (...) al Hospital 'Z' para dicha cirugía. Durante el ingreso presenta parada cardiorrespiratoria de tiempo indeterminado, objetivándose fibrilación ventricular fina en ocasiones, y en otras ritmo sin pulso (disociación electromecánica), realizándose RCP avanzada sin lograr la reanimación del paciente, que fallece".

El informe del Servicio de Medicina Intensiva se limita a ratificar, con fecha 16 de junio de 2015, el de alta en UCI de 13 de junio de 2014, que ya figura incorporado al expediente.

4. El día 15 de julio de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él afirma que “a la vista de la documentación obrante en el expediente no se puede afirmar en absoluto lo que la reclamante alega ni las afirmaciones del perito. De las anotaciones que constan en la historia clínica se desprende que en los días 4, 8 y 9 de junio de 2014, en los que acudió al centro de salud, en ningún momento (...) refirió ningún tipo de sintomatología que hiciera sospechar la existencia de una cardiopatía isquémica; sintomatología que sí refirió cuando acudió al Servicio de Urgencias” del Hospital “X” el 10 de junio de 2014. A esto hay que añadir que su médico de Atención Primaria “ya le había remitido dos meses antes al Servicio de Cardiología” del referido hospital “al observar `alteraciones del ECG´ (con normalidad en todos los estudios realizados). Es razonable pensar que si el (médico de Atención Primaria) hubiera sospechado la posibilidad de la existencia de un infarto agudo de miocardio, dados los antecedentes del paciente, lo hubiera remitido de forma urgente” al hospital.

Concluye que “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. El paciente fue tratado conforme a la sintomatología que refería y a los datos obtenidos en la exploración, sin que se pueda afirmar la existencia de un nexo causal entre la actuación” del médico de Atención Primaria y “el fallecimiento del paciente, por lo que considero que la reclamación debe ser desestimada”.

5. Mediante escritos de 20 de julio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas 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.

6. Con fecha 24 de septiembre de 2015, y a instancia de la compañía aseguradora, emite informe un especialista en Cardiología y Enfermedades Cardiovasculares. En él señala que se trata de un “paciente varón de 51 años,

fumador de una cajetilla diaria (20 cigarrillos), bebedor leve de fin de semana, no HTA. Diabetes Mellitus tipo I desde 1994 en tratamiento con insulina (...). Dislipemia mixta en tratamiento con estatinas (...). Cateterismo en 1995 con coronarias normales (no consta el motivo por el que se solicitó) (...). Valorado inicialmente por su médico de empresa (...), el 6-11-13 (...) se realiza ECG que es informado por alteraciones de la repolarización presencia de T negativa en las derivaciones laterales y aplanada en las derivaciones antero-laterales, por lo que se recomienda que acuda a su médico/cardiólogo a la mayor brevedad./ Acude al Centro de Salud a fecha 7-11-2013, donde se realiza informe (...) derivando al paciente a Cardiología; en dicho informe se escribe `refiere fatiga al subir cuestas, pero desde siempre. No dolor torácico. Ruego valoración. Queda la cita fijada para el viernes 21 de febrero de 2014". Valorado por Cardiología, "se describe disnea de grandes esfuerzos, actividad limitada por posible claudicación intermitente, se realizan pruebas complementarias como ECG que describe en ritmo sinusal a 70 latidos por minuto con pobre crecimiento de onda R en precordiales derechas y T negativa asimétrica/aplanada en cara lateral (...); el paciente está asintomático desde el punto de vista cardiovascular. Ecocardiograma transtorácico informado como FEVI conservada sin alteraciones de la contractilidad segmentaria, con alteración de la relajación del ventrículo izquierdo sin valvulopatías significativas. Se realiza ergometría convencional que es concluyente, realizando 8.2 METS, clínica y eléctricamente negativa. Se le indica que deje de fumar, siendo dado de alta por parte de Cardiología".

Manifiesta que "si bien es conocido que muchos de los síndromes coronarios agudos pueden comenzar con sintomatología previa que puede inducir a su diagnóstico precoz, esto en multitud de ocasiones no es así. Según la fisiopatología (...) los (infartos agudos de miocardio) se producen en su gran mayoría de manera súbita por rotura habitualmente de una placa de ateroma. Estas placas se denominan `placas inestables´ y no está claramente

relacionado su tamaño con la posibilidad de rotura de las mismas. Los mecanismos exactos de porqué una placa de ateroma se rompe y produce un (infarto agudo de miocardio) son desconocidos, y los avances científicos actuales van encaminados, entre otras cosas, (a) saber cuándo se podría producir un infarto de modo que pudiera preverse. Lo que sí es conocido es que existe más probabilidad de ruptura de placa de ateroma según ciertas condiciones que se pueden dar en los pacientes, estas se denominan `factores de riesgo´, como son la HTA mal controlada, el tabaquismo, la obesidad, la presencia de diabetes y la hipercolesterolemia. Para ello incluso existen tablas de riesgo publicadas por las sociedades cardiológicas de referencia mundial (...). El paciente tenía muchos de los factores de riesgo que informaban la posibilidad de tener un evento cardiovascular, como eran el tabaquismo, la diabetes y la dislipemia”.

Añade que “si bien es cierto que en la mayoría de los pacientes los infartos acompañan de sintomatología, no siempre es así, especialmente los enfermos diabéticos pueden no presentar sintomatología alguna respecto a dolor torácico, siendo muchas veces la presentación de curso atípico. Además este paciente fue diagnosticado de un (infarto agudo de miocardio) infero-lateral, que además no es infrecuente que no dé síntomas; a este tipo de (infarto) la comunidad científica los denomina `infartos silentes´. El (infarto) produjo, como en muchas ocasiones, una pérdida de fuerza del corazón, lo que conllevó a una insuficiencia cardíaca, la sobrecarga pulmonar secundaria a esa incapacidad del corazón de gestionar la sangre que le llegaba de los pulmones hizo que se produjera un aumento y extravasación de líquido en los pulmones (insuficiencia cardíaca) que se fue resolviendo con el uso de diuréticos, al parecer de manera satisfactoria de manera inicial”.

Destaca que “los síntomas descritos en los informes de Atención Primaria no corresponden a sintomatología típica de los síndromes coronarios agudos, de manera que el facultativo no sospechó la presencia de un (infarto) silente. Por

otro lado, hay que destacar que existe una discrepancia entre la documentación proporcionada en Atención Primaria y el informe de la UVI, donde se informa que `el paciente refiere en la última semana aumento de su disnea habitual hasta hacerse de reposo´ (...). De este dato, que sí podría haber alarmado de la presencia de una patología potencialmente grave, no consta información (al) respecto (en) los informes aportados por Atención Primaria, si bien este perito no puede saber con exactitud si el paciente comentó a su médico (...) esta sintomatología o no”.

Considera que el paciente sufrió un infarto agudo de miocardio infero-lateral “de tiempo previo no determinable, que pudo producirse de manera imprevisible posteriormente a las visitas a Atención Primaria, pero de más de 12 horas de evolución, que no presentó previamente sintomatología típica que pudiera guiar a un diagnóstico. Ante la presencia de un infarto evolucionado, que se entiende desde el punto de vista cardiológico aquel que tiene más de 12 horas de evolución, la terapia de reperfusión es controvertida, así como la indicación de la realización de cateterismo con intención terapéutica./ A pesar de ello se procedió a realizar un cateterismo diferido (...) el 12-06-14, donde se concluye la presencia de enfermedad de las tres arterias coronarias principales. Ante la presencia de un paciente diabético y este informe se actuó de manera absolutamente correcta (...), presentando el caso al `equipo cardiológico´ y decidiendo la opción de revascularización terapéutica más favorable, tal y como avalan todas las guías de referencia”.

Afirma que en el curso agudo o subagudo de un infarto “existe como complicación descrita e imprevisible la presencia de arritmias cardíacas fatales, como la fibrilación ventricular, que pueden conllevar a (la) muerte del paciente (...), como lamentablemente sucede según informe de exitus aportado. Estas arritmias disminuyen su incidencia con el tratamiento médico y sobre todo tras la revascularización coronaria, que no llegó a producirse en este paciente./ Por tanto, ante la ausencia conocida por parte de Atención Primaria (según

informes del centro de salud) de síntomas guía que sugirieran la presencia de un síndrome coronario agudo no puede establecerse con rotundidad (...) una sospecha precoz del mismo que hubiera podido conllevar una derivación precoz del paciente al circuito correspondiente y evitar precozmente el desarrollo del mismo y sus posteriores consecuencias”.

Concluye que “no hay datos clínicos que sugirieran el desarrollo de un infarto agudo de miocardio según la documentación aportada por Atención Primaria (...). No se puede establecer una relación médico-pericial suficiente entre la sintomatología previa del paciente informada en Atención Primaria y el desarrollo posterior del infarto agudo de miocardio (...). El infarto pudo producirse de manera aguda posteriormente a las visitas a Atención Primaria, siendo considerado un ‘infarto silente’ (...). La actuación respecto al infarto en el Hospital ‘X’ fue la correcta, tanto el diagnóstico como el tratamiento del mismo (...). El fallecimiento se produjo debido a una fibrilación ventricular secundaria al infarto producido en el paciente que fue tratada acorde a la *lex artis*, sin poder rescatar al paciente de la parada cardiorrespiratoria (...). No se aprecian datos que puedan entenderse como mala praxis médica”.

7. También a instancias de la entidad aseguradora, el día 26 de septiembre de 2015 emite informe un gabinete jurídico privado. En él se concluye que la actuación del equipo médico del Servicio de Salud del Principado de Asturias “se ha adecuado a la *lex artis*, que la sintomatología referida por el paciente y los datos de la exploración no mostraban signo del infarto agudo de miocardio que, a la postre, causó la muerte (...). Una vez que el infarto mostró signos (...) fue correctamente tratado, sin que fuese posible rescatar al paciente de la parada respiratoria”. Añade que tampoco existe la necesaria relación causal entre el fallecimiento del paciente y la actuación del servicio público de salud, por lo que procede desestimar la reclamación.

8. Mediante escrito notificado a los interesados el 7 de octubre 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.

El día 21 de octubre de 2015, presentan aquellos en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reafirman en los términos de su reclamación inicial.

9. Con fecha 4 de noviembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial e Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. El paciente fue tratado conforme a la sintomatología que refería y a los datos obtenidos de la exploración, sin que se pueda afirmar la existencia de un nexo causal entre la actuación del (médico de Atención Primaria) y el fallecimiento del paciente. El retraso alegado en intervenirle quirúrgicamente no tuvo ninguna influencia en el desenlace final, puesto que el paciente se encontraba en un centro hospitalario con capacidad para tratar cualquier complicación antes de la intervención quirúrgica”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 13 de noviembre 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 13 de abril de 2015, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del pariente de los reclamantes- el día 17 de junio de 2014, 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, advertimos de nuevo en la práctica administrativa, y en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015, 163/2015 y 196/2015, entre otros, y a las consideraciones allí realizadas nos remitimos.

Asimismo, 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.- Los reclamantes interesan una indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la asistencia que se le prestó por el servicio público sanitario.

Consta acreditado en el expediente el fallecimiento del pariente de los reclamantes, por lo que cabe presumir que han sufrido un daño moral, sin perjuicio de una valoración más precisa del soportado por cada uno de ellos que realizaremos en el caso de que concurran 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 poder 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 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 un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de

la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

A los expresados efectos, los interesados, sirviéndose del informe pericial elaborado a su instancia por un especialista en Medicina Legal y Forense, consideran que el fallecimiento de su familiar podría ser consecuencia de la “omisión por parte de los servicios del Centro de Salud y del Hospital ‘X’ de las mínimas medidas de prevención que hubiesen evitado la aparición de la causa que provocó el óbito (...). Tal vez por causa de no haberse utilizado los medios adecuados para la exploración de la función cardíaca en un paciente con claro riesgo cardiovascular por causa de sus antecedentes clínicos, conjuntamente con una actuación pasiva ya con el paciente hospitalizado, en cuanto a la realización de la intervención quirúrgica tras haberse llegado al conocimiento de la real situación clínica y de la gravedad que presentaba”.

Así las cosas, y en cuanto al reproche que los reclamantes dirigen al servicio público sanitario respecto a la asistencia prestada, se observa que el mismo aparece formulado en términos puramente hipotéticos y que adolece de una más que evidente falta de concreción. En este sentido, el informe pericial aportado se limita a conjeturar acerca de una posible omisión de los “medios adecuados para la exploración de la función cardíaca”, sin que se proceda en ningún momento a precisar cuáles serían esos medios.

Frente a este planteamiento de los reclamantes, nos encontramos con que los diferentes informes incorporados al expediente a instancia de la Administración sanitaria resultan coincidentes al concluir que la asistencia recibida por el perjudicado resultó en todo momento acorde con la *lex artis ad hoc*, tanto en el centro de salud al que acudió inicialmente como en el hospital en el que posteriormente fue ingresado.

En ellos, y partiendo de la asistencia prestada inicialmente en el centro de salud -que corrió a cargo de dos facultativos distintos, una de las cuales ya había remitido al paciente dos meses antes al Servicio de Cardiología al

observar alteraciones en un electrocardiograma-, se concluye que la sintomatología referida en Atención Primaria los días 4, 6, 8 y 9 de junio de 2014 por el perjudicado no respondía a la propia de un síndrome coronario. Según los informes correspondientes, cuando el día 10 de junio de 2014 el perjudicado acudió por iniciativa propia, y ante la falta de mejoría, al Servicio de Urgencias del hospital manifestó una sintomatología diferente y más precisa que la que expuso a los facultativos de Atención Primaria. Dicha sintomatología era sugestiva -ahora sí- de una posible lesión cardíaca que se vio confirmada tras la realización de las pruebas a las que fue sometido, pautándosele de manera inmediata el oportuno tratamiento. Tras observarse una buena evolución en los primeros días que habría de culminar con una revascularización coronaria, esta intervención para la que el paciente había sido aceptado nunca llegó a realizarse porque sufrió una parada cardiorrespiratoria de la que no pudo ser rescatado, a pesar de encontrarse ingresado en un centro hospitalario.

La forma en que se desarrollaron los hechos pone de relieve, tal y como destaca el perito de la compañía aseguradora de la Administración, que el fallecimiento del pariente de los reclamantes fue consecuencia, no de carencias u omisiones en la asistencia sanitaria que se le prestó por parte del servicio público sanitario, que fue constante y acorde en todo momento a la *lex artis ad hoc*, sino de lo que él mismo califica como "infarto silente", del que reseña, con cita de literatura científica, que "no es infrecuente que no dé síntomas".

De todo lo anterior tomaron conocimiento los reclamantes en el trámite de audiencia, sin que en las alegaciones presentadas contrapusieran argumento alguno de autoridad científica que cuestione las conclusiones alcanzadas en los diferentes informes incorporados al expediente a instancias de la Administración sanitaria frente a la que se reclama.

En estas condiciones no podemos afirmar que se haya producido una pérdida de oportunidad terapéutica, ni mucho menos imputar al servicio público

sanitario el resultado lesivo, por lo que la ausencia de concurrencia de nexo causal impide la estimación de la solicitud de indemnizatoria formulada.

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.