

Expediente Núm. 57/2018  
Dictamen Núm. 54/2018

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*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 22 de marzo de 2018, 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 28 de febrero de 2018 -registrada de entrada el día 7 del mes siguiente-, 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 madre y hermana que atribuyen al retraso diagnóstico de un infarto de miocardio.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 12 de abril de 2017, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito mediante el cual el hijo y las dos hermanas de una paciente formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su familiar el 17 de abril de 2016.

Exponen que había sido “derivada desde el Centro de Salud ..... (...), al que había acudido a las 11:30 horas de la mañana, siendo trasladada a las 16:02 en una unidad de soporte vital básico (no medicalizada) a las Urgencias del Hospital ..... por la sospecha de coronaria aguda. En el traslado la paciente sufrió una parada cardiorrespiratoria, llegando al citado hospital a las 16:14 horas en dicho estado (...). Se estableció como causa del fallecimiento un infarto agudo de miocardio”.

Tras describir el “cuadro clínico y tratamiento médico” de la paciente -mujer de 65 años, fumadora habitual y alérgica a la penicilina”, señalan que el día en el que se produjo su fallecimiento presentaba “HTA que controlaba con Atenolol (...). Dislipemia en forma de hipercolesterolemia tratada con Atorvastatina (...). Lumbalgias y cervicalgias tratadas con Diclofenaco (...). En el año 1973 fue operada de una tuberculosis tubárica y en el año 1975 de una tuberculosis de cuerpo ventral lumbar./ Hernia de hiato diagnosticada en el año 2005 (...). Dolores torácicos atípicos desde el año 2004 que fueron estudiados en el Servicio de Cardiología pero sin llegar a una conclusión definitiva. Estudios ergométricos (pruebas de esfuerzo en años 2004 y 2014) no concluyentes para fines diagnósticos. Se le prescribió un antiagregante plaquetario (...) de forma diaria”.

Indican que el día 17 de abril de 2016 su familiar “acudió a su centro de salud (...) por dolor en epigastrio (zona abdominal alta) que se acompañaba de dolor opresivo centrotorácico irradiado a ambos hemitorax de 48 horas de evolución./ Fue atendida” por la doctora que mencionan, que “procedió al registro de sus constantes vitales y en sus anotaciones informó de que tenía antecedentes de dolores torácicos y epigástricos previos, algunos de origen cardíaco. Se le practicaron dos electrocardiogramas en tiempos diferentes, uno a las 12:57 horas y otro a las 13:36 horas. Se informó que presentaba ondas T (-) en las derivaciones V1 a V5 y dudosa elevación del segmento ST en aVL. Dado que la paciente presentaba dolor en el momento de su realización se le administró un comprimido de nitroglicerina sublingual (cafinitrina) con mejoría del dolor retrosternal pero no del dolor epigástrico. Se repitió el

electrocardiograma (ECG-2) que no mostraba cambios. Finalmente, ante la falta de ECG previos para comparar se decidió su traslado en una unidad de soporte vital básico (no medicalizada) a las Urgencias (...) del Hospital ..... por la sospecha de coronariopatía aguda. El traslado se activó a las 15:42 horas y la llegada del equipo técnico de la ambulancia fue a las 15:53 horas. La salida del centro de salud fue a las 16:02 horas y su llegada al Hospital ..... a las 16:14 horas./ En el transcurso de esos 15 minutos de traslado (...) sufrió una parada cardiorrespiratoria sin que conste que en la ambulancia se realizaran medidas de soporte vital básico o avanzado. La paciente llegó al Hospital ..... en parada cardiorrespiratoria (...). Los facultativos de Urgencias iniciaron las maniobras de (...) (reanimación cardiopulmonar) y el aislamiento de la vía aérea. Presentaba una disociación electromecánica y se administraron drogas vasoactivas, pero tras 45 minutos de intentos de resucitación se constató la asistolia de ECG y se estableció el exitus de la enferma. En los análisis de sangre se descubrió una troponina en valores de 11,95 ng/ml. Se estableció como causa de la muerte un infarto agudo de miocardio”.

Los interesados manifiestan su sorpresa por “el retraso en el traslado al Hospital ..... desde el centro de salud (...), puesto que la fallecida llegó al citado centro (...) a las 11:30 horas de la mañana del día 17 de abril de 2016 y consta registrada la salida desde dicho centro de salud a las 16:02 horas. La llegada al Hospital ..... fue a las 16:14 horas”.

Además, sirviéndose del informe médico que acompañan elaborado a su instancia por un especialista en Neumología y Médico de Urgencias, reprochan la asistencia prestada a su familiar desde el punto de vista de los “protocolos actualmente en uso”. A tales efectos, y tras dejar constancia de “los antecedentes de riesgo cardiovascular claramente definidos” que presentaba la paciente cuando acudió a su centro de salud el día 17 de abril de 2016 -“tabaquismo activo (...), hipertensión arterial (...), hipercolesterolemia”-, a lo que añaden que “había tenido otros episodios de dolor torácico sospechosos de cardiopatía isquémica y que estaba medicada con antiagregantes plaquetarios y beta-bloqueantes orales”, sostienen que cuando “llegó al centro

de salud (...) refería unos síntomas considerados típicos de coronariopatía aguda; dolor torácico opresivo centrotorácico, dos vómitos en las últimas 48 horas, irradiación a ambos hemitórax. Asimismo la presencia en este contexto de un dolor epigástrico adquiriría un valor semiológico especial señalando la cara inferior del corazón como la posible zona de la lesión". Afirman que "el tipo de dolor torácico que presentaba era compatible o al menos altamente sospechoso de pertenecer al síndrome coronario agudo (dolor opresivo en zona centrotorácica y en los dos hemitórax, recidivante y de aparición en reposo). Además relató síntomas neurovegetativos asociados, como los vómitos, que son un elemento semiológico a incorporar siempre en la sospecha de la coronariopatía aguda. No obstante, aun en el supuesto de tratarse de un cuadro clínico atípico o poco claro esto no eximía al facultativo de seguir escrupulosamente el `protocolo o manejo general y extrahospitalario del paciente con un infarto agudo de miocardio´".

Reseñan que la facultativa que atendió a la paciente en el centro de salud "practicó de entrada un electrocardiograma en el momento en que la paciente sufría dolor torácico (ECG con dolor torácico). Sin embargo, tuvo serias dudas en relación con las alteraciones visibles en el registro del ECG. En concreto, comentó que había una dudosa elevación del segmento ST en aVL y ondas T negativas de las derivaciones V1 a V5. Como no disponía de registros comparativos no estableció el diagnóstico de sospecha de (...) (síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST)". Subrayan que "tras la revisión del ECG de la fallecida se puede inferir con claridad que presentaba elevaciones del segmento ST por encima de 1 mm sobre su eje de base, punto J, en varias derivaciones precordiales contiguas V4, V5, aVL, según los criterios del electrocardiograma que establece la definición universal del infarto agudo de miocardio". Añaden que "también tiene un valor diagnóstico la mejoría inmediata, en pocos minutos, de la angina de pecho cuando se administra nitroglicerina sublingual o endovenosa. La cafinitrina sublingual que recibió supuso una mejoría rápida de los síntomas de opresión torácica. Es cierto que no se logró la normalización del ECG de control, pero el alivio rápido del dolor

torácico opresivo con nitroglicerina debía tener forzosamente un valor diagnóstico de elevada sospecha de (síndrome coronario agudo con elevación del segmento T) como para activar una UVI móvil con medios de soporte vital avanzados”.

Consideran que “el error de la doctora (...) consistió en no identificar el problema desde el punto de vista sintomático y pretender establecer un diagnóstico firme de infarto agudo de miocardio a partir de los limitados medios de que dispone cualquier centro de salud. La paciente fue derivada a las Urgencias del Hospital ..... haciendo una lectura equivocada y negligente de la realidad del problema: había síntomas clínicos típicos y signos de electrocardiograma que invocaban un (síndrome coronario agudo con elevación del segmento T), había un historial médico con dolores torácicos atípicos considerados anginosos y había factores de riesgo mayores de sufrir eventos cardiovasculares. Era preciso iniciar un tratamiento básico inicial colocando una vía de acceso venosa, oxigenoterapia, analgesia adecuada, nitratos por vía endovenosa y antiagregación a dosis de 300 mg”.

Ponen de relieve, en relación con los medios dispuestos para trasladar a la paciente desde el centro de salud al Hospital ....., que “el siguiente punto era contactar con el (Centro Coordinador de Urgencias) para exponer la realidad del proceso clínico. El (Centro Coordinador de Urgencias) también tiene la tarea asignada de identificar el problema desde el punto de vista sintomático para establecer el nivel de prioridad y seleccionar el tipo de transporte sanitario, bien con soporte vital avanzado (con asistencia médica), bien con una unidad de soporte vital básica (con personal técnico). Desde el (Centro Coordinador de Urgencias)/SAMU se seleccionó una unidad de soporte vital básico para un caso de dolor torácico opresivo de más de 15 minutos de duración, localizado en zona centrotorácica y abdominal alta, que reunía al menos 3 puntos en la regla de la UDT-65 y que presentaba signos de vegetatismo asociados, como los dos vómitos. En definitiva, se concluye que hubo un defecto de organización que supuso una asistencia deficiente en la misma ambulancia frente a una complicación vital (muerte súbita) secundaria

a un infarto agudo de miocardio". Para los interesados esta deficiencia significó que "cuando sufrió la parada cardiorrespiratoria dentro de la ambulancia no se hicieron medidas de (reanimación cardiopulmonar) básicas o avanzadas. El resultado fue que la paciente ingresó en el Hospital ..... en asistolia (ya sin latido cardíaco) y sin respuesta a los esfuerzos de resucitación. Es clara la falta de diligencia porque el uso de un desfibrilador en el instante de la (parada cardiorrespiratoria) hubiera sido el mejor recurso terapéutico para revertir con éxito esa complicación mortal del (infarto agudo de miocardio). Una vez revertida la taquiarritmia había opciones de proceder a la revascularización de las arterias coronarias obstruidas y mantener a la paciente con vida".

Entienden que "concurren los cuatro elementos de la responsabilidad profesional sanitaria", ya que, en primer lugar, "se ha producido un incumplimiento de los protocolos científicos", entre otras cuestiones "por infravalorar un síntoma", a lo que añaden un "error de lectura del ECG", acompañado todo ello de una "falta de diligencia por no aplicar de forma inmediata el protocolo (de síndrome coronario agudo con elevación del segmento T)", rematado por una "falta de coordinación entre los diferentes servicios sociosanitarios" y agravado por la "deficiente actuación del personal técnico de la ambulancia". Concorre, en segundo lugar, "la producción de un daño, lesión o perjuicio", toda vez que las decisiones tomadas supusieron dejar a la paciente "abandonada a su suerte". En tercer lugar, existe una "relación causa-efecto entre la falta y el daño", pues -en opinión de los reclamantes- si los profesionales intervinientes hubiesen actuado de manera diligente y dispuesto los medios necesarios se "hubiera revertido la complicación sufrida mediante el uso de un desfibrilador". Por último, afirman que concurriría como elemento definidor de la responsabilidad profesional sanitaria que reclaman la nota de la "previsibilidad y evitabilidad del daño".

Aplicando la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación, solicitan ser indemnizados, en conjunto, en la

cantidad total de ciento doce mil cuatrocientos setenta y seis euros (112.476,00 €), de los cuales 76.676 € corresponderían al hijo de la fallecida, con el que convivía en el momento del óbito; 20.400 € a una de las hermanas, que igualmente convivía con la fallecida, y 15.400 € a la otra hermana.

Adjuntan la siguiente documentación: a) Certificado de defunción. b) Historia clínica de la paciente. c) Informe pericial. d) Certificado de empadronamiento. e) Vida laboral del hijo de la fallecida. f) Copia del Libro de Familia. g) Justificante acreditativo de la pensión de la fallecida.

**2.** Mediante escrito de 2 de mayo de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** Previo requerimiento formulado por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto, el día 15 de mayo de 2017 emite informe la Médica de Atención Primaria que prestó asistencia a la perjudicada en el centro de salud. En él señala que "la paciente fue atendida en el Centro de Salud ..... el día 17-04-2017 (*sic*), pasó por el sistema de triaje de enfermería, donde al preguntar por el motivo de consulta los síntomas que describió fueron digestivos, como dolor abdominal alto y epigastrio y algún vómito, pero no ese día, por lo que su triaje, según el programa de Primaria utilizado, aparecía en color verde./ Los médicos de guardia atendemos a los pacientes según nos aparece por orden de triaje y llegada del programa que tenemos en el centro de salud./ Dada la cantidad de pacientes que estaban acudiendo ese día al centro de salud y los síntomas que la paciente refirió en ese momento y según su código de triaje parece que efectivamente, aunque llegase a las 11:30 horas de la mañana, no fue llamada a consulta hasta las 13:00 horas. En mi consulta entró refiriendo síntomas desde dos días antes (el día que se le atendió era el tercer día de los síntomas) digestivos altos y epigastralgia, un

vómito el día anterior y otros dos días antes. Al estar explorándola y dirigir yo entonces la entrevista clínica y preguntar específicamente por otros síntomas fue entonces cuando sí me comentó que, aunque le molestaba más el dolor en epigastrio, sí tenía presión centrotorácica. Que no tenía nauseas ni vómitos ese día, no tenía disnea ni sudoración./ Tras la exploración procedí a realizar un ECG./ En el ECG aparecían ondas T negativas en V1 a V5 ya descritas en un informe de Cardiología de noviembre de 2015 y lo que parecía una dudosa elevación a ST en aVL./ Ante las dudas enseñé el ECG a otra compañera para ver si veía algo diferente (...), lo estuvo mirando y en ese momento su impresión fue la misma que la mía./ Se procede a canalizar una vía venosa y se le administra una CFN sl, como expongo en el volante de derivación hospitalaria que hice; la mejoría fue mínima o muy mínima, puesto que escribo primero mejoría mínima y en otra frase escribo `aunque no haya mejorado el dolor´. Se repite otro ECG en el que no se observaba ningún cambio./ Se llama al SAMU para solicitar ambulancia para derivar a la paciente a Urgencias hospitalarias, me informan que están todas ocupadas pero que nos enviarán una ambulancia en cuanto puedan. Mientras se espera la ambulancia estamos pendientes de la paciente y de su estado, se vuelve a llamar para pedir la ambulancia dada la tardanza en enviárnosla. Mientras se espera la ambulancia nos surge un domicilio urgente por el cual yo tengo que salir del centro de salud para ir a atender dicho domicilio; dada esta incidencia hablo con las demás compañeras de trabajo que estábamos ese día en el centro de salud para que estén pendientes de la paciente y de la ambulancia, dado que yo tengo que ausentarme a hacer el domicilio urgente./ Mientras estoy en el domicilio llega la ambulancia al centro de salud para realizar el traslado al hospital, no estando yo presente justo en ese momento por estar realizando la incidencia surgida pero sí estando presentes las compañeras de trabajo de ese día”.

**4.** Con fecha 13 de junio de 2017, y también a requerimiento del Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante, el Jefe de la Unidad SAMU Asturias, con base

en la documentación recogida de los archivos del Centro Coordinador de Urgencias, informa que "a las 13:54 horas del día 17 de abril de 2016 se recibe una llamada telefónica (...) desde el Centro de Salud (...) ....., solicitando una ambulancia para trasladar a (la fallecida), de 65 años de edad, por presentar `un dolor torácico que en principio, bueno, tengo el electro aquí, parece que los cambios que hay, no tenemos para comparar, solo lo que pone en un episodio, pero bueno, parece que pudiera haber esos cambios ya previamente y demás, pero bueno, como está con dolor torácico, ya lo ha tenido más veces y eso, la vamos a derivar a ..... (...). La teleoperadora del (Centro Coordinador de Urgencias) indica a la solicitante, `bueno, estamos hasta arriba, ¿podrá esperar un poco?´, a lo que esta responde `si, bueno, la tenemos aquí, no hay problema; lo único, le estamos dando ahora la cafinitrina, si cediese el dolor, lo mismo, y dado que estas alteraciones no tenemos muy claro si estaban realmente de antes o no avisaros, por si entonces fuera otro tipo de traslado´ (...). Seguidamente, la teleoperadora del (Centro Coordinador de Urgencias) informa a la solicitante de que "´alfa 5 está libre, la UVI móvil, o sea que si quieres (...´, a lo que esta responde que `claro, lo que pasa es que ahora, yo, me parece que no, porque bueno, ella tuvo un vómito hace dos días y ayer, se encuentra así un poco mal, pero realmente estaba dentro de lo que es, entonces, hombre, pues no me parece ahora mismo para llamar. Si hubiera algún cambio le repetiré el electro cuando se deshaga la cafinitrina, si veo que cambian las cosas, que a lo mejor vaya más a por, porque ya ha tenido más veces dolor torácico, si veo que cambia algo el electro o lo que sea os aviso´ (...). A las 15:08 horas del día 17 de abril de 2016 una médico del (Centro de Salud) ..... se pone en contacto telefónico con el (Centro Coordinador de Urgencias) indicando que, `hola, buenas tardes, tenemos pendiente una ambulancia para aquí, para el C. de salud (...) porque como ya pasó una hora, digo, por si acaso (...´. Una teleoperadora del (Centro Coordinador de Urgencias) confirma que sí, que para (la fallecida), e informa de que las ambulancias `están ocupadas, espero que la siguiente ya vaya para allá´, a lo que la médico responde `vale, muy bien´ (...). A las

15:39 horas del día 17 de abril de 2016 el (Centro Coordinador de Urgencias) activa la ambulancia de soporte vital básico (...) para realizar el traslado pendiente (...) desde el (Centro de Salud) ..... hasta el Hospital ..... (...). Sale del (Centro de Salud) ..... a las 16:02 horas y llega al H. .... a las 16:14 horas con la paciente en situación clínica de parada cardiorrespiratoria”.

**5.** Mediante escrito de 22 de junio de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite una copia de todo lo actuado a la correduría de seguros e interesa que se incorpore al expediente un informe pericial de la compañía aseguradora.

El día 19 de agosto de 2017 se emite informe por cuatro especialistas en Medicina Interna, y en él se concluye que “la paciente falleció como consecuencia de un infarto agudo de miocardio que ocasionó una parada cardiorrespiratoria con disociación electromecánica de la que no se recuperó con maniobras de reanimación cardiopulmonar (...). El diagnóstico de infarto agudo de miocardio es seguro porque tenía dolor retroesternal, alteraciones electrocardiográficas características de infarto agudo de miocardio y elevación de troponina I (...). La causa más probable de la parada cardiorrespiratoria fue una rotura cardíaca, que tiene una mortalidad cercana al 100 % y no existe ninguna medida que pueda evitar su aparición. La rotura cardíaca es la única causa que explica la disociación electromecánica (...). En esta enferma no se siguieron estos pasos recomendados ante un dolor de tipo isquémico posiblemente porque el dolor era indicativo de angina atípica (...). La enferma tenía una angina atípica, pero el electrocardiograma presentaba signos de infarto agudo de miocardio que indicaban la necesidad de administrar 300 mg de ácido acetil-salicílico y trasladarla al Servicio de Urgencias del hospital en UVI móvil (...). A pesar de que la actuación en el centro de salud no fue correcta, retrasando el diagnóstico de infarto agudo de miocardio en unas tres horas, creemos que ello no ha influido en la evolución de la paciente, ya que cuando consultó el dolor llevaba 48 horas de evolución y en el ECG existían ondas q, lo que indica que el infarto de miocardio llevaba más de 12 horas de

evolución y por tanto la revascularización no tendría prácticamente ningún beneficio (...). Si existiese una pérdida de oportunidad por no hacer más precozmente el diagnóstico de infarto agudo de miocardio (...) sería entre 0 % al 9 %, que es la tasa de supervivencia de la rotura cardíaca (...). El examen de la documentación indica que la parada cardiorrespiratoria ocurrió en el hospital, probablemente al pasar de la ambulancia a la sala de críticos”.

Con carácter complementario a este documento pericial, el 11 de diciembre de 2017 una licenciada en Medicina elabora, también a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, un informe en el que, tras dejar constancia de su conformidad con la valoración del daño realizada por los reclamantes en su escrito inicial, muestra su oposición a la concreta cuantía reclamada en la medida en que para el cálculo final no son tomados en cuenta “los factores de corrección de reducción (...) debidos a la concurrencia de la propia víctima en la producción del accidente o en la agravación de sus consecuencias, en este caso la patología padecida por la fallecida desencadenante del fallecimiento”. A la vista de la historia clínica obrante en el expediente, entiende que procede “aplicar un factor de corrección del 91 %, o incluso del 100 %, para la rotura cardíaca como causa de la parada cardiorrespiratoria, que es la causa más probable de la parada debido a la disociación electromecánica presentada en el ritmo de monitor a la llegada al hospital. Si consideramos la fibrilación ventricular como causa de la parada factor de corrección del 78 %. Ninguna de las dos causas de parada hubieran sido evitables en esta paciente, ya que son consecuencia de un (infarto agudo de miocardio) de larga evolución (al menos 12 horas, según refleja el ECG)”. En estas condiciones concluye que, “de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 35/2015 (...), se calcula una indemnización total (...) de 112.475 euros (...). Sobre esta indemnización se aplicará la teoría de la pérdida de oportunidad o la probabilidad de haber fallecido aunque la asistencia sanitaria hubiera sido diferente (...). Dado que la paciente presentaba un infarto agudo de miocardio de 12 horas de evolución (según muestra el ECG en el que aparece onda q en V2-V3), solo habría sido

subsidiaria de tratamiento médico, sin haber influido esto en el desenlace final de parada cardiorrespiratoria por probable rotura cardíaca versus arritmia maligna (...). Como es infarto de larga evolución (48 horas de síntomas, y seguro según el ECG por presencia de ondas q al menos 12 horas de evolución), no se habría hecho reperfusión sino tratamiento médico, y de haber reperfusión el resultado es prácticamente nulo a partir de las 6 horas, para las 12 horas menor del 20 % de posibilidad de curación (...). Hay estudios en los que se describe un 78 % de mortalidad en pacientes con (infarto agudo de miocardio) con elevación de ST con tratamiento médico (sería el caso de la paciente). Así que el factor de corrección estaría entre el 78 para la fibrilación y el 91-100 % para la rotura cardíaca (...). Considero que en este caso no ha existido pérdida de oportunidad, o a lo sumo una pérdida de oportunidad de entre un 9 y un 22 % (...). De considerar (...) que se debe indemnizar este sería el porcentaje de la indemnización que les correspondería a los familiares”.

**6.** Con fecha 22 de diciembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 3 de enero de 2018 comparece en las dependencias administrativas el hijo de la fallecida y se le hace entrega de un CD que contiene la documentación obrante en el expediente.

Transcurrido el plazo conferido al efecto, no consta en el expediente que se hayan formulado alegaciones.

**7.** El día 13 de febrero de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en la que, partiendo de las conclusiones a las que se llega en el informe de valoración del daño corporal elaborado el 11 de diciembre de 2017 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, conforme a las cuales se sitúa “la pérdida de oportunidad entre un 9 y un 22 %”, y tras razonar que

esta pérdida de oportunidad "equitativamente podría situarse en un 15 %", propone estimar parcialmente la reclamación formulada, reconociendo el derecho de los interesados a ser indemnizados en una cantidad total de 16.871,40 euros.

**8.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de febrero de 2018, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 12 de abril de 2017, habiendo tenido lugar el hecho por el que se reclama -el fallecimiento de su familiar- el día 17 de abril de 2016, 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 rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

**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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo 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 madre y hermana que atribuyen a una defectuosa asistencia que se le prestó por parte del servicio público sanitario.

Consta en el expediente el fallecimiento del familiar de los interesados, por lo que cabe presumir que estos han sufrido un daño moral.

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.

A los efectos ahora considerados, en la presente reclamación, en la que la propia Administración sanitaria formula propuesta de resolución parcialmente estimatoria, debemos partir del incontrovertible dato de que, tal y como concluyen los especialistas en Medicina Interna que el día 19 de agosto de 2017 elaboran un informe pericial a instancias de la compañía aseguradora, en el tiempo en el que la paciente permaneció en su centro de salud en torno al mediodía del 17 de abril de 2016 objetivó un infarto agudo de miocardio seguro que no fue adecuadamente diagnosticado hasta pasadas unas tres horas, tal y como reconocen dichos peritos en sus conclusiones.

A este dato se añade el reconocimiento que se hace en los dos documentos periciales incorporados al expediente por la compañía aseguradora de que este retraso diagnóstico ha podido suponer una pérdida de oportunidad terapéutica imputable al servicio público sanitario, si bien la misma presenta un alcance severamente limitado dada la gravedad de la patología en presencia.

En consecuencia, al resultar acreditada tanto la efectividad del daño alegado como su imputabilidad al servicio público sanitario en los términos expuestos, la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada ha de ser atendida.

**SÉPTIMA.-** Establecida la responsabilidad patrimonial del servicio público sanitario, hemos de pronunciarnos sobre la cuantía indemnizatoria.

En el caso que analizamos la propuesta de resolución y la reclamación de los interesados difieren sustancialmente en lo que al *quantum* de la indemnización se refiere.

Los perjudicados, sirviéndose de las tablas correspondientes a las indemnizaciones por causa de muerte que figuran en el anexo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación, pretenden que la Administración sanitaria del Principado de Asturias les resarza por el fallecimiento de su familiar como si hubiera sido el servicio público sanitario el responsable absoluto y único del mismo.

Por su parte la Administración, que comparte con los reclamantes el sistema propuesto por ellos a efectos del cálculo de la indemnización, propone una cantidad total que resulta ser sensiblemente inferior, y ello tras hacer suyas las conclusiones a las que se llega en el informe médico de valoración del daño corporal elaborado por una licenciada en Medicina a instancias de la compañía aseguradora, conforme a las cuales “la pérdida de oportunidad” vinculada al tardío diagnóstico del infarto agudo de miocardio de la paciente situaba sus posibilidades de supervivencia en una banda que va del 9 al 22 %, al tratarse de un infarto de más de 12 horas de evolución que condicionaba su tratamiento; razón por la cual establece finalmente de manera “equitativa” en un 15 % dichas posibilidades.

Planteada la cuestión en los términos expuestos, debemos recordar una vez más que en los supuestos, como acontece en el presente, en los que se aprecia una pérdida de oportunidad diagnóstica o terapéutica la jurisprudencia viene estableciendo que el daño indemnizable no es el de la lesión producida - el fallecimiento, en este caso-, respecto del cual no es posible saber a ciencia cierta si hubiera podido evitarse, sino que ha de ser propiamente la pérdida de la oportunidad de recibir el tratamiento médico adecuado, limitando con ello la posibilidad de evitar daños y secuelas o la de sobrevivir.

En el primero de los casos, si el daño pudo evitarse en un porcentaje estadísticamente conocido se indemnizará al paciente por haberle privado de la posibilidad de pertenecer al grupo de pacientes que no lo sufre.

En el segundo, en cambio, es obvio que no se indemniza al paciente, sino a los familiares cercanos, y por tanto el daño causado no es propiamente la pérdida de la oportunidad de sobrevivir, sino el daño moral que esos allegados han sufrido como consecuencia de saber que un diagnóstico precoz habría aumentado las posibilidades de supervivencia de aquel, aunque no pueda establecerse con precisión en qué medida. Por ello, podríamos presumir en estos casos la existencia de dos daños morales de diferente etiología: por un lado, el que se produce como consecuencia de la muerte del ser querido, que no sería indemnizable por la Administración por no existir prueba cierta del nexo causal, y, por otro, el que se origina en el entorno familiar al conocer que una actuación más acertada de la Administración sanitaria podría haber evitado ese resultado, formulado al menos como una probabilidad que las estadísticas sanitarias precisan en forma de porcentaje. Este es el daño moral que ha de indemnizarse en el asunto sometido a nuestra consideración, puesto que es el único sobre el que podemos establecer un nexo causal con la actuación del servicio público, y siempre que ese daño moral esté vinculado a un resultado dañoso cierto; es decir, no solo hipotético, sino efectivamente producido, como es el fallecimiento de la madre y hermana de los reclamantes.

Aplicado lo anterior al presente supuesto nos encontramos con que, a pesar de que los reclamantes pretenden ser indemnizados por la muerte de su familiar como si la misma fuera consecuencia única y exclusiva de una defectuosa asistencia sanitaria prestada a una persona sin ningún problema de salud, lo cierto es que, según razonan los especialistas en Medicina Interna que elaboran el primer informe pericial incorporado al expediente a instancias de la compañía aseguradora, cuando aquella acudió al centro de salud el día 17 de abril de 2016 "el dolor llevaba 48 de evolución y en el ECG existían

ondas q, lo que indica que el infarto de miocardio llevaba más de 12 de horas de evolución”.

En estas circunstancias las posibilidades de supervivencia de su familiar, medidas en términos de porcentaje de probabilidad recogida en las estadísticas sanitarias, habrían de situarse, a tenor de la perito de la compañía aseguradora, en un intervalo que va del 9 al 22 por ciento, según nos encontremos, respectivamente, en las hipótesis -no confirmada ninguna de ellas- de que la parada cardiorrespiratoria fuera consecuencia de una rotura cardíaca o de una fibrilación ventricular.

Dándose la circunstancia de que los interesados, que tomaron conocimiento de dichas consideraciones en el trámite de audiencia, no formularon alegación alguna frente a las mismas, este Consejo debe formar su juicio con base en la única valoración del daño que, de manera razonada, obra incorporada al expediente.

Así las cosas, y a la vista de la documentación existente en él, este Consejo, dado que la Administración no pudo determinar si la parada cardiorrespiratoria fue consecuencia de una rotura cardíaca o de una fibrilación ventricular, este Consejo considera que no existen motivos para acordar una valoración “equitativa” que, en realidad, descarta una de las hipótesis que los propios servicios técnicos no excluyen, la que presume que la parada cardiorrespiratoria fue debida a una fibrilación ventricular. En este caso, según la pericial incorporada por la aseguradora de la Administración, el porcentaje de supervivencia alcanzaría el 22 % de los supuestos. Por tanto, consideramos que debe indemnizarse el daño moral de los familiares en ese mismo porcentaje, aplicado sobre el importe recogido en las tablas correspondientes a las indemnizaciones por causa de muerte que figuran en el anexo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación, lo que supone en el presente caso el reconocimiento del derecho de los interesados a ser indemnizados en una cantidad conjunta total de 24.744,72 euros, desglosados del siguiente modo: a) 16.868,72 euros en favor del hijo

con el que la paciente convivía al momento del fallecimiento; b) 4.488 euros a favor de la hermana que también convivía con ella, y c) 3.388 euros a favor de la otra hermana.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a #reclamante# en los términos anteriormente señalados.”

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.