

Dictamen Núm. 202/2021

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

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*García García, Dorinda*  
*Baquero Sánchez, Pablo*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 14 de octubre de 2021, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 26 de julio de 2021 -registrada de entrada el día 2 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 de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 23 de octubre de 2020, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia recibida en el servicio público sanitario.

Expone que el 3 de febrero de 2019 acude “a urgencias del Centro de Salud ..... aquejada de un fuerte dolor en el hombro izquierdo que incluso (le) impedía despegar el brazo del cuerpo”, y que “como única solución (le) dan

unos analgésicos” sin hacerle prueba alguna. Indica que el 4 de febrero de 2019 consulta con su médica de cabecera porque sigue “con muchísimo dolor” y sin realizarle ninguna prueba le receta nuevamente analgésico. Consta que ese día desde los servicios de Atención Primaria se solicita interconsulta al Hospital “X” por “dolor hombro izquierdo en tratamiento con corticoides + analgésico. Sigue con mucho dolor. Sustituyo paracetamol por Parac/Tramadol y solicito Rx”.

Señala que el 5 de febrero de 2019, ante la persistencia del dolor, acude al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, donde se le diagnostica “probable tendinopatía hombro izquierdo” y se le remite a su “domicilio con medicación analgésica, antiinflamatoria y relajante muscular, recomendando inmovilización 3-4 días”, y precisa que en los días siguientes debe volver a Urgencias en varias ocasiones refiriendo el fuerte dolor con el mismo resultado, con analgésicos”. Reseña que el día 18 de febrero de 2019 acude nuevamente a Urgencias por “dolor centro torácico, opresivo, con irradiación hacia la mandíbula y hombro izquierdo que desciende a lo largo de la cara interna”, administrándosele nuevamente analgésico y remitiéndola a casa, pero “ante la persistencia de los dolores sobre las tres de la tarde” vuelve y le mandan a la sala de Traumatología, solo me inyectan calmantes”. Añade que desesperada acude al Hospital “Y”, donde le hacen un electro y tras la realización de los estudios complementarios pertinentes se le diagnostica un “infarto agudo de miocardio”.

Indica “que después de estar varios meses de baja médica, en concreto desde el día 6 de febrero de 2019 hasta el día 12 de junio de 2020”, el 29 de junio de 2020 la Directora Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social le reconoce una incapacidad permanente en grado de total para la profesión habitual como consecuencia de “miocardiopatía dilatada de origen isquémico con disfunción sistólica moderada FE 40 - 45 %. Cardiopatía isquémica: Enfermedad de dos vasos con revascularización de DA. SCACEST anterolateral en febrero 2019”.

Afirma que la asistencia prestada entre los días 3 y 18 de febrero de 2019 “en el Área Sanitaria ..... no se ajustó a una correcta *lex artis*, dado que a

pesar de la sintomatología y persistencia del dolor no fueron utilizados los recursos disponibles para el correcto diagnóstico, recursos que estaban a disposición del personal sanitario”.

Solicita una indemnización de cuarenta y seis mil setecientos cinco euros con sesenta y ocho céntimos (46.705,68 €).

Adjunta a su escrito copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Diversos informes médicos relativos a los ingresos en urgencias y hospitalarios relacionados con este proceso. b) Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 29 de junio de 2020. c) Queja presentada el 15 de enero de 2020 ante el Gobierno del Principado de Asturias por “mala praxis”.

**2.** Mediante escrito de 6 de noviembre de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo de resolución del mismo y el sentido del silencio administrativo.

**3.** Con fecha 18 de diciembre de 2020, el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III incorpora al expediente un CD que contiene una copia de la historia clínica de la paciente, tanto en Atención Primaria como Especializada, y los informes emitidos por una facultativa del Centro de Salud ..... y el Jefe de la Unidad de Urgencias del Hospital “X”.

La facultativa de Atención Primera ..... informa, el 4 de diciembre de 2020, que se trata de una paciente de su cupo que fue atendida el “4-02-2019 por un dolor localizado en el hombro I de características mecánicas que se incrementaba tanto con movilidad activa como pasiva, limitando de modo importante los movimientos del brazo. Una vez explorada y con el diagnóstico de omalgia mecánica procedí a reforzar el tratamiento analgésico pautado (...) 2 días antes por el mismo motivo”, añadiendo Tramadol. Señala que la paciente “en ningún momento (...) refirió cortejo vegetativo, disnea,

repercusión del estado general u otra clínica que hiciese pensar en un origen distinto del dolor. Es en esta visita cuando solicito Rx hombro para intentar filiar la causa del dolor./ Me consta que posteriormente acudió” a Urgencias del Hospital `X` “refiriendo la misma clínica (...), siendo diagnosticada de ` posible tendinopatía de hombro´, pero no vuelvo a tener noticias de la paciente hasta que el día 11-02 su madre (...) me pide `que le haga una eco urgente del hombro porque sigue fatal´, a pesar de que fue vista por un traumatólogo privado, quien practicó una infiltración articular. Explico que esto no es posible, pero que si la paciente se encuentra peor podrá subir a Urg. para valoración por el especialista correspondiente y la realización de pruebas que consideren oportunas./ Tampoco en ese momento refieren cambio alguno de las características del dolor./ No vuelvo a tener noticias de la paciente hasta que acuden con el informe de alta” del Hospital “Y” tras “ser atendida por un SCACEST 1 semana después de la visita de su madre al centro, previo paso” por Urgencias del Hospital “X”. Desde entonces “mantenemos los controles correspondientes tanto en el centro de salud como en Cardiología, dadas las complicaciones surgidas posteriormente”.

Por su parte, el Jefe de la Unidad de Urgencias del Hospital “X” señala, el 9 de diciembre de 2020, que la reclamante “acudió al Servicio de Urgencias el día 5 de febrero de 2019 por dolor en hombro izquierdo tras ser vista por su médico de Familia 48 horas antes. Presentaba un dolor en el hombro sin traumatismo previo, pero que se acompañaba de dificultad para completar los arcos de movimiento y con dolor a las maniobras exploratorias sobre la inserción del manguito de los rotadores y corredera bicipital. No aparecen otros datos relevantes. Con la anamnesis y exploración clara, se emite el diagnóstico de patología tendinosa en el hombro. Esta entidad no precisa de ninguna otra prueba y su diagnóstico es claro y concordante con el emitido por su médico de Familia, quien había solicitado una radiografía de forma ambulatoria. Esta radiografía no se precisa de forma urgente, ya que no hay antecedente de trauma que pueda hacernos pensar en una fractura, y su interés es conocer la presencia de calcio articular que pudiese dar información para un eventual

tratamiento de fisioterapia o descartar procesos crónicos osteomusculares". Indica que "el día 17 de febrero de 2019 la paciente acude a Urgencias a las 13:53, recogién dose la queja de ansiedad en relación con dolor en hombro izdo. de 3 semanas de evolución. Se le atribuye prioridad III por presentar dolor importante y pasa a la zona asistencial, donde la valoración enfermera no encuentra otros hallazgos y presenta constantes normales. La exploración médica aporta la limitación al movimiento MS izdo. por dolor, déficit que concuerda con posible lesión del manguito de rotadores. Se aprecia también palpación dolorosa del trapecio izquierdo que hace mantener la sospecha diagnóstica de patología musculoesquelética. El médico responsable pauta (...) tratamiento sintomático para el dolor y el cuadro de ansiedad que muestra (...) con el objetivo de reexplorar a la paciente sin interferencias (...). La paciente no permite completar la valoración médica, ya que tras el tratamiento pautado, a las 15:50, abandona con su hermana el Servicio de Urgencias y se marcha con la vía venosa puesta. No se emite informe por fuga de la paciente./ No constan más atenciones (...) en el Servicio de Urgencias del Hospital 'X' (...) hasta el día 3 de marzo de 2019, en que (...) acude por edema agudo de pulmón, traída por el SAMU por cuadro de dificultad respiratoria marcada en domicilio". Sostiene que "el dolor por el que consulta la paciente el día 5 de febrero, continuo y congruente en la exploración y anamnesis con una tendinopatía del hombro, no precisa ninguna otra prueba diagnóstica de Urgencias (...). El dolor por el que consulta el día 17 de febrero, de 3 semanas de evolución, impresiona en una primera aproximación diagnóstica de una mala evolución de la misma tendinopatía. El abandono del Servicio de Urgencias por parte de la paciente, sin esperar a una nueva valoración tras la mejoría sintomática, no permite ahondar en ninguna otra característica del dolor (-no relatadas inicialmente-) que pudiesen hacer sospechar otra etiología distinta a la que relataba la paciente a su llegada a Urgencias (...). La paciente relata haber acudido a Urgencias en varias ocasiones y que el día 18 acudió" refiriendo "una historia congruente con cuadro de angor, pero esta atención no se prestó en el H. 'X' (...). Revisada la historia clínica completa (...) encontramos dos informes del

Hospital `Y` fechados el 18 y 25 de febrero de 2019. Uno abierto a las 22:20 horas del día 17 de febrero, en que la paciente consultó por los mismos síntomas relatados en `X` 12 horas antes, constando en dicho informe (...) la ausencia de dolor torácico o irradiación, y describiéndose una exploración con dolor en corredera bicipital, dolorimiento difuso en todos los arcos de movilidad que dificultan la exploración, Yacum + abducción limitada a 40º, que orientan nuevamente a un problema en el hombro. Es la realización de un electrocardiograma (que no es una prueba indicada ante una sospecha de patología osteomuscular) y los hallazgos de este lo que hacen sospechar la presencia de un evento cardiológico agudo, y es desde ese momento (...), recogido en el informe de alta de Cardiología del día 25 de febrero, en el que comienzan a narrarse los síntomas que orientan a un cuadro coronario: irradiación a mandíbula y por cara interna del miembro, claramente patognomónicos de esta entidad y que en ninguna otra ocasión son recogidos". Se concluye que la aseveración de que la asistencia prestada entre los días 3 y 18 de febrero de 2019 "en el Área Sanitaria ..... no se ajustó a una correcta *lex artis*" carece de fundamento, ya que la paciente consultó por un cuadro cuya anamnesis y exploración corresponden a un proceso osteomuscular que no precisa otras pruebas complementarias de Urgencias (...). El día 17 su fuga hace imposible emitir un juicio clínico o completar ninguna otra prueba que en el supuesto de haber relatado otros síntomas pudiese haber sido solicitada. Así mismo, debemos informar como no congruente el párrafo en que consta que `la falta de adecuada asistencia médica, la falta total de pruebas diagnósticas durante más de 15 días, provocó que (...) sufriera un infarto de miocardio de tal gravedad que (la) han calificado como incapacitada permanente para (su) profesión´, ya que (...) la paciente consultó y fue atendida por un dolor en un hombro del que no aportó otros datos tanto en Atención Primaria como en Urgencias en la oportunidad en que (...) nos permitió emitir un juicio clínico. Ningún dato ofrecido (...) hace pensar en un proceso cardiológico, que solo aparece descrito en el informe de alta de Cardiología. Las pruebas complementarias tienen como misión orientar ante las dudas surgidas en la

búsqueda de un diagnóstico, y estos diagnósticos se basan en los síntomas narrados por los pacientes e indagados por el médico y en la exploración física (...). El proceso cardiológico agudo comenzó (...) de forma `aguda` inmediatamente anterior a su diagnóstico, como puede confirmarse con la evolución de la troponina (biomarcador de daño miocárdico) que se refleja en el informe de Cardiología” del Hospital “Y”. Estos datos “en ascenso brusco nos indican que no tiene aval científico sostener que el infarto de la paciente tenía una evolución de 15 días”.

**4.** El día 12 de marzo de 2021 dos especialistas, uno en Medicina Familiar y Comunitaria y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo, emiten informe pericial a instancias de la compañía aseguradora. En él señalan que “en el caso que nos ocupa se han puesto en todo momento los medios necesarios y disponibles de acuerdo con el cuadro clínico que presentaba la paciente, siendo atendida de forma diligente (...). Entre los días 3 y 17 de febrero (...) presentaba dolor de hombro izquierdo que aumentaba con los movimientos y la palpación, síntomas diagnósticos de omalgia mecánica. Conforme a esta patología fue tratada de manera adecuada y ajustada a la *lex artis* (...). El 18 de febrero (...) sufrió un infarto agudo de miocardio y así fue diagnosticada. En esta ocasión (...) refería una clínica totalmente distinta a la descrita entre los días 3 y 17 de febrero (dolor centrotorácico opresivo irradiado a mandíbula y hombro izquierdo). Clínica en este momento compatible con infarto agudo de miocardio, por lo que así fue diagnosticado. Se llevó a cabo tratamiento revascularizador de manera urgente. La actuación fue correcta y ajustada a la *lex artis* (...). El infarto agudo de miocardio es (...) un cuadro agudo debido a una obstrucción súbita del flujo sanguíneo. Es imposible que este cuadro dure tres semanas, ya que se produciría la muerte celular del territorio miocárdico no irrigado en 12-24 horas, y con ello desaparecería el dolor. Aun en el caso improbable de que el territorio miocárdico afectado fuera tan amplio que el proceso de isquemia fuera más prolongado se produciría el fallecimiento del individuo en no más de 24-48 horas (...). Es totalmente compatible sufrir una

omalgia mecánica y después, o a la vez, desarrollar un infarto agudo de miocardio (...). Por todos estos motivos se llega a la conclusión de que (la reclamante) presentó dos cuadros clínicos diferentes y que ambos fueron correctamente diagnosticados y tratados (...). No hay que olvidar que el día 17 de febrero (...) acudió a Urgencias” del Hospital “X” “y se fue de manera voluntaria y sin avisar al médico responsable antes de poder ser revalorada por este, por lo que no cumplió su obligación como paciente de colaborar para llegar a un correcto diagnóstico y tratamiento (...). No existe nexo de causalidad entre la actuación médica llevada a cabo entre los días 3 y 17 de febrero de 2019 (que fue correcta y ajustada a la *lex artis*) y el infarto agudo de miocardio que sufrió la paciente el día 18 de febrero de 2019 (...). Tampoco existe nexo de causalidad entre esta actuación médica y las secuelas que presenta”.

**5.** Mediante oficio de 17 de mayo de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 16 de junio de 2021, la perjudicada presenta en el Registro Electrónico de la Administración un escrito en el que, tras reiterar los hechos en los que fundamenta su reclamación, señala que “resulta claro que no hubo una praxis adecuada” durante todo el tiempo en que acudió tanto al centro de salud como al Hospital “X”, pues “en ningún momento se activó el código de corazón ni se (le) hicieron (...) pruebas complementarias para descartar un problema cardíaco”, precisando que tuvo que acudir al Hospital “Y” “para que *in extremis* se (le) detectara (su) verdadera dolencia, lo que agravó (su) situación”.

**6.** El día 29 de junio de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas suscribe propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. La anamnesis y exploración (dolor a la movilización activa y pasiva del

hombro) que presentaba la paciente cuando acudió” a su médica de Atención Primaria y al Servicio de Urgencias del Hospital “X” “los días 5 y 17 de febrero era congruente con el diagnóstico de tendinopatía de hombro. En ninguna de las dos ocasiones (...) refirió sintomatología asociada al síndrome coronario agudo (dolor intenso en zona precordial que puede irradiarse a mandíbula, hombro, espalda y cuello, sensación de malestar general, mareo, náuseas, sudoración, etc.), presentando “alguno de ellos cuando acudió al Servicio de Urgencias del (Hospital `Y´) el 18 de febrero. Por otra parte, los altos niveles de troponina (marcador precoz de daño cardíaco) que presentaba (...) cuando acudió” al Hospital “Y” “descartan por completo un infarto agudo de miocardio de 15 días de evolución, ya que es imposible que este cuadro dure tres semanas”, pues “se produciría la muerte celular del territorio miocárdico no irrigado en 12-24 horas, y con ello desaparecería el dolor”.

**7.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de julio de 2021, 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 Salud, 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), está la interesada activamente legitimada 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.-** 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 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante 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 que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

**CUARTA.-** 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 “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 concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) que la acción se ejercite en plazo; b) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; c) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y d) que no sea producto de fuerza mayor.

**QUINTA.-** En la reclamación que nos ocupa la interesada fundamenta su pretensión indemnizatoria en lo que considera un anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, a la que reprocha un retraso diagnóstico. Partiendo del dato de que el día 18 de febrero de 2019 se le diagnosticó en el Hospital “Y” un infarto agudo de miocardio, centra la crítica que dirige al funcionamiento del servicio público sanitario en la asistencia prestada en los días previos -en concreto, entre el 3 y el 17 de febrero de 2019- en su centro de salud y en el Hospital “X”; periodo durante el cual “en ningún momento se activó el código de corazón ni se (le) hicieron (...) pruebas complementarias para descartar un problema cardíaco”.

Obviamente, la reclamante no imputa el infarto sufrido al funcionamiento del servicio público sanitario, sino un supuesto avance de este problema en los días previos. Circunscribe, pues, el daño reclamado a una hipotética pérdida de posibilidad terapéutica. Es en este contexto en el que debe entenderse que podríamos estar en presencia de un daño cuya evaluación económica, a efectos de una eventual indemnización, realizaremos si concurren el resto de los requisitos legalmente exigibles para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Como hemos indicado en la consideración anterior, para que la acción prospere es necesario, en primer lugar, que se ejercite dentro del plazo establecido por la ley; cuestión que no ha sido objeto de consideración ni por parte de la reclamante ni por la Administración sanitaria frente a la que se reclama.

Al efecto, conviene recordar que el artículo 67.1 de la 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 consecuencia, el primer criterio legal para la determinación del *dies a quo* del cómputo del plazo para el ejercicio de la acción de reclamación es el del

momento del hecho dañoso (en el presente supuesto la asistencia prestada entre los días 3 y 17 de febrero de 2019 en su centro de salud y en el Hospital `X´). Ahora bien, si el efecto lesivo se presenta con posterioridad -tal y como acontece en la reclamación que nos ocupa, en la que el 18 de febrero de 2019 se le diagnostica en el Hospital "Y" una insuficiencia cardíaca por la que debió permanecer ingresada hasta el día 25 de ese mismo mes-, habrá que estar a dicho momento, salvo que sea incierto e imprevisible el curso de la enfermedad y sus manifestaciones, en cuyo caso el *dies a quo* será el de la curación o determinación definitiva del alcance de las secuelas o de su estabilización.

Así las cosas, y en orden a fijar la fecha en la que queda determinado el alcance del daño alegado es necesario, en primer término, definir su naturaleza y, a tal fin, analizar si nos encontramos ante un efecto lesivo de carácter continuado, de evolución incierta e imprevisible, que da lugar a secuelas novedosas cuya evaluación definitiva no resulta posible efectuar en un momento temporal concreto o si, por el contrario, nos hallamos ante un daño de carácter permanente, en tanto que determinado o estabilizado en un momento preciso y previsible en sus manifestaciones y evolución.

Como hemos señalado en ocasiones anteriores, un importante cuerpo jurisprudencial distingue de forma clara y precisa estos dos tipos de daños, con el correlato de que en presencia de los continuados el plazo de prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial no empieza a correr hasta que no cesen o dejen de manifestarse los efectos lesivos, a diferencia de lo que ocurre en el caso de los daños permanentes, o de efectos permanentes y perdurables en el tiempo, en el que el plazo empieza a contarse en el momento en que se produce la conducta causante del daño o se revela su efecto lesivo, pues de lo contrario las reclamaciones por daños de este tipo se convertirían en imprescriptibles.

En el supuesto sometido a consulta, las manifestaciones lesivas que se imputan al funcionamiento del servicio público sanitario, y las secuelas sufridas, no pueden considerarse de curso imprevisible o no determinables, pues su esencia radica en la patología -SCACEST anterolateral- diagnosticada a la

perjudicada con ocasión de su ingreso en el Hospital “Y” entre el 18 y el 25 de febrero de 2019; precariedad de la función cardíaca de la que trae causa el posterior reconocimiento a su favor de una incapacidad permanente en grado total para la profesión habitual acordada el 29 de junio de 2020 por la Dirección Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Identificada el 25 de febrero de 2019 en toda su extensión la patología cardíaca que padece la reclamante, resulta claro que al momento del alta hospitalaria nos hallamos ante un daño de carácter permanente, en tanto que determinado o estabilizado en un momento preciso y previsible en sus manifestaciones y evolución. En estas condiciones, y tomando como referencia esta fecha del 25 de febrero de 2019, la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada el 23 de octubre de 2020 lo habría sido una vez superado el plazo de un año legalmente establecido en el artículo 67.1 de la LPAC, por lo que ha de ser rechazada por extemporánea.

En nada altera la conclusión anterior el hecho de que la Resolución de la Dirección Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social por la que se reconoce a la reclamante una incapacidad permanente en grado total para la profesión habitual haya sido dictada el 29 de junio de 2020, toda vez que el Tribunal Supremo viene reiterando (por todas, Sentencia de 8 de febrero de 2017 -ECLI:ES:TS:2017:401-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª) que “la declaración de incapacidad posterior (...) es una decisión administrativa llamada a desplegar su eficacia principalmente en el ámbito laboral y de previsión social y, en todo caso, presupone una previa verificación de todas las consecuencias del accidente, pero ha de estarse como *dies a quo* al momento en que se determina el alcance de las secuelas”.

Finalmente, ninguna relevancia cabe dar, a efectos de reconocer una eventual eficacia interruptiva del plazo de prescripción establecido en el artículo 67.1 de la LPAC, al “formulario de quejas y sugerencias” presentado por la interesada el 15 de enero de 2020 en el registro de la Administración del Principado de Asturias (folios 43 y 44), toda vez que de este escrito no se desprende de manera clara “una manifestación de la voluntad de hacer efectiva

la responsabilidad patrimonial de la Administración por alguna de las vías posibles para ello”, en los términos de lo exigido por el Tribunal Supremo en la Sentencia de 17 de noviembre de 2010 -ECLI:ES:TS:2010:5955-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª.

En definitiva, teniendo en cuenta la excepcionalidad que procede en aras de la seguridad jurídica en el cómputo de los plazos, este Consejo estima que la reclamación presentada por la interesada el 23 de octubre de 2020 ha de ser desestimada por extemporánea, ya que en ella no se alegan ni prueban unos daños distintos de los inherentes a un episodio clínico ya estabilizado el 25 de febrero de 2019.

En todo caso, aunque hiciéramos abstracción de esta conclusión y partiésemos del imposible presupuesto de que la acción no hubiera prescrito la reclamación habría de desestimarse igualmente por razones de fondo.

En efecto, como hemos indicado, la perjudicada fundamenta su pretensión indemnizatoria en lo que considera un anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, a la que reprocha un retraso diagnóstico. Partiendo del dato de que el día 18 de febrero de 2019 se le diagnosticó en el Hospital “Y” un infarto agudo de miocardio, centra su crítica en la asistencia prestada en los días previos -en concreto, entre el 3 y el 17 de febrero de 2019- en su centro de salud y en el Hospital “X”; periodo durante el cual “en ningún momento se activó el código de corazón ni se (le) hicieron (...) pruebas complementarias para descartar un problema cardíaco”.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar

este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la interesada 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*. Al respecto, conviene recordar que este Consejo entiende, y así lo ha manifestado en ocasiones anteriores (por todas, Dictamen Núm. 34/2019), que no es posible exigir a los profesionales sanitarios intervinientes un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas, o lo signos, que lo evidencien con certeza.

Desde otra perspectiva, 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, nos encontramos con que el único reproche en el que la perjudicada hace descansar toda su reclamación -"en ningún momento se activó el código de corazón ni se (le) hicieron (...) pruebas complementarias para descartar un problema cardíaco"- carece de prueba o de sustrato pericial alguno que le proporcione un mínimo soporte, lo que convierte esta afirmación en una mera conjetura interesada a la vista del curso que siguió el proceso clínico. Tal forma de proceder, que -como hemos advertido en casos similares- supone construir la reclamación en vía administrativa con base en vagas imputaciones que solamente serían concretadas y probadas, en su caso, ante ulteriores instancias, resulta cuando menos reprobable, en cuanto que implica privar tanto a la Administración frente a la que se reclama como a este Consejo de un análisis completo de las cuestiones que suscita la acción de responsabilidad. En las condiciones expuestas, esta total indeterminación y carencia absoluta de elemento probatorio en orden al establecimiento del nexo causal entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario es de por sí suficiente para concluir que en el presente caso no se ha acreditado la relación de causalidad, cuya existencia resulta inexcusable para un eventual reconocimiento de responsabilidad de la Administración.

A mayor abundamiento, a la vista de los diferentes informes incorporados al expediente, tanto los elaborados por los servicios afectados como el emitido a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, únicos soportes probatorios puestos a disposición de este Consejo Consultivo y sobre los cuales ha de formar su juicio en cuanto al respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada, y que fueron conocidos por la reclamante en el trámite de audiencia sin que hayan sido objeto del más mínimo cuestionamiento por su parte, no es posible observar infracción alguna a la *lex*

*artis* en las diferentes ocasiones en las que, con anterioridad al 18 de febrero de 2019, fue atendida tanto en su centro de salud como en el Hospital "X".

Del examen de los referidos informes, y de manera significativa del elaborado a instancia de la compañía aseguradora, parece claro que entre los días 3 y 18 de febrero de 2019 la reclamante sufrió dos episodios clínicos distintos, siendo correctamente tratada en ambos casos por parte de los servicios públicos sanitarios.

El primero de ellos se corresponde con un cuadro de dolor en el hombro evidenciado por la dificultad para completar los arcos de movimiento y con dolor a las maniobras exploratorias sobre la inserción del manguito de los rotadores y corredera bicipital que fue objeto de adecuado tratamiento entre los días 3 y 17 de febrero de 2019, tanto en el centro de salud como en el Hospital "X".

El segundo, un infarto agudo de miocardio diagnosticado el día 18 del mismo mes en el Hospital "Y", viene precedido de un abandono, a todas luces imprudente, temerario y súbito, el día 17 por parte de la perjudicada del Servicio de Urgencias del Hospital "X" cuando se encontraba a la espera de una nueva valoración, dirigiéndose al día siguiente al Hospital "Y", donde tras la realización de un electrocardiograma la paciente comienza a narrar síntomas distintos, nunca antes puestos en conocimiento de los facultativos de su centro de salud ni del Hospital "X", que posibilitaron el diagnóstico y tratamiento de esta patología en aquel centro hospitalario.

En consecuencia, este Consejo considera que la reclamación presentada el 23 de octubre de 2020 es extemporánea, sin perjuicio de compartir igualmente el fondo desestimatorio de la propuesta de resolución. Tal como venimos reiterando, el servicio público sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos, ciñéndose el deber médico a la aplicación de los medios precisos en función de los síntomas mostrados por los pacientes (por todos, Dictamen Núm. 28/2020), sin que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación ignorado al

momento de la asistencia que se reprocha y conocido a la fecha de la reclamación. En el supuesto planteado, todos los técnicos informantes aprecian que la atención dispensada se ajustó a la sintomatología de la paciente en cada momento, sin que quepa suplantar el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.