

Dictamen Núm. 128/2024

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
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 4 de julio de 2024, por medios electrónicos, 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 22 de abril de 2024 -registrada de entrada el día 29 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 madre que atribuyen a lo que consideran una deficiente asistencia recibida por parte del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 23 de junio de 2023 los interesados, bajo dirección letrada, presentan en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio de Salud del Principado de Asturias por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su madre.

Exponen que se despertó el día 27 de diciembre de 2022 “con dificultad para respirar, dificultad para caminar, sudoraciones frías y dolor torácico”, y que “a las 13:00 horas” su hija llamó al centro de salud, desde donde decidieron enviar a la médica de Atención Primaria”. Indican que “dicha facultativa llegó a las 15:00 horas y objetivó aumento de su disnea habitual desde hacía una semana, con una saturación de oxígeno del 92 % y crepitantes fundamentalmente en base pulmonar izquierda, por lo que a las 15:11 horas” decidió trasladarla al Servicio de Urgencias del Hospital, requiriendo una “ambulancia convencional”. Llamen la atención acerca de que la doctora, “a pesar de la sintomatología compatible con un problema cardíaco que no estaba descartado, no realizara un simple electrocardiograma o que no solicitara una ambulancia medicalizada con dicha posibilidad”.

Señalan que “la ambulancia acudió al domicilio a las 16:10 horas, llegando al hospital a las 16:26 horas, anotándose como motivo de consulta (...) que `la paciente refiere un mes de angor con los esfuerzos. Esta noche presenta un episodio de opresión torácica intensa de varias horas de duración acompañado de intensa disnea y ortopnea´. Además, se hizo constar que era HTA y fumadora (...). Según la exploración física que recoge el informe de Urgencias, se encontraba nauseosa, con febrícula de 37,9 °C, FR 32 y la auscultación detectó una disminución de murmullo vesicular en base derecha y crepitantes en base izquierda. También presentaba edemas en miembros inferiores con relleno capilar enlentecido e hipotensión arterial (77/51) con síntomas de bajo gasto./ Se solicitó radiografía de tórax, que objetivó cardiomegalia y derrame pleural derecho, electrocardiograma y analítica./ La extracción de sangre se realizó a las 17:49 horas y, según se desprende de la historia clínica (...), los resultados (...) se obtuvieron a las 19:02 horas (...). El electrocardiograma se realizó, según consta en la documentación, a las 18:09 horas (casi dos horas después de su ingreso)”.

Refieren que, a la vista de los resultados que arrojaban las pruebas practicadas, “la paciente pasó a depender de Cardiología y (...) se activó el

Código Infarto, informándose `como IAMSEST de muy alto riesgo con sospecha de enfermedad de TCI y multivaso´”, y precisan que para la enferma “el diagnóstico -después de 5 horas- ya era tarde”.

Reseñan que durante el ingreso “se realizó coronariografía que halló oclusión crónica de CD y una lesión crítica de tronco ostial, implantándose BCIAo, e ingresó en la UCI con estabilidad hemodinámica y respiratoria. El BCIAo tuvo que ser retirado por mal funcionamiento. Se avisó a los cirujanos cardíacos de guardia para valorar actitud terapéutica y decidieron angioplastia primaria, en la que se revascularizó la lesión de TCI con stents./ Y, efectivamente, el Código Infarto se pudo activar tras la realización del electrocardiograma pero, si observamos las anotaciones que obran en la historia clínica, advertimos que el cateterismo se realizó a las 22:07 horas (...). Y el curso clínico de enfermería también explica que la paciente fue derivada para cateterismo a las 21:57 horas”. Ponen de relieve que “los diagnósticos a su ingreso en la UCI eran los siguientes:/ IAMSEST. KK: IV (shock cardiogénico)./ Disfunción severa de VI./ Disfunción de VD./ Enfermedad coronaria de TCI ostial y CD (OCT)./ Angioplastia sobre TCI-DA y TCI-CX”, y que “pese a que en las primeras 24 horas de su estancia en la UCI la paciente se estabilizó con posterioridad presentó un deterioro clínico, con aumento de edema agudo de pulmón y disfunción ventricular severa. Los intensivistas avisaron a la familia para explicar la situación (...), de extrema gravedad debido al daño sufrido por el corazón, y sin respuesta al tratamiento médico que se estaba realizando, habiéndose alcanzado el techo terapéutico, por lo que se inició perfusión de morfina para asegurar confort./ Entre el 30 y 31 de diciembre presentó una discreta mejoría transitoria, aunque progresó el fracaso renal, con empeoramiento del edema agudo de pulmón y disnea de mínimos esfuerzos, que a continuación aparecieron en reposo, sin respuesta a tratamiento (...). Fue trasladada a la planta de hospitalización convencional el 3 de enero de 2023, falleciendo el 6 de enero de 2023”.

Reprochan que la sintomatología de la paciente “se infravaloró, por lo que se produjo un retraso diagnóstico tanto por parte del Servicio de Atención Primaria como en el traslado en ambulancia”, y también “por parte del Servicio de Urgencias” del Hospital “y, por consiguiente, en el tratamiento del infarto agudo de miocardio que realmente estaba sufriendo”.

Afirman que el “cuadro clínico” se define “como el conjunto de síntomas característicos de una enfermedad. Este ofrece una pista a los facultativos sobre la enfermedad que padece el paciente, aunque en algunas ocasiones (...) puede no ser ilustrativo de la enfermedad padecida, y es algo que también deben (...) tener en cuenta./ En este caso, resulta incuestionable que la sintomatología que presentaba la paciente, unida a su condición de fumadora e HTA, orientaba su cuadro clínico, obligatoriamente, hacia un problema cardíaco, cuyo estudio se demoró por infracción del deber objetivo de cuidado./ Consta en la historia clínica que presentaba los siguientes síntomas:/ Intensa disnea, dificultad para respirar./ Intensa ortopnea./ Dolor torácico (que en el Servicio de Urgencias definen como angor de esfuerzo)./ Ortopnea, sensación de ahogo al estar acostada./ Sudoraciones frías./ Hipotensión con bajo gasto./ Edemas en miembros inferiores con relleno capilar enlentecido./ Febrícula de 37,9 °C./ Disminución de murmullo vesicular en base derecha y crepitantes en base izquierda./ FR 32 (muy elevada)./ La sintomatología y el cuadro clínico también pueden cambiar en función del sexo, edad, peso, antecedentes personales y familiares de la paciente. En el caso del infarto agudo de miocardio el dolor torácico no siempre está presente, por lo que otros síntomas también deben alertar:/ Dificultades respiratorias. Como consecuencia de la presión que se siente sobre el pecho, la respiración se dificulta. En infartos muy extensos, la sensación de ahogo del infartado se vuelve muy intensa cuando el paciente se tumba (...). En algunos pacientes, como las personas diabéticas, los (...) más ancianos y algunas mujeres, es posible que la presión torácica no aparezca. En ellos las manifestaciones del infarto pueden resultar más atípicas, pudiéndose producir malestar en la boca del estómago, por ejemplo./ Otros signos. La

sudoración fría, un intenso malestar, náuseas, vómitos y un pulso cardíaco lento pueden acompañar a los otros síntomas ya descritos. Además, hay que tener en cuenta que, aproximadamente, una cuarta parte de los infartos de miocardio son silentes, es decir, aparecen sin dolor en el pecho y sin otros síntomas”.

Consideran que “los facultativos no tuvieron en cuenta los síntomas descritos, con lo que no se realizaron las pruebas pertinentes de forma rápida y esto produjo un agravamiento en la situación de la paciente./ Así, se perdió un tiempo precioso desde que:/ La hija de la paciente, alarmada por los síntomas, avisó al Centro de Atención Primaria a las 13:00 horas./ Luego acudió la doctora después, a las 15:00 h./ La ambulancia convencional tardó una hora en acudir, lo que sucedió a las 16:00 h./ El ingreso en el hospital se produjo a las 16:26 h./ El tiempo pasaba y se obtuvieron los resultados de la analítica y electrocardiograma a las 19:02 h y 18:09 (...) respectivamente./ Y todo ello en el contexto de síntomas compatibles con un infarto agudo de miocardio./ Para colmo, el cateterismo cardíaco se realizó a las 22:07:55 horas”.

Afirman que “durante todo ese tiempo comprendido entre las 13:00 (...) y las 19:02 horas la paciente permaneció con un infarto agudo de miocardio en evolución y sin recibir una atención ajustada a la patología que realmente le afectaba (...). Resulta alarmante que en un Servicio de Urgencias se decida realizar un electrocardiograma a una paciente que llega a las 16:26 horas con síntomas muy preocupantes y compatibles con un infarto agudo de miocardio y que dicha prueba no se realice hasta las 18:09 horas. Por otro lado, y con ello se hace aún más latente la demora asistencial, las pruebas que pueden establecer el diagnóstico del infarto agudo de miocardio son sencillas, rápidas y de bajo coste (...): Electrocardiograma./ Determinación de troponinas./ Como se ha indicado (...), el electrocardiograma no se realizó hasta las 18:09 horas y la analítica se extrajo a las 17:49 horas, obteniéndose el resultado a las 19:02 horas cuando el ingreso de la paciente en el centro hospitalario se produjo a las 16:30 horas. Desde luego, no parece razonable considerar esta atención ajustada al deber objetivo de cuidado. Después, tras el diagnóstico realizado por

el Servicio de Cardiología (...) se activó el Código Infarto, pero ya era tarde". Y apuntan a una pérdida de oportunidad entre la primera asistencia sanitaria y la realización del cateterismo a las 22:07 horas.

Recuerdan que con anterioridad a este episodio -en concreto el 5 de diciembre de 2022- se le había realizado a su madre una analítica cuyos valores -entienden- eran ya "suggerentes de insuficiencia cardíaca, riesgo de enfermedad cardíaca, daño en el hígado o infección de tracto urinario (...). Y el 16 de diciembre de 2022 fue sometida en su centro de salud a un electrocardiograma". Reseñan que tenía asignada en su centro de salud una doctora pero ese día, 16 de diciembre de 2022, fue atendida por otra, y que no consta que se le "prescribiera algún tipo de seguimiento o tratamiento, o un estudio más detallado de la situación". Destacan que ni en el centro de salud ni posteriormente en el Hospital "se contempló, de inicio, la posibilidad de que (...) estuviera sufriendo una patología cardíaca, lo que condicionó su fallecimiento posterior".

Aplicando "a título orientativo" el baremo establecido para las víctimas de accidentes de circulación, solicitan una indemnización de cuarenta y cuatro mil setecientos cincuenta y ocho euros (44.758,00 €), si bien advierten que esa cantidad deberá ser objeto de "ulterior liquidación" ya que -según manifiestan- uno de los reclamantes "continúa de baja por estos hechos debido a la ansiedad que le ha producido la desaparición de su (...) madre".

Adjuntan copia, entre otros documentos, del certificado de defunción de la madre de los reclamantes y de su relación filial con ella, así como del historial médico de la fallecida.

2. Mediante oficio de 4 de julio de 2023, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, el nombramiento de instructor del procedimiento, las normas con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa solicitud formulada por el Instructor del procedimiento, el 17 de octubre de 2023 el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica de la fallecida y los informes elaborados por la Médica del Centro de Salud de la fallecida y los Directores de las Áreas de Gestión Clínica de Urgencias y del Corazón del Hospital

La Médica de Familia da cuenta de que se encontraba en situación de incapacidad temporal en el período comprendido entre el 12 de diciembre de 2022 y el 11 de enero de 2023, y precisa que no consta en la historia clínica de la fallecida “electro alguno en la fecha que se indica”.

Por su parte, el Director del Área de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital informa que la paciente “fue triada (...) por una enfermera al ingreso en nuestro Servicio a las 16:36, adjudicándole un nivel 3 en la priorización de su atención. Este nivel de prioridad determina que (...) debe ser valorado por un médico antes de 60 minutos, cosa que así sucedió./ El motivo de la consulta hacía referencia a la derivación por parte de su médico de Atención Primaria ante un empeoramiento de su disnea habitual, no presentando dolor torácico en el momento de su ingreso. En la toma de constantes sólo se objetivó una alteración de la saturación de oxígeno, con niveles del 91 %./ Ante este cuadro clínico el facultativo responsable (...) inició el proceso de despistaje de la causa que lo podría haber originado, incluyendo la posibilidad de un origen cardíaco, para lo que solicitó una radiografía simple de tórax, un electrocardiograma y una analítica con enzimas cardíacas (troponinas). La ausencia de dolor torácico a su ingreso y un electrocardiograma sin elevación evidente del ST justificaron que el proceso de atención siguiera los tiempos habituales en pacientes con nivel 3 de prioridad de atención./ Conocidos los resultados de las pruebas complementarias y el cateterismo posterior, parece que (...) sufrió un infarto agudo de miocardio durante la noche anterior y es muy probable que al ingreso en el hospital las severas lesiones que presentaba en sus

arterias coronarias estuvieran establecidas./ Creo que el proceso asistencial en el Servicio de Urgencias se ajustó a las recomendaciones protocolizadas por la medicina de urgencias y dudo mucho que, como afirman en su escrito, se haya producido una pérdida de oportunidad por una atención reprochable”.

Por último, el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón informa que el 27 de diciembre de 2022 se le realiza a la paciente una “angioplastia sobre tronco de coronaria izquierda, descendente anterior y circunflejo./ Dada la mala situación hemodinámica (...) pasa a la UCI, donde permanece hasta el 03 de enero de 2023 que ingresa en la planta de Cardiología para medidas de confort dada la situación clínica irreversible, habiendo alcanzado el techo en la medida terapéutica./ La paciente es exitus el 06 de enero de 2023”.

4. Obra en el expediente a continuación un escrito, firmado por los dos reclamantes y el letrado que les asiste, presentado el 10 de octubre de 2023, en el que solicitan que los actos de instrucción del procedimiento sean notificados al domicilio indicado por el letrado.

5. El día 9 de enero de 2024, emiten informe pericial a instancias de la compañía aseguradora de la Administración dos especialistas, uno de ellos en Cardiología y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Tras señalar que “el objeto de la pericia es la valoración de la praxis médica en relación con la asistencia prestada el día 27-12-2022 en el Servicio de Urgencias del Hospital” a la paciente, indican que “en la reclamación patrimonial se cuestiona una supuesta negligencia médica por una demora diagnóstica de su infarto agudo de miocardio durante su estancia en Urgencias que le ha provocado una pérdida de oportunidad diagnóstica y terapéutica, motivo por el que posteriormente se produjo su fallecimiento”. Afirman que “el día 27-12-2022 (...) es trasladada a Urgencias en ambulancia a petición de su médico de Atención Primaria por disnea mayor de lo habitual (...). En ningún momento se señala por la paciente, ni en la exploración médica, ningún síntoma de dolor torácico. En la toma de

constantes sólo se objetiva una disminución de la saturación de oxígeno (91 %) (...). Con buen criterio se solicitan los estudios habituales y rutinarios para la clínica que manifestaba (...); a saber, una radiografía de tórax, un ECG y una analítica con enzimas cardíacas (...). El resultado del ECG muestra un ritmo sinusal con mínima elevación del ST en derivaciones anteriores (V1-V4) (...). La ausencia del dolor torácico a su ingreso y un ECG sin elevación evidente del ST no hacen necesario agilizar los tiempos habituales para este tipo de pacientes. Una vez obtenidos los resultados de la analítica (19:02 horas), donde se confirma la existencia de una elevación de las enzimas cardíacas se avisa a Cardiología para evaluación, pasando a la Unidad Coronaria para su vigilancia y control (...). Previo a la hemodinámica, dada su estabilidad clínica, se completa el estudio necesario con la realización de un ecocardiograma transtorácico que confirma la existencia de una disfunción del VI severa (FEV menor del 20 %) (...). Posteriormente se realiza la coronariografía, donde se objetiva la existencia de una oclusión total crónica a nivel ostial de la arteria coronaria derecha CD, con TCI con lesión crítica desde el ostium hacia ostium de CX (circunfleja) con flujo distal TIMI 3 en ambas ramas (...). Ante los hallazgos de la coronariografía, se consulta con Cirugía Cardíaca de guardia decidiéndose tratamiento con angioplastia (...). Tras la angioplastia la paciente es nuevamente derivada a la UCI coronaria, donde permanece desde el día 27-12-2022 al 03-01-2023. Durante su ingreso presenta mala evolución clínica sin respuesta al tratamiento médico, por lo que se establecen las medidas de confort y control analgésico, siendo trasladada a la Unidad de Hospitalización convencional, produciéndose el fallecimiento (...) el día 06-01-2023".

Con la información que se deriva de los informes aportados, consideran que "la paciente recibe una atención adecuada desde el inicio, realizándose las pruebas indicadas y necesarias en cada momento, sin existir ninguna pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica".

Respecto al Código Infarto y los tiempos empleados en el diagnóstico y tratamiento desde el ingreso en Urgencias del Hospital, estiman que "son

adecuados y ajustados a los protocolos y tiempos habituales de atención en cualquier hospital público de referencia (...). No objetivamos ningún daño atribuible a la actuación de los profesionales” durante su ingreso en dicho centro “el día 27-12-2022, sin existir nexo de causalidad entre el fallecimiento de la paciente y la atención prestada, siendo el único responsable la gravedad del infarto inicial y su comorbilidad asociada (edad avanzada, fumadora, insuficiencia respiratoria, hipertensión, inmunosupresión, anemia, etc.) como factores agravantes y concausales de su pronóstico vital”.

Concluyen que “la atención realizada por los profesionales sanitarios (...) que atendieron a la paciente durante su estancia en Urgencias el 27 de diciembre de 2022 fueron correctas y ajustadas a la *lex artis ad hoc*, sin haber existido una inobservancia del deber de cuidado y, por lo tanto, no se puede establecer ningún daño imputable a su actuación”.

6. Mediante oficio notificado a los interesados el 28 de febrero de 2024, el Instructor del procedimiento les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y les adjunta una copia de la documentación obrante en el expediente.

El día 19 de marzo de 2024, presentan estos en el Registro Electrónico un escrito de alegaciones en el que se reafirman en los términos de la reclamación formulada.

7. Con fecha 27 de marzo de 2024, el Instructor del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella considera que, “en el presente caso, la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. La paciente no presentaba dolor torácico a su ingreso en el Servicio de Urgencias, y la no elevación del segmento ST en el ECG determinó que la asistencia discurriese conforme al grado de triaje establecido (grado tres), solicitándose los estudios habituales y rutinarios para la clínica que manifestaba (...) (radiografía de tórax, un ECG y una analítica con enzimas cardíacas). Una vez obtenidos los resultados

de la analítica (19:02 horas), donde se confirma la existencia de una elevación de las enzimas cardíacas se avisa a Cardiología para evaluación pasando a la Unidad Coronaria para su vigilancia y control. Ante los hallazgos de la coronariografía, se consulta con Cirugía Cardíaca de guardia decidiéndose tratamiento con angioplastia. Tras la angioplastia la paciente es nuevamente derivada a la UCI coronaria, donde permanece desde el día 27-12-2022 al 03-01-2023. Durante su ingreso presenta mala evolución clínica sin respuesta al tratamiento médico, por lo que se establecen medidas de confort y control analgésico, siendo trasladada a la Unidad de Hospitalización convencional, produciéndose el fallecimiento (...) el día 06-01-2023 (...). No ha existido pérdida de oportunidad. La paciente no falleció por la actuación de los profesionales, sino por la gravedad de la patología que presentaba y su estado basal previo”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 22 de abril de 2024, 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. RP 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), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica -en tanto que hijos de la fallecida- se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

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 23 de junio de 2023, y el fallecimiento de la madre de los interesados tuvo lugar el día 6 de enero de ese mismo año, por lo que es claro que ha sido 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 del servicio afectado, 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 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 “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.- Formulan los interesados una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre y que atribuyen a lo que consideran una infravaloración de la sintomatología, a lo que asocian un retraso diagnóstico, que presentaba su familiar cuando el 27 de diciembre de 2022 fue ingresada en el Hospital; hospital público al que había sido trasladada en ambulancia desde su domicilio y en el que, tras comprobar que había sufrido un infarto agudo de miocardio en la noche anterior a su ingreso, fallecería el 6 de enero de 2023.

Acreditada la realidad del óbito y el vínculo familiar entre quienes ejercitan la acción y la persona fallecida, cabe presumir la existencia del daño cuya indemnización se reclama.

Ahora bien, como venimos reiterando, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la

existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico.

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 sufra un 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 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 sólo 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 el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud.

Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*. Asimismo, venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 109/2022) que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación ignorado al momento de la atención y conocido a la fecha del posterior diagnóstico. Ha de atenderse por tanto a la doctrina sobre la prohibición de regreso a la que alude el Tribunal Supremo (por todas, Sentencia de 11 de julio de 2017 -ECLI:ES:TS:2017:2946-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª) al señalar que la misma “impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban”. Por ello, quien persigue una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico, como sucede en este caso, debe acreditar que los síntomas o signos existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa

deficiente eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existe patología de diversa entidad y prevalencia que cursa con una clínica similar-, y que tal sospecha diagnóstica imponía al servicio público sanitario la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

También ha subrayado este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 146/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos supuestos, 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.

En este sentido, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, los reclamantes no han desarrollado actividad probatoria alguna al respecto mediante la necesaria incorporación al procedimiento de un documento pericial que proporcione soporte científico a sus reproches en relación con la asistencia recibida por su familiar.

En este contexto de ausencia de actividad probatoria, los interesados consideran que se produjo un retraso diagnóstico que imputan a los servicios de Atención Primaria y de Urgencias, puesto que -según razonan- desde el primer momento ya estaban establecidos en la paciente los signos y síntomas propios de un infarto agudo de miocardio, que no fue debidamente diagnosticado y que, por tanto, impidió la activación del “Código Corazón”, privando a la paciente de los cuidados que precisaba en un tiempo adecuado.

El “Código Corazón” es un documento elaborado por la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a Urgencias y Emergencias

Sanitarias, titulado “Estrategia de reperfusión precoz en el síndrome coronario agudo con elevación del ST en el Principado de Asturias” y elaborado el 4 de abril de 2017, de acceso público a través del portal web “Astursalud” (<https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/codigo-corazon-2017>). Tomando como referencia este protocolo de actuación, debe partirse de que su objetivo es establecer “el procedimiento a seguir por los profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias ante un paciente diagnosticado de IAM con elevación del segmento ST (SCACEST)”, y la primera referencia que contempla para establecer el diagnóstico es un “Diagnóstico precoz del IAM con elevación del ST en pacientes con dolor torácico”, de lo que se deduce que para que el mismo pueda fijarse, y en consecuencia, resulte aplicable el “Código Corazón” deben concurrir necesariamente dos signos: a saber, elevación del segmento ST y dolor torácico.

El contenido del expediente desmiente las afirmaciones que se hacen en la reclamación, pues ninguno de los dos signos concurría en el caso que examinamos. Así, la historia clínica de Atención Primaria refleja la asistencia prestada el 27 de diciembre de 2022 como un episodio de fatiga respiratoria, consignándose que la paciente presentaba un aumento de la fatiga habitual y una saturación de oxígeno del 92 %; circunstancias por las que se decide derivarla al Servicio de Urgencias (folio 136 de la historia de Atención Primaria).

Asimismo, el informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias indica expresamente que no presentaba dolor torácico, lo que concuerda con la anotación “no dolor” que consta en el curso clínico de enfermería (historia Millennium) correspondiente a las 19:57 h del 27 de diciembre de 2022. Igualmente, el informe del Servicio de Urgencias refiere que a la paciente se hizo un electrocardiograma (indicado a las 17:31 y realizado a las 18:21) “sin elevación evidente del ST”, y en idéntico sentido se pronuncia la pericial aportada por la compañía aseguradora, que señala que “el resultado del ECG muestra un ritmo sinusal con mínima elevación del ST en derivaciones anteriores (V1-V4)”, concluyendo que “la ausencia del dolor torácico a su ingreso

y un ECG sin elevación evidente del ST no hacen necesario agilizar los tiempos habituales para este tipo de pacientes” (folios 458 y 459). Por tanto, de acuerdo con la historia clínica de la enferma, ni durante la asistencia dispensada por los servicios de Atención Primaria en el domicilio, ni en el ingreso en el Servicio de Urgencias del hospital, se daban las condiciones clínicas necesarias para activar el “Código Corazón”, puesto que en la estancia en Urgencias no se constató la existencia de dolor torácico (19:57 h) y el resultado del electrocardiograma (18:21 h) no arrojaba alteración del ST.

Así las cosas, la atención en el Servicio de Urgencias se ajustó a la *lex artis* puesto que fue una asistencia proactiva en la que, de acuerdo a la clínica que presentaba la paciente y teniendo en cuenta sus patologías activas -EPOC, hipercolesterolemia y condición de fumadora- se realizaron, como indica el informe pericial de la entidad aseguradora, “los estudios habituales y rutinarios para la clínica que manifestaba (...); a saber, una radiografía de tórax, un ECG y una analítica de enzimas” (folio 462). Pruebas que se efectuaron y cuyos resultados se obtuvieron en un período que no alcanzó las tres horas: ingresa en el Servicio de Urgencias a las 16:36, la radiografía de tórax se efectúa a las 17:59, el electrocardiograma a las 18:09 y los resultados del análisis se conocen a las 19:02. El diagnóstico final de infarto agudo de miocardio que se obtiene al conocer la elevación de la troponina revela que las pruebas estaban bien orientadas, y que se practicaron en un tiempo prudencial en atención a la situación clínica que en ese momento presentaba la paciente.

Una vez establecido el diagnóstico, el Servicio de Cardiología realizó una angioplastia con la finalidad de revertir la grave patología que presentaba, pese a que no pudo evitar que se produjera el luctuoso desenlace.

En suma, analizada la intervención del servicio de salud tanto en la asistencia prestada por el servicio de Atención Primaria, como en la proporcionada por el de Urgencias, se concluye que la misma se desarrolló acompañada a los protocolos y tiempos necesarios para alcanzar el diagnóstico, teniendo en cuenta los signos que mostraba la paciente, sin que pueda

apreciarse una infracción de la *lex artis ad hoc* en la solicitud y práctica de las pruebas diagnósticas a las que fue sometida, ni una demora en la orientación del adecuado tratamiento médico y, en consecuencia, tampoco una pérdida de oportunidad terapéutica, por lo que la reclamación debe ser desestimada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.