



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y

Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 9 de febrero de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxx, representado por D. yyyyy*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

### I

#### ANTECEDENTES DE HECHO

El día 10 de enero de 2006 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxx, representado por D. yyyyy, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hermano, D. rrrrr*.

En el transcurso del expediente, el apellido "mmmm" se sustituye por "zzzzz" o "ZZZZZ", ya que en el documento notarial de declaración de herederos D. xxxxx declara "que, por error, en su documento nacional de identidad figura el segundo apellido como zzzzz".

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 13 de enero de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 102/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión de dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.



**Primero.-** D. xxxxx, representado por D. yyyy, mediante escrito presentado el 9 de julio de 2004 solicita la incoación del procedimiento de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su hermano, D. rrrrr, con motivo del error de diagnóstico en urgencias del Centro de Salud de xxxxx al no diagnosticar y tratar un infarto agudo de miocardio (IAM), a pesar de acudir en reiteradas ocasiones y manifestar síntomas de ello. Indica que el paciente manifestó repetidas veces dolor en pecho, por lo que la práctica de un electrocardiograma para valorar posible IAM era obligada. Añade que, prescindiendo del dolor en pecho, el IAM o angina de pecho también podía cursar con los síntomas que manifestaba el paciente, siendo además persona con factores de riesgo.

De su escrito, cabe destacar los siguientes párrafos:

“Por tanto, entendemos que el facultativo Sr. fffff debió, cuando menos en la segunda y tercera ocasiones en que tuvo a su presencia al fallecido, replantearse su diagnóstico inicial de cervicoartrosis (cuyo diagnóstico previo con carácter de leve o discreto desconocía) ante la ausencia de reacción o respuesta al tratamiento prescrito –que llevó al fallecido en tres ocasiones al Centro de salud en 36 horas– y la hasta la admitida superposición o similitud en la sintomatología, para descartar una dolencia especialmente grave como la cardiopatía isquémica, dejando de lado su obcecación –traslucida en su declaración ante el Instructor penal– de que ‘esos dolores corresponden siempre a un proceso reumático, lo cual no quiere decir que no puedan existir dos o tres procesos superpuestos’.

»Esta omisión, desde luego, supuso una falta de diligencia, grave con su reiteración en el tiempo breve que examinó al paciente, por lo que no nos encontramos ante un error de diagnóstico atípico, sino ante un comportamiento inadecuado o anómala conducta que impidió el diagnóstico correcto –perpetuando el erróneo– ante la insuficiencia de los medios que, pese a estar a su alcance (ej.: el electrocardiograma), fueron empleados por el facultativo, sobre todo cuando una exploración física normal no descarta totalmente una cardiopatía isquémica aguda, siendo necesaria la realización de pruebas complementarias.

»Sin que pueda servir de excusa el que los síntomas que relata no fueran los típicos del IAM, pero tampoco ajenos a dicha dolencia, o que pudieran indicar la existencia de una cervicalgia previa y, por ello, la posible



superposición o concurrencia de procesos, reumático y cardiaco; pues, de ser así y pese a las múltiples exploraciones que se le pudieran haber ofrecido llevar a cabo en el futuro próximo del fallecido, habría que concluir que ni el facultativo Sr. fffff, ni ningún otro facultativo en su lugar, habrían podido diagnosticarle un IAM, lo que es a todas luces inasumible en el actual estado de la ciencia médica y de los medios de diagnóstico con que contaba el Sr. fffff y estaba a su alcance en el Centro de Salud y en servicio de urgencias”.

Propone, además, diversa prueba documental, solicitando 120.000 euros de indemnización e intereses legales.

**Segundo.-** De los documentos que obran en el expediente cabe resaltar los siguientes:

- Informe de 23 de marzo de 2001 del médico forense, Dra. 00000.

- Informe de 16 de julio de 2001, del mismo médico forense, con las siguientes conclusiones:

“1ª. Que el infar(t)o agudo de miocardio con rotura y taponamiento cardiacos, causa fundamental de la muerte de rrrrr, tenía una evolución, con absoluta seguridad de más de 8-24 horas y, muy probablemente entre 48-72 horas.

»2ª. Que la sintomatología más típica es el dolor centroesternal, opresivo, intenso y prolongado, que se extiende a epigastrio y cuello y se irradia frecuentemente a los brazos, sin aliviarse con el reposo.

»Que los factores de riesgo más importantes serian el aumento de lípidos sanguíneos, la hipertensión arterial y el tabaquismo. Otros serian hiperglucemia, obesidad, sexo masculino entre los 50-70 años, sedentarismo, stress, etc.

»Que su diagnóstico se basa inicialmente y referido al medio extrahospitalario, en la historia clínica (dolor característico) y hallazgos electrocardiográficos precoces.



»Que su tratamiento, referido al caso que nos ocupa y a nivel de Centro de Salud por estar al alcance de estos profesionales, hasta su envío al hospital, sería la analgesia, sedación administración de oxígeno y el estrecho control del paciente.

»3ª. Que si bien podría tratarse de una forma atípica de presentación, la persistencia de la sintomatología dolorosa y el fracaso de la terapéutica prescrita, debería haber obligado a replantearse el diagnóstico inicial o al menos a descartar otras patologías más graves como es el infarto agudo de miocardio.

»4ª. Que la mejor prueba en este caso, por ser disponible y además valorable, sería la práctica de un Electrocardiograma; dado que los datos de la exploración física (pulso, tensión arterial, tonos cardíaco...) serían más inespecíficos, y las alteraciones enzimáticas requerirían un laboratorio no existente en ese Centro.

»5ª. Que la medicación prescrita sería la indicada para un proceso de tipo inflamatorio músculo-esquelético, sin influencia en el curso del infarto agudo de miocardio, salvo la posible modificación de las características del dolor, lo que posiblemente dificultó aún más e incluso imposibilitó el diagnóstico del mismo" (sic).

- Sentencia de 21 de febrero de 2003, del Juzgado de lo Penal nº 1 de xxxxx, que absuelve a D. fffff del delito de homicidio por imprudencia profesional, en relación con la muerte de D. rrrrr.

De la misma puede destacarse el siguiente párrafo:

"No consta presentara el paciente ninguno de los síntomas propios de un infarto de miocardio, que del común de las periciales practicadas se refieren como dolor profundo, visceral, opresivo, controesternal o precordial, con irradiación hacia epigastrio, cuello (zona anterior y no posterior que presentaba el paciente según manifiesta el Dr. D. ggggg), brazos... y que a menudo se acompaña de debilidad, sudoración, náuseas, mareos, vómitos, ansiedad..., (informe médico forense y el emitido por el Dr. D. ttttt), no persistiendo durante días e irradiado desde el pecho (Dr. aaaaa) y finalmente la sola constatación de la historia clínica y antecedentes del paciente tampoco sugerían el infarto, existiendo un único diagnóstico previo de



hipercolesterolemia (f. 74) si bien sin diagnóstico de hipertensión, diabetes, sobrepeso... (informe Dr. ggggg), en definitiva, no pudiendo sostenerse a la vista de la sintomatología presentada, que apuntaba efectivamente hacia el proceso cervical de previo diagnóstico (aun cuando incluso reiteramos hubiera empeorado en los días subsiguientes) y no presentándose ninguno de aquellos que pudieran haber inducido a sospechar en la presencia efectiva del infarto, antecedentes del paciente..., no recibiera este una adecuada atención médica (el Dr. tttt manifiesta con dicha sintomatología se prescribe en todo caso, reposo y calor y dependiendo del dolor un antiinflamatorio, no practicándose siquiera exploración radiológica) o en su caso que en derivación de ello el facultativo hubiese de haberse planteado la existencia de la dolencia que provoca el posterior fallecimiento y haber empleado necesariamente métodos tendentes a constatarlo o descartarlo en su caso, habiendo de considerarse asimismo la posibilidad pericialmente establecida y aun cuando baja porcentualmente, de infarto silente o que curse inadvertido y la superposición factible de ambos procesos patológicos, que asimismo los peritos consideran.

»No puede además considerarse en forma alguna acreditado la evolución del paciente no fuera favorable a partir de la segunda consulta efectuada en que le fue inyectado el antiinflamatorio (ello a efectos de poder estimar la reiteración de las visitas hubiera debido conducir al facultativo a adoptar medidas diversas o a un replanteamiento pues no puede hablarse en este caso de fracaso de la terapéutica prescrita)...”.

- Sentencia de la Audiencia Provincial de xxxxx, de 9 de julio de 2003, que desestima el recurso de apelación interpuesto por el reclamante.

- Dictamen médico del Dr. tttt (sin fecha), con las siguientes conclusiones:

”1. El paciente fallece como consecuencia de haber sufrido un Infarto agudo de Miocardio.

»2. El cuadro clínico manifestado no era sugestivo de cardiopatía isquémica.

»3. Las exploraciones físicas torácicas realizadas fueron normales.



»4. Hay una clara discordancia entre las manifestaciones clínicas referidas por amigos y familiares con las recogidas en la misma denuncia y manifestadas a los dos médicos intervinientes.

»5. No es razonable pensar que si el cuadro clínico que tuvo el paciente y manifestó a sus médicos era el que dicen los declarantes conocidos y amigos, no se hiciese un electrocardiograma”.

- Dictamen del Dr. ggggg, de 7 de noviembre de 2002, que ofrece las siguientes conclusiones:

“1. Creemos que no haber llegado al diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio en el presente caso es un error plenamente justificable, por lo atípico de la presentación clínica del mismo, y la coexistencia de otro cuadro patológico, la cervicocartrosis, que pudo superponerse o simular toda la patología que presentaba el paciente.

»2. La muerte por rotura cardíaca se hubiera producido, muy probablemente igual, en el caso de que el paciente hubiese sido diagnosticado en la primera asistencia médica de Infarto Agudo de Miocardio, y se hubiese iniciado el tratamiento específico del mismo”.

- Informe de 15 de noviembre de 2004 de la inspección médica de xxxxx, con las siguientes conclusiones y propuesta:

“No se aprecia actuación inadecuada en la valoración del fallecido D. rrrrr por los médicos de Atención Primaria que lo atendieron, pues se le evaluó y trató de acuerdo con lo aconsejable por la *lex artis* dada la sintomatología que presentaba (y la ausencia de sintomatología que orientara hacia el infarto de miocardio).

»El fallecimiento se produjo por una complicación (rotura cardíaca fulminante) que carece de medios de prevención y tratamiento, incluso en unidades coronarias especializadas, por lo que presumiblemente la muerte no puede relacionarse con la actuación médica”.

**Tercero.-** Figura en el expediente un acta de comparecencia, de 31 de mayo de 2005, en el que el letrado D. vvvvv asiste al trámite de audiencia, consultando el expediente y obteniendo una copia de los documentos que



obran en éste hasta dicha fecha. Formula alegaciones el 8 de junio de 2005, insistiendo en el error de diagnóstico.

**Cuarto.-** Consta en los documentos examinados un escrito en el que se manifiesta que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Sanitaria considera que no procede acceder a la solicitud indemnizatoria de la reclamación.

**Quinto.-** Con fecha 2 de septiembre de 2005, el Director General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud firma la propuesta de resolución del expediente, considerando que debe desestimarse la reclamación.

**Sexto.-** El 30 de noviembre de 2005 el Director General de Administración e Infraestructura firma propuesta de orden de la Consejería de Sanidad desestimando la reclamación. Se basa en la consideración de que no puede apreciarse nexo causal ni antijuridicidad en el daño alegado.

**Séptimo.-** El 20 de diciembre de 2005 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden indicada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

## II

### CONSIDERACIONES JURÍDICAS

**1ª.-** El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.



**2ª.-** El procedimiento se ha instruido, en lo sustancial, con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, en la resolución que se dicte debe añadirse el correspondiente pie de recurso, en virtud de lo dispuesto en el artículo 8.3 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa. Además, hay que añadir la posibilidad de interponer recurso de reposición conforme a los artículos 116 y siguientes de la mencionada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y 61.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

**3ª.-** Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

El interesado ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. En efecto, consta que lo hizo con fecha 9 de julio de 2004, antes de transcurrir un año desde la notificación de la Sentencia de la Audiencia Provincial (16 de julio de 2003).

**4ª.-** El artículo 106.2 de la Constitución establece 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”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.



Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero, 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3.583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

**5ª.-** Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de orden de 30 de noviembre de 2005 del Director General de Administración e Infraestructuras, reflejado en su fundamento de derecho IV, que conduce a desestimar la reclamación del interesado.

La citada propuesta argumenta de la siguiente forma la desestimación en uno de los párrafos del fundamento de derecho IV:



“Todos los informantes han convenido en que, con la sintomatología advertida por el paciente, no le resultaba exigible al facultativo realizar más pruebas que las que desarrolló. Ciertamente es que el diagnóstico se desveló incompleto a la luz de los acontecimientos posteriores pero era el acertado de acuerdo con la clínica que fue presentando el paciente y tras las pruebas y exámenes a que fue sometido. Pero el profesional ha de realizar las pruebas que considere necesarias teniendo en cuenta los síntomas que presenta en cada momento el paciente, y no todas las pruebas existentes en la Medicina, pues se trata de evitar mayor daño que el beneficio que pueden aportar las mismas. Se trata de evitar lo que vulgarmente se ha denominado como ‘medicina defensiva’ en su modalidad del exceso de pruebas diagnósticas sin mayor justificación que la pretensión de evitar un error determinante de una posible reclamación futura y con desprecio al interés del paciente. Un electrocardiograma, si bien era posible haberlo realizado en el Centro y es una prueba relativamente sencilla y rápida, no se consideraba indicada en el presente caso en el que se estaba valorando una patología reumática. El hecho de que acudiese a urgencias al día siguiente tampoco es absolutamente significativo pues, como recoge la Sentencia penal, son dolencias susceptibles de mejorar en unos 5 ó 6 días o incluso fluctuar entre la mejoría o el empeoramiento”.

Este Consejo considera que, ciertamente, la documentación obrante en el expediente no permite afirmar con una cierta seguridad que los daños alegados por el interesado –fallecimiento de un hermano– sean consecuencia de la actuación de la Administración sanitaria. Por otro lado, tampoco existen pruebas de peso que evidencien una vulneración de la *lex artis*.

En este punto cabe recordar algunos aspectos de la teoría de la *lex artis* en la actuación médica. Como es sabido, esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 o 3623/2003). Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la



salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico), mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

El reclamante –al que corresponde la carga probatoria– no ha aportado pruebas que confirmen sus tesis y que permitan afirmar con una cierta seguridad que la muerte de su hermano fue consecuencia del diagnóstico o tratamiento recibido, o que fuera mal diagnosticado o tratado, con vulneración a la *lex artis*.

Este Consejo considera, en definitiva, que partiendo de los dolores o síntomas que presentaba el paciente, respecto a los cuales hay una evidencia probatoria (dolor en zona cervical posterior, hombros y parte de extremidades superiores), puede concluirse, a la vista de los diversos pareceres médicos que obran en el expediente, que no hubo infracción de la *lex artis* en la atención prestada al hermano del reclamante. Tales síntomas no parecen ser los propios o característicos de una cardiopatía isquémica. En consecuencia, la no utilización del electrocardiograma tiene justificación y no cabe entender que haya supuesto un fallo en el tratamiento del paciente. En este sentido, ha de advertirse que el Centro de Salud de xxxxx disponía de aparato para efectuar tal prueba diagnóstica, sin que conste que su no utilización esté relacionada con un problema de disponibilidad para su uso.

Abundando en lo anterior, ha de tenerse en cuenta que la historia clínica y antecedentes del paciente tampoco sugerían el infarto, existiendo un único diagnóstico previo de hipercolesterolemia, pero no de hipertensión, diabetes, sobrepeso, etc.



Por otro lado, tampoco es atendible la alegación del reclamante, encaminada a entender que hubo un fallo al no plantearse, el segundo o tercer día, otro posible diagnóstico, basado en la conclusión 3ª del informe médico forense, de 16 de julio de 2001, según la cual “la persistencia de la sintomatología dolorosa y el fracaso de la terapéutica prescrita, debería haber obligado a replantearse el diagnóstico inicial o al menos a descartar otras patologías más graves como es el infarto agudo de miocardio”. No puede prosperar esa alegación pues a partir de la segunda consulta se constata una mejoría del enfermo, en cuanto a síntomas dolorosos, hasta el punto de que el 20 de marzo llega a hacer un viaje a xxxxx –todo ello, incluso, aunque tal mejoría fuese hipotéticamente causada por la medicación prescrita, si se atiende a la conclusión 5ª del referido dictamen médico forense de 16 de julio de 2001–; además, la documentación pericial permite afirmar que entraba dentro de lo probable que las dolencias diagnosticadas tardaran un cierto tiempo en evolucionar favorablemente.

### **III CONCLUSIONES**

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxx, representado por D. yyyyy, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hermano, D. rrrrr.

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