



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero
y Ponente

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 18 de enero de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx, en su nombre y en el de sus hijas Dña. c1 y Dña. c2*, 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 4 de septiembre 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 por D. xxxxx, en su nombre y en el de sus hijas Dña. c1 y Dña. c2, debido los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. zzzzz*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 6 de septiembre de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 900/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, 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. Fernández Costales.

Primero.- Mediante escrito de 29 de octubre de 2003 D. xxxxx presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial, en la que solicita el



resarcimiento de los daños y perjuicios producidos con motivo de la asistencia sanitaria prestada a su mujer, Dña. zzzzz, por el servicio sanitario de urgencias de xxxxx. La alegación fundamental es que Dña. zzzzz falleció por un error de diagnóstico, pues los médicos que la atendieron no diagnosticaron la dolencia cardiaca que padecía y por la que falleció, al no interpretar bien unos electrocardiogramas. Señala que el error de diagnóstico se reconoce en el informe del médico forense, y así se indica en el Auto de 26 de junio de 2003 del Juzgado de Instrucción. Además afirma:

“En el presente caso no cabe alegar, para eximir a la Administración de su responsabilidad patrimonial, de que por parte de los médicos, que atendieron a la esposa del compareciente, se le prestó un reconocimiento adecuado, pues la ‘impericia’ de los mismos ocasionó el error de diagnóstico, pues, aunque así fuera, resultaría que la imputabilidad de la acción ha de recaer sobre el Insalud al tener a unos profesionales, no especializados en la materia, que no saben leer unos electrocardiogramas. Y, por ese sólo motivo, la responsabilidad es clara y determinante, pues no hay que olvidar que, como establece el Auto del Juzgado de Instrucción, existe una relación directa entre el error y el resultado, sin que exista causa de fuerza mayor que pueda excluir esa responsabilidad”.

Se solicita una indemnización por daños morales y perjuicios de 500.000 euros, correspondiendo 250.000 euros para el esposo de la fallecida y 125.000 euros para cada una de sus hijas.

Se acompaña a la reclamación muy diversa documentación, especialmente la obrante en el procedimiento penal (auto de sobreseimiento provisional de 26 de junio de 2003, atestado de la Guardia Civil, informe de autopsia, informe del Instituto Nacional de Toxicología, etc.).

Segundo.- El informe pericial del médico forense, de 19 de mayo de 2003, recoge la siguiente relación de hechos, que describen lo sucedido:

“I. Que Dña. zzzzz, sobre las 21,05 horas del día 7 de febrero de 2002, acudió al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de xxxxx quejándose de dolor fijo retroesternal, se la exploró, se le realizó electrocardiograma (ECG) y se le tomó la tensión arterial 165-85, y fue diagnosticada de gastritis y



taquicardia sinusal. Se le prescribió un tratamiento adecuado al diagnóstico realizado.

»II. Que Dña. zzzzz, sobre la 1 hora del día 8 de febrero de 2002, acudió al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de xxxxx quejándose de dolor centrotorácico, se la exploró, se le realizó electrocardiograma (ECG) y fue diagnosticada de dolor centrotorácico y aerofagia. Se le prescribió un tratamiento adecuado al diagnóstico realizado. En el libro de registro se hizo constar que había un ritmo sinusal de 110 y que no había alteración ST.

»III. Que Dña. zzzzz realizó un aviso a su médico de cabecera y fue reconocida a las 13,30 horas del día 8 de febrero de 2002 en su domicilio. Según consta en el Informe emitido por su médico de cabecera la tensión arterial era de 120/75 y no había alteraciones cardiacas perceptibles a la auscultación.

»IV. Que a las 16,30 horas del día 8 de febrero de 2002 se diagnosticó que Dña. zzzzz había fallecido. El Sr. Médico que emitió el Informe de Atención Continuada hace mención a una visita al Servicio de Urgencias el día 7/02/02 a las 22 horas y el día 8/02/02 a las 14 horas por padecer dolor precordial irradiado a brazo izquierdo y en el Parte Judicial que se emitió se indica que se desconoce la causa de la muerte.

»V. Que a las 23 horas del 8 de febrero, con la finalidad de conocer las causas de la muerte de Dña. zzzzz, el firmante practicó la autopsia a su cadáver, se tomaron muestras para determinaciones toxicológicas e histopatológicas y se informó que la causa inmediata de la muerte fue un taponamiento cardíaco y que la causa fundamental de la muerte fue un infarto de miocardio con rotura de miocardio.

»VI. Que el Instituto Nacional de Toxicología informó, como resultados de los análisis toxicológicos realizados, que en la sangre de la fallecida había Diazepam y Nordiazepam en rangos terapéuticos.

»VII. Que el Instituto Nacional de Toxicología informó como resultado de los análisis histopatológicos realizados había: una cardiopatía isquémica manifestada por aterosclerosis coronaria extensa con reducción en 75% de las tres ramas epicárdicas principales y trombo mural en descendente



anterior; infarto agudo de miocardio transmural roto a nivel de la punta; esteatosis hepática; cambios sugerentes de tabaquismo en pulmón; congestión visceral. En su conclusión informó que: 'el hallazgo de un infarto de miocardio roto explica el taponamiento cardíaco encontrado por el forense en la autopsia, que es la causa del fallecimiento de este caso'.

»VIII. Que el Informe del Perito Cardiólogo dice respecto al registro A (que se corresponde con el primer ECG realizado) que muestra ritmo sinusal normal a 100 latidos por minuto y ligera elevación del segmento ST en DII, DIII, a VF y de V4 a V6, compatible con isquemia miocárdica aguda de localización inferolateral. Señala, además, que dichas alteraciones pueden corresponder a un síndrome coronario agudo con elevación ST. También considera que las ligeras alteraciones descritas pueden pasar desapercibidas para aquellos profesionales que no estén familiarizados con esta técnica diagnóstica o no estén especialmente sensibilizados con esta patología.

»IX. Que el Informe del Perito Cardiólogo dice respecto al registro B (que se corresponde con el segundo ECG realizado) que existe una menor elevación del segmento ST en las mismas derivaciones que el registro A y que estas alteraciones electrocardiográficas en menor grado podrían corresponder a la evolución del mismo síndrome coronario agudo con elevación del ST".

Tercero.- Al expediente se han incorporado documentos médicos y diversos informes, muchos de ellos presentados como documentación por la parte reclamante, pudiendo destacarse:

- Atestado instruido por la Guardia Civil, por hallazgo del cadáver de Dña. zzzzz.

- Informe pericial, de 7 de marzo de 2002, del médico forense, con las siguientes conclusiones:

"1. Que zzzzz falleció a consecuencia de una parada cardíaca por taponamiento cardíaco.

»2. Que la causa fundamental fue un infarto de miocardio con rotura del miocardio.



»3. Que la hora de la muerte debe situarse sobre las 16 horas del día 8 de febrero de 2002.

»4. Que la etiología de la muerte se halla en causas naturales”.

- Informe de 29 de abril de 2002 del Instituto Nacional de Toxicología.

- Informe de 29 de mayo de 2002 del Instituto Nacional de Toxicología, con la conclusión de que “El hallazgo de un infarto de miocardio roto explica el taponamiento cardiaco encontrado por el forense en la autopsia, que es la causa del fallecimiento de este caso”.

- Informe de 22 de octubre de 2002 del Dr. ffffff.

- Informe de 22 de octubre de 2002 de la Dra. gggggg.

- Informe de 22 de octubre de 2002 de la Dra. rrrrrr.

- Informe, de 24 de febrero de 2003, que emite como perito en las diligencias previas procedimiento abreviado 84/2002, el Dr. mmmmm, catedrático de cardiología, en el que se afirma:

”1. Dispongo de dos registros electrocardiográficos de 12 derivaciones figurando en ambos el nombre de Dña. zzzzzz.

»2. No es posible identificar las fechas de los registros y por ello no me es posible determinar los cambios evolutivos en el tiempo.

»3. En el que figura TA 16/85 lo identificaré como A y en el otro como B.

»4. El registro A muestra:

»- ritmo sinusal normal a 100 latidos por minuto.



»- ligera elevación del segmento ST en DII, DIII, a VF y de V4 a V6, compatible con isquemia miocárdica aguda de localización inferolateral.

»5. El registro B existe una menor elevación del segmento ST en las mismas derivaciones. Podría ser un registro anterior o posterior al primero. Es decir pueden ser evolutivos del mismo proceso cardíaco.

»6. Las alteraciones que presenta el registro electrocardiográfico A, pueden corresponder a un síndrome coronario agudo con elevación del ST.

»7. Las alteraciones electrocardiográficas de menor grado que aparecen en el registro B, podrían corresponder a la evolución del mismo Síndrome coronario agudo con elevación del ST.

»8. Las ligeras alteraciones que presenta el registro A, pueden pasar desapercibidas para aquellos profesionales que no estén muy familiarizados con esta técnica diagnóstica o no estén especialmente sensibilizados con esta patología.

»9. El síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, puede evolucionar según los casos hacia un infarto agudo de miocardio con onda Q de necrosis, sin onda de necrosis y en menos casos a angina de pecho inestable”.

- Informe pericial, de 19 de mayo de 2003, del médico forense con las siguientes conclusiones:

”1. Que por los médicos del Centro de Salud de xxxxx se realizó un reconocimiento adecuado de la paciente Dña. zzzzz.

»2. Que dichos médicos no tenían los conocimientos necesarios para interpretar las ligeras alteraciones existentes en los electrocardiogramas realizados.

»3. Que dichos conocimientos son propios de médicos especialistas o versados en cardiología.



»4. Que, por ello, el diagnóstico fue erróneo.

»5. Que dicho error privó a la paciente de un tratamiento adecuado que, quizás, podría haber evitado la evolución fatal de la isquemia cardiaca”.

- Auto, de 26 de junio de 2003, del Juzgado de Instrucción nº 1 de xxxxx, que acuerda el sobreseimiento provisional de las actuaciones.

Los razonamientos jurídicos cuarto a sexto señalan:

“Cuarto.- Una normopraxis, o actuación correcta del médico ante una determinada situación excluye la responsabilidad penal. Esta práctica correcta implica actuar conforme a lo que comúnmente se llama *lex artis*.

»En el caso de un dolor torácico el protocolo correcto de actuación es la práctica de un electrocardiograma, aun cuando dicho dolor puede tener una etiología muy variada. En el caso de autos, no sólo se realizó uno, sino dos, pero su resultado puede calificarse como excepcional, en el sentido de que presentaban alteraciones irregulares, poco frecuentes y muy difíciles de apreciar para una persona sin una especialización adecuada. Es evidente que, dado el estado actual de la medicina y los continuos avances en todas sus áreas, es imposible que un médico con una formación generalista sea capaz de interpretar un instrumento para el diagnóstico especializado de la misma forma que otro cuya actividad se desarrolla única y exclusivamente en ese campo. No se puede exigir a un médico sin especialización en Cardiología que actúe conforme a la normopraxis exigible a un especialista en enfermedades cardiacas.

»Quinto.- En cuanto al segundo de los requisitos de la imprudencia profesional, esto es, el resultado dañoso para el paciente, está claro que se produjo, toda vez que ésta falleció. También concurre la tercera condición: el nexo de causalidad entre la actuación del médico y el resultado lesivo. De no haberse producido el error diagnóstico existían posibilidades (aunque en este sentido nada se puede afirmar con certeza absoluta, siendo la Medicina una ciencia inexacta por definición) de haber salvado la vida de la paciente, bien mediante un adecuado tratamiento en el propio centro de Salud, bien habiendo trasladado a la paciente al Hospital de xxxxx1.



»Sexto.- A modo de conclusión han de hacerse las siguientes afirmaciones:

»1. Los médicos del Centro de Salud de xxxxx actuaron ante una situación conforme al protocolo adecuado: ante un dolor torácico realizaron dos electrocardiogramas.

»2. Los resultados de dichas pruebas presentaban irregularidades no apreciables por una persona sin una formación muy específica.

»3. Debido a tales irregularidades se produjo un error en el diagnóstico que motivó que no se tratara correctamente a la paciente o se la desviara al Servicio de Cardiología de xxxxx1, con el resultado fatal de la muerte de la misma.

»Concurren dos de los requisitos establecidos para exigir responsabilidad penal a los médicos: el resultado y la relación causal entre el error y el resultado. Sin embargo no se da el primero de ellos: la imprudencia médica relevante a los efectos penales”.

- Recurso de apelación presentado por la parte reclamante contra el anterior Auto, en el cual, entre otras cosas, se dice:

“(...) el Auto recurrido se basa para acordar el sobreseimiento provisional en el hecho de que existió un error en el diagnóstico motivado porque las alteraciones irregulares, que presentaba el electrocardiograma, eran muy difíciles de apreciar por una persona sin una especialización adecuada. Tal manifestación, en la que también insiste el Ministerio Fiscal para solicitar el sobreseimiento, no es cierta, salvo que se tome en consideración lo indicado por el Sr. Médico Forense, por la sencilla razón de que el Catedrático en Cardiología no dice que sea necesario el tener unos conocimientos técnicos especializados. Pero, aunque así lo fuera, lo que parece claro es que los profesionales del Centro de Salud sí tenían que haber observado esas alteraciones irregulares, y tenían que haber procedido de una manera adecuada y prudente, es decir, haber pedido asesoramiento al respecto o, más fácil aún (como lo han hecho en otras ocasiones), remitir al paciente al Hospital. Quizás, por ese descuido o negligencia, en lugar de encuadrarse la



actuación de los profesionales en una imprudencia grave, podría ser considerada, al menos, como una imprudencia leve, y actuar en consecuencia”.

- Auto, de 7 de agosto de 2002, de la Audiencia Provincial de xxxxx1, que desestima el recurso de apelación interpuesto por la parte reclamante contra el Auto de sobreseimiento.

- Informe, de 8 de marzo de 2004, de la médico inspectora, que como conclusión 13º afirma:

“El Juzgado de Instrucción Nº 1 de xxxxx acordó el sobreseimiento provisional de las actuaciones, en base a que: los médicos del centro de salud de xxxxx actuaron adecuadamente conforme al protocolo establecido ante un dolor torácico, realizando dos ECG. Dichos ECG presentaban irregularidades no apreciables por una persona sin una formación muy específica, motivo por el cual se produjo un error en el diagnóstico que motivó que no se tratara correctamente a la paciente o se la desviara al servicio de cardiología de xxxxx1, con el resultado fatal de la muerte de la paciente. No obstante, no aprecia imprudencia médica en la actuación de los profesionales implicados”.

- Informe, de 19 de abril de 2004, de los doctores aaaaa y nnnnn, a solicitud de la aseguradora ssssss, que señala entre sus consideraciones:

“En el caso que nos ocupa la paciente no tenía factores de riesgo cardiovascular conocidos, ni antecedentes de interés. Consulta en atención primaria por un cuadro de dolor centrotorácico pero en el que concurren una serie de circunstancias que establecen como poco probable la naturaleza cardiaca del mismo:

»- Se acompaña de sintomatología digestiva inespecífica (aerofagia) consistente en la acumulación de gas en el interior del tubo digestivo que produce sensación de plenitud y en ocasiones dolor, que habitualmente alivian con la expulsión de gases.

»- Mejora con el tratamiento médico pautado que no incluye ningún fármaco de los utilizados habitualmente en la angina.



»- No se acompaña de cortejo vegetativo.

»- Se relaciona con una situación estresante y que la paciente probablemente reconoce como relacionada con la aparición de los síntomas.

»Evidentemente y con el diagnóstico ya hecho es fácil atribuir las alteraciones electrocardiográficas señaladas por el Dr. mmmmm, a una cardiopatía isquémica, sin embargo incluso con el diagnóstico ya hecho las alteraciones electrocardiográficas resultan sutiles para este mismo perito. El análisis de los hechos no se debe realizar en base al diagnóstico final alcanzado en la autopsia, sino poniéndose en la situación de un paciente sin factores de riesgo cardiovascular, que consulta por una sintomatología atípica para angina y que en el electrocardiograma presenta alteraciones que en nuestro criterio no permiten establecer el diagnóstico de cardiopatía isquémica. En base a esta secuencia de hechos el protocolo de actuación así como el diagnóstico alcanzado y el tratamiento pautado por los médicos de atención primaria parece correcto.

Las conclusiones del informe son:

“Los médicos de atención primaria tienen una formación suficiente para realizar una interpretación correcta de los registros electrocardiográficos, que en ningún caso se deben valorar como un hecho aislado sino en el contexto de la clínica y la exploración física de la paciente. Sería descabellado suponer que en cada ambulatorio o en cada servicio de urgencias hospitalario existiera un cardiólogo para interpretar dichos registros.

“1. D^a zzzzz consultó en dos ocasiones en un plazo breve de tiempo en Urgencias de Atención Primaria por un cuadro de dolor torácico que fue manejado desde el punto de vista diagnóstico con arreglo a los protocolos de actuación ante esta patología.

»2. La paciente no presentaba factores de riesgo cardiovascular y el dolor presentaba características que no lo hacían típico de cardiopatía isquémica y que se han comentado en el apartado de consideraciones.



»3. La interpretación del electrocardiograma no se debería enjuiciar a nuestro criterio en base al diagnóstico alcanzado en la autopsia. Con esta consideración previa, entendemos que los cambios apreciados en los registros electrocardiográficos no permiten realizar el diagnóstico de cardiopatía isquémica.

»4. En base a lo anterior, entendemos que tanto el diagnóstico alcanzado como el tratamiento pautado serían correctos y acordes a la clínica, exploración y hallazgos en el electrocardiograma.

»5. En todo caso el supuesto error en el diagnóstico no parece que influya en el pronóstico de la paciente pues:

»- No parece que se hubiera podido plantear tratamiento revascularizador tanto por el tiempo transcurrido desde el inicio de la clínica, como por los hallazgos electrocardiográficos.

»- El fallecimiento se produce por una rotura cardiaca precoz circunstancia que no parece relacionarse con la aplicación o no del tratamiento revascularizador, y que presenta una mortalidad cercana al 100% incluso atendida en un medio hospitalario”.

Cuarto.- Concluida la instrucción del expediente, se da audiencia del mismo a la parte interesada, que por escrito de 18 de agosto de 2004 presenta alegaciones en las que reitera su solicitud, insistiendo en que ha habido error de diagnóstico y que debe indemnizarse, argumentando de diversa forma que no hay excusa para tal error.

Quinto.- Con fecha 18 de julio de 2006, la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula la propuesta de orden desestimando la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

Sexto.- El 2 de agosto de 2006 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden desestimatoria por considerarla ajustada a derecho.



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 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.

3ª.- Concurren en los interesados los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre. 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.

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 de 1999; 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 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), 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.

En las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo,



ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.

Los interesados han 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.

5ª.- A la vista de éste y otros casos similares, resulta necesario fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad administrativa a la que se imputa el daño. Este criterio básico o *lex artis ad hoc* se basa en que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es la de prestar la debida asistencia médica y no la de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Así lo ha manifestado el Tribunal Supremo en Sentencia de 26 de mayo de 1986, que marcó el comienzo de considerar generalizada la obligación de medios al establecer: "La naturaleza jurídica de la obligación contractual del médico no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo (obligación de resultado), sino una `obligación de medios´, es decir, se obliga no a curar al enfermo, sino a suministrarle los cuidados que requiere según el estado actual de la ciencia médica".

En igual sentido se ha pronunciado el mismo Tribunal en otras Sentencias, tales como la de 9 de marzo de 1998, 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999 y 4 de abril de 2000. Esta última Sentencia señala: "El criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva del servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del buen o mal éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado".

En sentido similar al hasta aquí expuesto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, en su fundamento de derecho séptimo, señala que "aunque en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la



Administración sanitaria tiene una importancia secundaria si la actuación del servicio médico ha sido correcta o incorrecta, lo cierto es que tal apreciación permite, en primer lugar, determinar con alto grado de certeza la relación de causalidad y, en segundo lugar, concluir si el perjuicio sufrido por el paciente es o no antijurídico, es decir, si éste tiene o no el deber jurídico de soportarlo, ya que, según la jurisprudencia tradicional, ahora recogida por el precepto contenido en el artículo 141.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, redactado por Ley 4/1999, no son 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 existente en el momento de producción de aquéllos.

»En nuestra Sentencia de 22 de diciembre de 2001 (recurso de casación 8406/97) declaramos que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto.

»La jurisprudencia (Sentencias de 25 de enero de 1997, 21 de noviembre de 1998, 13 de marzo, 24 de mayo y 30 de octubre de 1999) ha precisado que lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no es el proceder antijurídico de la Administración, dado que tanto responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión.

»La antijuridicidad de la lesión no concurre cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la



ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél, incluyendo así nuestro ordenamiento jurídico como causa de justificación los denominados riesgos del progreso”.

Por ello, de acuerdo con la línea jurisprudencial consolidada por el Tribunal Supremo y acuñada por la doctrina del Consejo de Estado, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, que supondría llevar la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis ad hoc* respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el perjudicado.

En el caso que nos ocupa es necesario valorar si la asistencia prestada a Dña. zzzzz resulta ajustada a las exigencias de la *lex artis*, ya que la parte reclamante alega error de diagnóstico como motivo de su pretensión indemnizatoria.

6ª.- En este sentido cabe decir, tal y como ha señalado el Consejo de Estado en diversos dictámenes, entre ellos el Dictamen 82/2002, de 21 de febrero, que “para que el error de diagnóstico pueda tener entidad a los ojos del Derecho –y no sólo en el ámbito jurídico penal, sino también en el de la responsabilidad patrimonial– es necesario atender a su entidad y, en este sentido, el error de diagnóstico excusable, es decir, aquel que en atención a las circunstancias del caso concreto hubiera podido cometer cualquier otro facultativo en la misma situación que el interviniente, no puede generar responsabilidad alguna, sobre todo si se atiende a que la obligación de los profesionales sanitarios y del servicio sanitario en general es una obligación de medios y no de resultados”.

El mismo Órgano Consultivo manifiesta en su Dictamen 78/2002, de 14 de febrero, que “el paciente no puede exigir (ni la medicina ofrecer) un resultado. A lo que el paciente tiene derecho es a que se le preste una atención



sanitaria –también en fase de diagnóstico– adecuada a la *lex artis ad hoc*, en función de las circunstancias concurrentes y conocimientos científicos del momento. Quiere con ello decirse que incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia, u otras circunstancias, hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios”.

Dicho esto, cabe señalar que este Consejo considera que, en el presente caso, no puede afirmarse que los facultativos que atendieron a la paciente en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de xxxxx hubieran infringido la *lex artis ad hoc* cometiendo un error de diagnóstico.

Es cierto que ninguna de las dos veces que aquélla acudió a urgencias (21:05 horas del 7 de febrero y 1:00 horas del 8 de febrero) los médicos que la atendieron detectaron la cardiopatía isquémica que padecía, pero esto no implica necesariamente que dichos facultativos incurrieran en error de diagnóstico. Es claro que la circunstancia de no haber advertido dicha lesión es de suma importancia para determinar si ha existido o no error de diagnóstico. Es más, hasta cierto punto, el hecho de que no se apreciara entonces esa cardiopatía puede presuponer la existencia del error de diagnóstico. Mas la exacta determinación de éste exige profundizar en la atención recibida por la paciente, examinando las condiciones en que se emitió el diagnóstico y los medios empleados con tal fin, para –valorando todo ello– juzgar si con tales circunstancias era exigible que los médicos intervinientes llegaran al diagnóstico de cardiopatía isquémica. Sólo si fuera exigible tal diagnóstico cabría verdaderamente considerar que aquéllos erraron al no llegar a emitirlo.

Pues bien, a la vista de los informes obrantes en el expediente, cuyo contenido más relevante se ha transcrito en los antecedentes de hecho, en cuanto a los medios empleados por los médicos de urgencias que atendieron a la paciente, es preciso resaltar que no puede afirmarse que hubiera una inadecuada aplicación de los mismos o que no utilizaron los necesarios conforme a los síntomas que presentaba aquélla. Esta conclusión resulta del hecho de que –dejando aparte lo tocante a la lectura de los electrocardiogramas– ninguno de esos informes señala o indica que los médicos



no utilizaran con la paciente los medios adecuados de diagnóstico o no practicaran las pruebas diagnósticas que exigía la situación.

Al respecto cabe recordar que el informe del médico forense, de 19 de mayo de 2003, señala en la conclusión 1 que “se realizó un reconocimiento adecuado de la paciente”; por otro lado, el informe de la médico inspectora indica en la conclusión 13 que “el Juzgado de Instrucción Nº 1 de xxxxx acordó el sobreseimiento provisional de las actuaciones, en base a que los médicos del centro de salud de xxxxx actuaron adecuadamente conforme al protocolo establecido ante un dolor torácico, realizando dos ECG”; por último, el informe de los doctores aaaaa y nnnnn en su conclusión 1 dice que el cuadro de dolor torácico “fue manejado desde el punto de vista diagnóstico con arreglo a los protocolos de actuación antes esta patología”.

Sentado que los medios para el reconocimiento fueron los adecuados, se plantea la cuestión de si la conclusión diagnóstica alcanzada fue correcta, en el sentido de llegar al diagnóstico que las pruebas ponían de relieve, dadas las condiciones y síntomas de la enferma. En concreto el tema debatido es si la lectura de los dos electrocardiogramas, en el contexto fáctico y sintomático en que se produjo, exigía llegar al diagnóstico de la cardiopatía que afectaba a la paciente.

Al respecto hay que partir de la conclusión 8 del informe del Dr. mmmmm, catedrático de cardiología, según la cual “las ligeras alteraciones que presenta el registro A, pueden pasar desapercibidas para aquellos profesionales que no estén muy familiarizados con esta técnica diagnóstica o no estén especialmente sensibilizados con esta patología”. Esta conclusión admite diversas interpretaciones, si bien orienta, en principio, en el sentido de que dichas alteraciones no eran desde luego fácilmente detectables por los médicos de urgencias. La cuestión estriba en si, pese a la dificultad, era exigible que éstos las detectaran.

Antes de contestar a esta pregunta debe tomarse postura sobre otra cuestión previa: si los médicos no vieron o detectaron las alteraciones electrocardiográficas o si, apreciándolas, no supieron interpretarlas y dejaron sin resolver su interpretación. En principio el Consejo entiende, a la vista de la documentación examinada, que los médicos no las detectaron, es decir, no las vieron como alteraciones susceptibles de una hipotética dolencia. Al respecto es



resaltable que la Dra. gggggg, que atendió en la segunda visita a la paciente, en escrito de 22 de octubre de 2002 indica sobre el examen: "E.C.G. ritmo sinusal a 110 por minuto. No alteración S.T.", dato este último que también aparece en el registro de urgencias correspondiente, en la casilla de observaciones. Aunque el Dr. ffffff, en escrito de igual fecha, no se refiere a las alteraciones de S.T., limitándose a decir que "se le realiza E.C.G.", no hay datos que indiquen que las detectara, y parece improbable que detectándolas –y considerándolas susceptibles de mayor examen– omitiera imprudentemente su análisis por sí mismo o por consulta.

Aclarado lo anterior, y volviendo al significado que deba darse a la conclusión 8 del informe del Dr. mmmmm, este Consejo considera que los posteriores informes incorporados al expediente –que conocen el de dicho doctor– avalarían la posición de entender que la detección de las repetidas alteraciones exigía unos conocimientos especializados que normalmente no poseen los médicos de urgencias. Así, la conclusión 2 del informe de 19 de mayo de 2003 del médico forense dice: "Que dichos médicos no tenían los conocimientos necesarios para interpretar las ligeras alteraciones existentes en los electrocardiogramas realizados". Y la 3 señala: "Que dichos conocimientos son propios de médicos especialistas o versados en cardiología". El informe de la médico inspectora, en la conclusión 13º afirma: "El Juzgado de Instrucción Nº 1 de xxxxx acordó el sobreseimiento provisional de las actuaciones, en base a que: los médicos del centro de salud de xxxxx actuaron adecuadamente conforme al protocolo establecido ante un dolor torácico, realizando dos ECG. Dichos ECG presentaban irregularidades no apreciables por una persona sin una formación muy específica".

Lo dicho en el párrafo anterior implicaría la ausencia de error de diagnóstico –cuestión distinta es que el diagnóstico fuera incompleto o insuficiente–, por cuanto no sería exigible de los facultativos –médicos de urgencias, no especialistas en cardiología– que atendieron a la paciente alcanzar el diagnóstico de cardiopatía isquémica a partir de la lectura de unos electrocardiogramas cuyas alteraciones eran tales que, en principio, sólo podrían interpretarse como reveladoras de dicha lesión con unos conocimientos que excedían de los propios o correspondientes a aquéllos.

No sería obstáculo para llegar a la conclusión señalada que los informes citados afirmen que "el diagnóstico fue erróneo" (informe del médico forense,



conclusión 4) o que “se produjo un error en el diagnóstico” (informe de la médico inspectora, conclusión 13), porque el sentido que de tales informes se desprende sería simplemente que no se llegó a alcanzar el diagnóstico de la cardiopatía –cuestión que es evidente–, no que hubiera error de diagnóstico en los términos explicados (no diagnosticar una dolencia cuando las circunstancias en que se presta la atención y los síntomas del paciente exigirían que se llegara a su diagnóstico). Por otro lado, la ausencia de error, en los términos comentados, se reforzaría por el hecho de que, en principio, la paciente no presentaba factores de riesgo cardiovascular y –según el informe de los doctores aaaa y nnnnn– el dolor no presentaba características típicas de cardiopatía isquémica.

Dicho esto, cabe plantear si los razonamientos expuestos hasta aquí resultarían modificados por el informe de los doctores aaaa y nnnnn. Éstos no efectúan la afirmación ya comentada de que para interpretar las alteraciones de los electrocardiogramas eran necesarios conocimientos de especialista, e incluso contiene un párrafo en sus consideraciones que cabría entender en sentido contrario:

“Los médicos de atención primaria tienen una formación suficiente para realizar una interpretación correcta de los registros electrocardiográficos, que en ningún caso se deben valorar como un hecho aislado sino en el contexto de la clínica y la exploración física de la paciente. Sería descabellado suponer que en cada ambulatorio o en cada servicio de urgencias hospitalario existiera un cardiólogo para interpretar dichos registros”.

Sin embargo esto no parece suficiente para desvirtuar la rotundidad de las conclusiones que al respecto se realiza en los informes ya comentados del médico forense y de la médico inspectora. Además, cabe pensar que el informe de los doctores aaaa y nnnnn no se pronuncia claramente sobre esta cuestión, porque su planteamiento es precisamente que no debe valorarse aisladamente la interpretación de los registros electrocardiográficos, sino en el contexto de la clínica y la exploración física de la paciente.

Finalmente, sin perjuicio de todo lo señalado, ha de considerarse que este último informe, además de tener el contenido que se acaba de destacar –que hipotéticamente podría entenderse en el sentido de que los médicos de urgencias debían tener los conocimientos para interpretar las discutidas



alteraciones de los electrocardiogramas–, tiene conclusiones que en modo alguno son favorables a la estimación de la reclamación; así, las siguientes:

“2. La paciente no presentaba factores de riesgo cardiovascular y el dolor presentaba características que no lo hacían típico de cardiopatía isquémica y que se han comentado en el apartado de consideraciones.

»3. La interpretación del electrocardiograma no se debería enjuiciar a nuestro criterio en base al diagnóstico alcanzado en la autopsia. Con esta consideración previa, entendemos que los cambios apreciados en los registros electrocardiográficos no permiten realizar el diagnóstico de cardiopatía isquémica.

»4. En base a lo anterior, entendemos que tanto el diagnóstico alcanzado como el tratamiento pautado serían correctos y acordes a la clínica, exploración y hallazgos en el electrocardiograma”.

En definitiva, examinada la documentación obrante en el expediente, especialmente los informes técnicos del mismo, cabe concluir que, pese a no haberse detectado la cardiopatía que padecía la paciente, no hay bastante base documental para afirmar con la necesaria seguridad que en la atención recibida por aquella se hubiese incurrido en error de diagnóstico, con infracción de la *lex artis ad hoc*. La presunción de que podría existir el citado error, por el hecho de no haberse apreciado la lesión cardiaca, queda suficientemente contrarrestada por los informes citados, que en su conjunto conducen, a juicio de este Consejo, a la conclusión formulada, que implica que la reclamación habría de ser desestimada.

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 por D. xxxxx, en su nombre y en el de sus hijas Dña. c1 y Dña. c2,



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

debido los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. zzzzz.

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