



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero y
Ponente

Sr. Pérez Solano, 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 10 de abril de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2 y Dña. xxxx3, en su propio nombre y derecho y en representación de Dña. xxxx4 y Dña. xxxx5*, 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 28 de febrero de 2008 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 Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2 y Dña. xxxx3, en su propio nombre y derecho y en representación de Dña. xxxx4 y Dña. xxxx5, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a D. xxxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 10 de marzo de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 173/2008, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del 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 el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Fernández Costales.



Primero.- Con fecha 16 de diciembre de 2003 tiene entrada en el registro de la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxxx y xxxx6, una reclamación de indemnización formulada por Dña. xxxx1, y Dña. xxxx2 y Dña. xxxx3, en su propio nombre y derecho y en el de Dña. xxxx4 y Dña. xxxx5, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo y padre, D. xxxxx.

Los reclamantes exponen en su escrito que "el fallecido (...) acudió el día 13 de diciembre de 2002, viernes, a las 10:30 horas, a la consulta del Centro Médico de la localidad de xxxx7, encontrándose de servicio el Médico D. (...), por presentar durante toda la noche anterior un fuerte dolor en el pecho con sensación de opresión. El (...) médico remite al paciente al Centro Médico de xxxx8 para que le realicen un electrocardiograma, que le practican dos horas más tarde, regresando con el resultado al Centro de xxxx7 y siendo atendido hacia las 13:15 horas. A la vista del mismo, el Dr. (...) le manifiesta que el resultado es de normalidad, que tiene buen color y buen aspecto, le toma la tensión y le diagnóstica "enfriamiento" prescribiendo Nolotil para el caso de volver a notar el dolor y recomendación de abrigarse.

»Al persistir sus dolencias, D, xxxxx acude al Centro Médico de xxxx7 el lunes 16 de diciembre de 2002, siendo atendido por el Médico D. (...), quien no le prescribió ningún nuevo tratamiento.

»D. xxxxx falleció el día 17 de diciembre de 2002 a consecuencia de un paro cardiaco, ocurrido en su domicilio (...).

»El fallecimiento del esposo y padre de las reclamantes sucede con ocasión de la defectuosa asistencia médica dispensada, al no haberse adoptado medidas de atención y practicado las pruebas diagnósticas precisas para llegar a un correcto diagnóstico de su proceso patológico, lo que provoca la evolución negativa de su enfermedad y, finalmente su fallecimiento".

Acompañan a su escrito certificado de defunción de D. xxxxx y solicitan una indemnización de 95.322,79 euros.

Segundo.- D. xxxxx, nacido el 10 de diciembre de 1929, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial tratada con dieta, antagonistas del calcio y sulfonilureas, acude el 13 de diciembre de 2002



a su médico general, en el consultorio de la localidad de xxxx7. En la historia clínica se recoge como motivo de la consulta el referir dolor torácico la noche anterior sin tos, ni disnea ni tampoco síntomas vegetativos.

Según informe del médico que le atiende, el paciente acude por las habituales recetas y comenta un dolor de pecho la noche anterior. Se realiza exploración cardiopulmonar que resulta normal y, en el mismo día, también estudio de ECG en el Centro de Salud de xxxx8, que es interpretado como normal; se solicita control analítico, se toma tensión arterial cuyos resultados son 160/85 y se mide glucemia, cuyos resultados son de 160. Se le firma un volante de analítica y se le recomienda que, en lo sucesivo -y más en los próximos días-, si se volviera a presentar algún dolor, acuda cuanto antes a consulta o Servicio de Urgencias. En los registros informáticos de la Gerencia de Salud, constan tres recetas extendidas al paciente con la siguiente medicación: Nolotil, Diovan (hipotensor) y Staticum (antidiabético).

El 16 de diciembre de 2002 acude de nuevo al consultorio de xxxx7, recorriéndose en la historia que se presenta para ver la analítica y que comenta el episodio de dolor torácico que había tenido el día 12, refiriendo que tomó Nolotil, "con lo que se le pasó"; también refiere ligero dolor en rodilla izquierda sin edemas. Se realiza auscultación cardiopulmonar y toma de pulso que resulta normal. Se revisa el ECG -considerándolo normal- y se toma tensión, que es de 150/85. Se prescribe antiinflamatorio tópico (Voltarén emulgen) y se dan consejos higiénico-dietéticos, sobre todo de dieta sosa e hipoglucemiante.

Los resultados analíticos son informados con valores normales de hemograma, velocidad de sedimentación globular, bioquímica a excepción de glucosa (bioquímica que influyó las determinaciones de GOT, la GPT, la gamma-GT, creatinina) y los iones sodio y potasio. La fecha de resultados del análisis es de 17 de diciembre de 2002.

El día 17 de diciembre de 2002, recibido un aviso de asistencia, el médico se desplaza al domicilio del paciente; pero cuando llega, éste ya ha fallecido por infarto agudo de miocardio.

Tercero.- Al expediente se incorpora la siguiente documentación:

I.- Historia clínica del paciente.



II.- Informe del Cordinador Médico de xxxx8, de fecha 13 de enero de 2003, y contestación del Gerente de Atención Primaria de xxxxx, ante una reclamación formulada por Dña. xxxx1.

III.- Informe del médico de atención primaria, de 16 de febrero de 2004.

IV.- Informe emitido por el Coordinador de Áreas de Inspección, de 29 de julio de 2004.

Cuarto.- El 31 de enero de 2005, se concede trámite de audiencia a los interesados, sin que conste que hayan presentado escrito de alegaciones o documentación alguna.

Quinto.- Con fecha 12 de diciembre de 2007, la Dirección General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud emite propuesta de resolución de carácter desestimatorio.

El 28 de enero de 2008, la Directora General de Administración e Infraestructuras formula propuesta de orden desestimatoria, por entender que la atención recibida por el paciente fue ajustada a la *lex artis ad hoc*.

Sexto.- El 31 de enero de 2008, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta 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 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, es preciso destacar negativamente que se ha producido una demora injustificada en la tramitación del presente expediente, puesto que la reclamación se formula en diciembre de 2003 y la propuesta de orden es elaborada en diciembre de 2008. Este retraso necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

3ª.- La Administración ha dado por ciertos los requisitos de capacidad y legitimación de los interesados, exigidos por la referida Ley 30/1992. No obstante, debe señalarse que el escrito de los reclamantes aparece firmado únicamente por dos de los interesados, por lo que el instructor debió haber requerido a éstos, conforme a lo señalado en el artículo 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, para que subsanasen la deficiencia advertida y se acreditase la representación de Dña. xxxx4, y xxxx5.

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, 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 3.583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002) y de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1.008/2005, de 1 de diciembre; 1.134/2005, de 12 de enero de 2006; 59/2006, de 19 de enero; y 300/2006, de 23 de marzo), 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 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.



Además, 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.

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación formulada por Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2 y Dña. xxxx3, en su propio nombre y derecho y en el de Dña. xxxx4 y Dña. xxxx5, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo y padre, D. xxxxx.

La parte interesada 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.

6ª.- En cuanto al fondo de la cuestión planteada, estima este Consejo Consultivo, al igual que los órganos que han informado a lo largo del procedimiento, que procede desestimar la reclamación en los términos y por las razones que procedemos a exponer y analizar.

Es necesario destacar, en primer lugar, que al tratarse de una responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación, como regla general, es de medios y no de resultados, lo que supone la utilización de aquellas medidas que conozca la ciencia médica y que se encuentren a disposición del profesional sanitario en el lugar donde se produce el tratamiento.

Conforme a la doctrina del Tribunal Supremo, el hecho de que la responsabilidad de la Administración sea objetiva, no convierte a la misma en responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple hecho de que ocurran en sus instalaciones.

Así, en Sentencia de fecha 5 de junio de 1998, entre otras, declara dicho Tribunal que "el concepto de relación causal se resiste a ser definido apriorísticamente con carácter general, supuesto que cualquier acaecimiento lesivo -y así ocurre en el presente caso- se presenta normalmente no ya como el efecto de una sola causa, sino más bien, como el resultado de un complejo de hechos y condiciones que pueden ser autónomos entre sí o dependientes



unos de otros, dotados sin duda, en su individualidad, en mayor o menor medida, de un cierto poder causal.

»El problema se reduce a fijar entonces qué hecho o condición puede ser considerado como relevante por sí mismo para producir el resultado final. De las soluciones brindadas por la doctrina la teoría de la condición o de la equivalencia de las causas que durante tanto tiempo predominó en el Derecho Penal, según la cual es causa del daño toda circunstancia que de no haber transcurrido hubiera dado lugar a otro resultado, está hoy sensiblemente abandonada”.

Continúa la Sentencia citada señalando que “la doctrina administrativista se inclina más por la tesis de la causalidad adecuada, que consiste en determinar si la concurrencia del daño era de esperar en la esfera del curso normal de los acontecimientos, o si, por el contrario, queda fuera de este posible cálculo, de tal forma que sólo en el primer caso el resultado se corresponde con la actuación que lo originó, es adecuado a ésta, se encuentra en relación causal con ella y sirve como fundamento del deber de indemnizar. Esta causa adecuada o causa eficiente exige un presupuesto, una *conditio sine qua non*, esto es, un acto o un hecho sin el cual es inconcebible que otro hecho o evento se considere consecuencia o efecto del primero. Ahora bien, esta condición, por sí sola, no basta para definir la causalidad adecuada. Es necesario además que resulte normalmente idónea para determinar aquel evento o resultado teniendo en consideración todas las circunstancias del caso; esto es, que exista una adecuación objetiva entre acto y evento, lo que se ha llamado la verosimilitud del nexo. Sólo cuando sea así, dicha condición alcanza la categoría de causa adecuada, causa eficiente o causa próxima y verdadera del daño (*in iure non remota causas, sed proxima spectatur*). De esta forma quedan excluidos tanto los actos indiferentes como los inadecuados o inidóneos y los absolutamente extraordinarios determinantes de Fuerza Mayor”.

Asimismo, es doctrina jurisprudencial pacífica que la culpa o negligencia médica surge cuando no se realizan las funciones que las técnicas de salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario (Sentencias del Tribunal Supremo de 11 de febrero de 1991, 27 de noviembre de 1993 y 9 de marzo de 1998); y que, según la Sentencia de 25 de noviembre de 1993, cabe declarar la responsabilidad médica si no se agotan “los medios clínicos al alcance para



establecer con ellos un diagnóstico si no absolutamente certero, lo que en una ciencia médica como la que aquí contribuye a la sanidad del enfermo no puede exigirse por su propia naturaleza, sí al menos acercarse o aproximarse a él, y en todo caso que no pueda imputársele al profesional ni el olvido ni la desidia en el correcto ejercicio profesional al no reclamar ni analizar los elementos de investigación que en la institución en que prestan sus servicios disponen”.

Por otro lado, tal y como se pronuncia la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, en Sentencias de 8 de abril y 10 de diciembre de 1996, no cabe apreciar la culpa del facultativo en aquellos supuestos en que la confusión diagnóstica viene determinada por la ausencia de síntomas claros de la enfermedad o cuando los mismos resulten enmascarados con otros más evidentes característicos de otra dolencia, reconociéndose especial relevancia a la similitud sintomática de la verdadera enfermedad con la que por confusión se diagnostica; en definitiva, no puede declararse la correspondiente responsabilidad por un error de diagnóstico que quepa calificar como disculpable.

En este sentido se puede citar, igualmente, la Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo de fecha 10 de diciembre de 1996, en la que se mantiene, respecto a un posible error de diagnóstico, que “dicha confusión sólo se considerará negligente cuando, al aparecer signos muy claros de una enfermedad, se determina otra cuyos indicios clínicos nada tengan que ver con su apariencia”; y que para determinar la existencia o no de error “se tendrá en cuenta la similitud de síntomas de la verdadera enfermedad con la que, por confusión, se diagnostica”.

Los reclamantes alegan la existencia de una asistencia sanitaria incorrecta, al no haberse diagnosticado debidamente la dolencia cardíaca que causó la muerte del paciente.

Al respecto, de acuerdo con los distintos informes médicos obrantes en el expediente administrativo ha de llegarse a la conclusión de que efectivamente la asistencia sanitaria fue correcta; cabe además poner de manifiesto -tal y como indica el Informe de Inspección Médica- que “si bien en el escrito de queja formulado en su día en el libro de reclamaciones de atención primaria se atribuye la causa de la muerte súbita a un síndrome coronario agudo que habría debutado con un infarto agudo de miocardio que se repite. En el escrito



de reclamación no se hace mención expresa al tipo de patología a la que previsiblemente se le podría achacar la causa de fallecimiento del paciente, ciñéndose a considerar la asistencia médica dispensada defectuosa al no haberse adoptado las medidas de atención y practicado las pruebas diagnósticas precisas para llegar a un correcto diagnóstico de su proceso patológico (...)."

Una vez señalado lo anterior, en atención a los síntomas que presentaba y la atención recibida, se indica en el informe citado:

"En cuanto a las manifestaciones clínicas presentadas por el paciente existen ciertas divergencias entre lo reflejado por los profesionales y lo que se relata en el escrito de reclamación. En cualquier caso, sí queda constatado que se manifestó una clínica de dolor torácico de forma expresa en la primera consulta con el médico general el día 13/12/2002 y, al menos, se hizo referencia a ella en la segunda consulta del 16/12/2002. Existen divergencias sobre si el dolor torácico es o no la causa de la segunda consulta, consulta en la que parece existir un error en cuanto al motivo que de ella se hace constar en la historia clínica: `ver analítica´, dado que según la fecha que consta en las hojas del informe de los análisis esta analítica no sería extraída hasta el día siguiente. Según las anotaciones de la historia, el dolor torácico se estaría refiriendo como iniciado el día 12/12/2002 y habría cedido con la toma de Nolotil, siendo la clínica dolorosa que en concreto se manifiesta en esta consulta del 16 la de dolor en rodilla izquierda, dolor para el que se prescribe Voltarén emulgen. En cualquier caso el dolor torácico no se correspondió con el dolor que suele acompañar al IAM pues este habitualmente se presenta con un dolor precordial opresivo de más de 30 minutos de duración, sensación de intensa gravedad, con frecuencia irradiado a los brazos y acompañado de síntomas vegetativos. En este caso el dolor no presenta la connotación de ser percibido como de intensa gravedad, pues no obliga a demandar atención con carácter urgente si no que, en la primera que se acude al médico general (13/12/2002), se refiere como un motivo más de consulta junto con el de acudir a por la medicación habitual; en la segunda consulta, según las anotaciones de la historia clínica, el dolor torácico habría cedido con el Nolotil y ya no estaría presente".

Continúa indicando el informe, valorando la posibilidad de que en el caso que nos ocupa, el dolor torácico no fuera típico, que "La referencia de un



episodio de dolor torácico, aunque no fuese típico como el padecido por este paciente, aconseja la realización de exploración física para descartar la posible existencia de signos hemodinámicos de alarma y pruebas complementaria, dado que hasta aproximadamente un 20 % de los casos la presentación del IAM puede ser atípica, situación que se da con más frecuencia en pacientes diabéticos como el caso de este paciente. En este caso el dolor no es típico de cardiopatía isquémica aguda y no es consultado como un motivo urgente, sin embargo se realiza exploración clínica en la que no se encuentran alteraciones hemodinámicas que pudieran suponer signos de alarma, estudio electrocardiográfico en el que no se aprecian signos de cardiopatía isquémica y estudio analítico en el que, si bien no se solicitan marcadores enzimáticos específicos de necrosis miocárdica siendo más un estudio de control del paciente, sí se incluyó hemograma y la transaminasa GOT. La nueva definición de infarto de miocardio se asienta sobre una elevación de marcadores de necrosis miocárdica (troponina y CK-MB) en un contexto de síntomas y alteraciones electrocardiográficas indicativos de isquemia miocárdica. El infarto de miocardio a parte de estas alteraciones enzimáticas específicas ocasiona como otras muchas patologías alteraciones humorales como leucocitosis y elevación de velocidad de sedimentación globular y aumento de la transaminasa glutámico oxalacética (GOT). Enzima esta última no específica de IAM pues además de encontrarse en el músculo cardíaco también se localiza en las células hepáticas, células musculares esqueléticas y en menor grado en riñones y páncreas. Por tanto es una enzima cuyos valores se van a elevar con la lesión de estos órganos, aumentando, en el caso del IAM a las 8 horas de producirse y manteniéndose durante 4-5 días tras el mismo. En el presente caso si se hubiese padecido realmente un infarto de miocardio la noche del día 12/12/2002 lo lógico es que se mantuviesen sus valores todavía elevados en el analítica extraída la mañana del día 17, máxime si hubiese recidivado el día 16.

El mismo informe indica, asimismo, que incluso aunque se dudase del diagnóstico de infarto agudo de miocardio como causa de la muerte, pudiendo considerarse la posibilidad de hipertensión arterial como una posible etiología de la misma, "en cualquier caso las pruebas realizadas se adecuaron a la situación clínica del paciente de la que se tiene constancia documental en la historia clínica, y la actitud conservadora y expectante adoptada en el seguimiento del enfermo con la recomendación de volver o acudir a urgencias si presentase nuevo dolor que según el informe del primer facultativo se le



realizó, estuvo en consonancia con esta clínica, los resultados obtenidos en la exploración y los estudios complementarios”.

Por tanto, de lo expuesto se deduce de forma clara que no existió error de diagnóstico y que el paciente recibió una asistencia sanitaria correcta, dentro de las posibilidades existentes en una medicina de medios y no de resultados, quedando acreditado que las actuaciones seguidas al respecto eran adecuadas, dado su estado según la *lex artis ad hoc*, no apreciándose mala praxis.

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 xxxx1 y Dña. xxxx2 y Dña. xxxx3, en su propio nombre y derecho y en el de Dña. xxxx4 y Dña. xxxx5, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. xxxxx.

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