

En Logroño, a 23 de mayo de 2005, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Bueyo Díez Jalón, y D. José M^a Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Antonio Fanlo Loras emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

46/05

Correspondiente a la consulta trasladada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D. Valentín M.P., por el fallecimiento de su hijo Rubén M.E., al no habersele diagnosticado a tiempo un infarto de miocardio, por el cual falleció.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

D. Valentín M.P., mediante escrito de 19 de septiembre de 2002, registrado el 20 de septiembre, dirigido al Jefe del Servicio Riojano de Salud, da cuenta de la que considera negligente atención prestada a su hijo Rubén M.E., en el Ambulatorio de Calahorra, el 15 de septiembre de 2002, a las 12'30 horas. El diagnóstico fue incorrecto pues se le trató de estómago (*“le dolía bastante el pecho, y se le diagnosticó una gastroenteritis”*) y a las pocas horas moría de infarto de miocardio. Hace saber personalmente y por escrito estas anormalidades a las distintas autoridades sanitarias regionales y del Ministerio *“para que estas anormalidades no ocurran más y los diagnósticos erróneos no correctos”*. Por ello:

“SUPLICA...se acceda por dicho Servicio Riojano de Salud a poner fin a estas anormalidades, bien sea por negligencia o imprudencia, y que el que suscribe insta una resolución apropiada por las causas de la muerte, por infarto de miocardio, a favor de esta familia, que si hubiese sido atendido correctamente sin negligencia ni imprudencia, habiéndole mandado al Hospital de Calahorra, todavía viviría mi hijo Rubén, y sin embargo está enterrado, por muerte de infarto de miocardio.”

Segundo

La Dirección Gerencia Atención Especializada, el mismo día 20 de septiembre de 2002, remite la “reclamación” a la Gerencia del SERIS, donde queda registrado el 23 de septiembre de 2002.

Tercero

La Gerente del SERIS, mediante escrito de 1 de octubre de 2002, remite copia de la reclamación a Z. España, Cía. Seg. y Reaseguros, así como se designa a la Médica Inspectora encargada de elaborar el preceptivo informe.

Cuarto

La Gerente del SERIS, mediante escrito de 4 de octubre de 2002, requiere a D. José M^a S.A. para que acredite su representación o apoderamiento de su cliente D. Valentín M.

Quinto

La Gerente de Atención Primaria remite al SERIS el denominado *Parte de reclamación*, para el Seguro de Responsabilidad Sanitario concertado por con la citada Z. España, cumplimentado por la médico del Centro de Salud de Calahorra, así como su informe médico sobre la asistencia prestada (folios 8 a 13). En lo que ahora interesa dice en este informe:

“Que a las 12:45 horas acudió a dicho Centro el paciente Rubén M.E. de 24 años de edad, solicitando asistencia médica por cuadro de vómitos, (adjunto fotocopia de hoja de registro de admisión). Cinco minutos después entro en la consulta en la que yo estaba prestando asistencia, por su propio pie. Preguntado por el motivo de consulta respondió que presentaba desde esa mañana nauseas, vómitos y dolor de estómago que desaparecía cuando conseguía vomitar, pero que hasta que lo conseguía se ponía muy nervioso y tenía que realizar muchos esfuerzos. Preguntado por sus antecedentes personales, no refirió ningún tipo de alergia medicamentosa, ni ningún tipo de patología ni tratamiento habitual. Pasado a la camilla para proceder a la explotación, le pedí que señalara la zona dolorosa, marcando con su mano la zona epigástrica. Presentaba la siguiente exploración: Auscultación cardiaca: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos; Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado; Abdomen: blando, depresible sin masas ni megalias (ver fotocopia de hoja de asistencia).

Como el paciente estaba bastante ansioso, procedí a colocarle pulsioxímetro y controlar objetivamente la ventilación pulmonar y ritmo cardiacos que eran normales; le comenté que le iba a pasar a otra Consulta donde se encontraba el aparato de hacer electrocardiogramas. En ese momento la Consulta la ocupaba mi compañero con unos pacientes y le pedí que cuando terminara, me la dejara libre para pasar a un paciente que estaba bastante ansioso y realizarle electrocardiograma. La espera fue breve (menor de cinco minutos), durante este tiempo estuve con el paciente y su padre intentando que se relajara. Le pregunte si esto le había ocurrido otras veces, a lo que contestó afirmativamente y que, se le pasaba con el vómito. Pasamos a la otra Consulta atravesando la sala de

espera, le explique que debía quitarse la camiseta e ir tumbándose en la camilla mientras yo iba a buscar a una Enfermera, que estaba en la Consulta contigua para que le hiciera electrocardiograma; sin llegar a la puerta el paciente empezó con nauseas intensas y un importante esfuerzo para vomitar, con vómitos biliosos que fueron abundantes, en ese momento indiqué a la Enfermera que fuera cargando 1 ampolla de Prinperan para inyectársela.

Tras finalizar los vómitos el paciente comentó: “¿Ves?, en cuanto consigo vomitar se me pasa todo” El paciente ya no presentaba ansiedad, su aspecto era normal e insistía en que se encontraba bien.

En ese momento decidí no realizarle electrocardiograma, ya que el cuadro me pareció digestivo. Esto se lo expliqué al paciente y a su padre que venía como acompañante. Se le inyectó la ampolla de Prinperan para evitar un nuevo episodio de nauseas y vómitos, y pauté Prinperan en jarabe y Omeprazol, les remití a su médico de cabecera y que si veían empeoramiento del cuadro consultaran con anterioridad. Al finalizar la explicación y a fin de distender la situación dado que el paciente lo había pasado mal, le dije que gracias a la vomitona, había librado de la depilación. Una vez dadas las instrucciones al paciente, este abandonó el Centro de Salud totalmente asintomático.

Como queda reflejado en esta declaración y puede verse tanto en hoja de asistencia como en la hoja de registro de admisión, en ningún momento el paciente refirió dolor torácico”.

Dicha documentación fue remitida a la Inspección sanitaria del SERIS, donde fue recibida el 9 de octubre de 2002, así como a Z. España.

Sexto

Mediante escrito registrado el 14 de octubre de 2002, el Letrado D. José M^a S. acreditó la representación otorgada a su favor por D. Valentín M.

Séptimo

La Gerente del SERIS, por escrito de 18 de octubre de 2002, notificado el 24 del mismo mes, comunica al representante del interesado que el 20 de septiembre de 2002 tuvo entrada en el Registro del Hospital *San Millán* la reclamación de reparación de daños y perjuicios causados y la restante información relacionada con dicho procedimiento, cuyo traslado exige la legislación del procedimiento administrativo común y la normativa propia de la Administración de la C.A.R.

Octavo

La Inspectora Médica del SERIS, mediante escrito de 5 de diciembre de 2002, remite la reclamación del D. Valentín M. a la Inspección Sanitaria de Calahorra, así como la demás documentación.

Noveno

El 28 de febrero de 2003, la Médico Inspector remite al Gerente del SERIS, con registro de entrada de 6 de marzo, el preceptivo informe y diversa documentación médica. Dicho informe recoge, en lo fundamental, los datos relativos a la asistencia prestada a D. Rubén M.E., según la información recogida en informe de la Médica que le atendió. Como información relevante adicional da cuenta del Informe realizado por el Servicio de Urgencias Médicas 061, de 7 de octubre de 2002, en el que recogen los datos referidos a la asistencia prestada a D. Rubén M. a cuyo domicilio acudió la UME 2 las 18:22 (la llamada había sido recibida a las 18:18) sin que pudiera hacerse nada para reanimarle. Como conclusión señala literalmente: *“Dado que esta Inspección Médica no dispone del Informe de “autopsia determinando la causa de la muerte del paciente, no se pueden determinar las debidas conclusiones, ni realizar un informe definitivo, por lo que aplaza la realización de este, a cuando se disponga de dicho informe”*.

No obstante, se adjuntan diversos documentos del historial médico de D. Rubén M., que no aportan nada significativo en cuanto posibles afecciones cardíacas. En la *Hoja de Interconsulta*, dirigida a la Inspección Médica de Calahorra, y redactada el 2 de octubre de 2002, constan los siguientes antecedentes:

“El 15 de enero de 1996, se derivó al paciente a ITC con Cardiología por apreciarse en placa de tórax ...una silueta cardiaca grande (paciente que practicaba futbol). Valorado por Cardiólogo el día 8 de febrero de 1996 con exploración clínica dentro de la normalidad. T.A. (...) ,corazón de atleta. El 26 de marzo de 1996 se practicó reconocimiento médico para evaluar la capacidad psico-física del paciente para el cumplimiento del S. militar. El paciente nunca refirió en ninguna ocasión sintomatología que pudiera sugerir o estar relacionada con patología cardiaca”.

Décimo

El Secretario del Juzgado de 1ª Instancia e Instrucción núm. 2 de Calahorra, comunica al SERIS, mediante escrito de 25 de febrero de 2003, registrado de entrada el 6 de marzo de 2003, que en virtud de lo acordado en las Diligencias Previas procedimiento abreviado 1006/2002-A, sobre fallecimiento de Rubén M.E., *“no se remitirá informe de autopsia del mencionado hasta que pueda concretarse la imputación contra persona concreta”*.

Undécimo

La Gerente del SERIS remite copia del informe de la Inspección Médica a Z. España, registro de salida de 12 de marzo de 2003.

Duodécimo

Mediante escrito de 29 de julio de 2004, D. José María S.A., en representación de D. Valentín M.P., una vez concluidas las actuaciones judiciales relativas al fallecimiento de su hijo, solicita se reanude el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado y

suspendido en su día y, como quiera que existió un error de diagnóstico en la doctora que atendió a su hijo, se reconozca la indemnización que corresponda, de acuerdo con la Tabla I, Grupo IV, de la Resolución de 2 de marzo de 2000, de la Dirección General de Seguros. A los efectos oportunos, aporta, entre otra, la siguiente documentación.

a) Declaración testifical de D. Valentín M.P. ante la Médica Inspectora del SERIS, realizada el 11 de octubre de 2002 (Folios 43 y 44).

b) Copia del escrito, de 19 de marzo de 2004, de oposición del Ministerio Fiscal al recurso de reforma presentado contra el Auto de 23 de febrero de 2004, del Juzgado de Instrucción núm. 2 de Calahorra, por el que, previos los trámites oportunos, decreta el sobreseimiento y archivo de las Diligencias Previas 1006/2002-A (Folio 45).

c) Copia del Auto de 20 de abril de 2004 por el que se desestima en primera instancia el recurso de reforma y subsidiario de apelación contra el Auto, de 23 de febrero de 2004 (Folios 46 y 47). El Auto se apoya para rechazar el recurso en el informe emitido por el Médico forense del que se deduce que la causa del , se produjo un error de diagnóstico por la doctora que lo recibió, pese a que ésta actuó conforme a las exigencias de las *lex artis*.

d) Copia del Auto de 6 de julio de 2004 de la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Logroño, por el que se desestima el recurso de apelación penal (Folios 48 a 51). Dicho Auto se apoya para desestimar el recurso en el informe emitido por el Médico forense incorporado al rollo en el que literalmente se afirma que:

“el cuadro que presentó el paciente el día de su asistencia estaba constituido únicamente por síntomas inespecíficos...que la Doctora M. cometió un error de diagnóstico, error debido a la idiosincrasia del paciente y a la inespecificidad de la sintomatología que presentaba...que la Doctora M. actuó de forma correcta y ajustada a la lex artis”.

Decimotercero

El Gerente del SERIS, mediante escrito de 3 de agosto de 2004, a la vista del anterior escrito de reanudación del procedimiento de responsabilidad, ordena a la Inspección la reanudación del *“informe iniciado en su día y que quedó inconcluso por carecer de los resultados de la autopsia que permitiera determinar la causa de la muerte de D. Rubén M.E.”.*

Decimocuarto

El Gerente del SERIS, mediante escrito de 4 de agosto de 2004, comunica a D. José María S.A. que ha tenido entrada escrito en el que solicita la reanudación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, que quedó suspendido hasta que se sustanciara la causa penal abierta.

Decimoquinto

La Médica inspectora, emite informe el 7 de octubre de 2004. A los antecedentes fácticos ya recogidos en su anterior informe de 28 de febrero de 2003, añade los referidos a las declaraciones realizadas por D. Valentín M.P., en la comparecencia ante dicha

Inspección, el 11 de octubre de 2002; los relativos a los antecedentes que constan en su historia clínica y los relativos a los recogidos en los Autos de 20 de abril de 2004, del Juzgado núm. 2 de Instrucción de Calahorra, y de 6 de julio, de la Audiencia Provincial de Logroño. Señala las siguientes conclusiones:

“1. Que D. Rubén M.E. acudió el 15/9/2002 al Centro de Salud de Calahorra a valoración por un cuadro de vómitos y dolor en epigastrio, tal como queda recogido en el libro registro y el informe de asistencia realizado.

2. Que la Facultativa que atendió al paciente, ante los síntomas que presentaba, realizó la correspondiente exploración cardiopulmonar y abdominal que fueron normales. Durante su asistencia y debido al estado de ansiedad del paciente, decidió realizar un electrocardiograma pero que, debido a los acontecimientos que tuvieron lugar e hicieron variar la clínica y estado del mismo, decidió no realizar, puesto que orientó el proceso hacia un cuadro digestivo para el que dicha prueba no está indicada. Se le diagnosticó de gastroenteritis aguda, prescribiéndole el tratamiento domiciliario oportuno para el mismo, falleciendo en su domicilio a las pocas horas por un infarto de miocardio.

3. Que las declaraciones de D. Valentín M.P. no pueden ser contrastadas en ningún documento.

4. Que según la bibliografía consultada (Anexo I, Folios 59 a 66, del expediente), ante un cuadro de dolor abdominal en hemiabdomen superior, está indicada la realización de un electrocardiograma, para descartar que el origen del mismo sea cardiaco, si el paciente presenta factores de riesgo cardiovascular, situación que no ocurre en este caso. Por otra parte, se señala que la expulsión del contenido gástrico suele acabar con las molestias de los vómitos de origen gástrico.

5. Que tal y como se recoge en un Auto judicial, con la que coincide esta Inspección, todo parece indicar que se ha producido un error de diagnóstico por parte de la Facultativa, debido a la idiosincrasia del paciente y a la inespecificidad de la sintomatología que presentaba, pese a que esta actuó con la atención prestada al paciente de manera correcta y conforme a las exigencias de la lex artis, realizando las actuaciones y exploraciones que consideró necesarias en cada momento, informando oportunamente al paciente y pautando el tratamiento indicado para la patología diagnosticada, aunque posteriormente se haya comprobado que fuera equivocada”.

Decimosexto

El 28 de noviembre de 2004, los Doctores Isasia M., M.M. y A.M., emiten dictamen médico a solicitud de A.. Tras el relato de hecho recogen las siguientes “Consideraciones”:

“Por otra parte y aun partiendo del hecho conocido del fallecimiento del paciente por infarto agudo de miocardio (IAM), no entra dentro de la lógica clínica lo ocurrido. En primer lugar, la edad de 24 años no es, ni mucho menos, de riesgo para IAM. En segundo lugar, el paciente estaba exento de factores de riesgo o al menos no eran conocidos (diabetes, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, trabajo estresante, hábito tabáquico prolongado, obesidad, etc.). En tercer lugar, la ausencia de dolor torácico, manifestación inicial típica, aunque no constante, del IAM. En cuarto lugar, la ausencia de episodios previos conocidos de otras manifestaciones clínicas del síndrome coronario como angina de pecho. En quinto lugar, la ausencia de síntomas acompañantes, como sudoración, palidez, irradiación del dolor,

disnea, sensación de muerte, taquicardia, mareo, etc. En sexto lugar, la desaparición del dolor tras el vómito, nada característico de proceso isquémico. Realmente el paciente, con 24 años de edad, tuvo un cuadro recortado de dolor epigástrico con vómitos acompañantes que hacían que el dolor desapareciese. Si bien una de las formas de presentación del síndrome coronario agudo, en este caso el IAM, es el dolor epigástrico, este se suele acompañar de otros síntomas, como la sudoración fría, disnea, mareo, palpitaciones y malestar general con sensación de gravedad. Si no aparecen estos síntomas y además el único que hay, el dolor epigástrico, desaparece espontáneamente tras el vómito, no es de extrañar que hiciese cambiar de opinión a la Médico y renunciase a la realización del electrocardiograma planificado. Lo lógico es que un paciente de esa edad, con ese cuadro clínico, no tenga un infarto. Lo ilógico es que lo tuviera. Lo lógico es que un cuadro de dolor epigástrico, con vómitos, en un joven, un domingo por la mañana, sea debido a cualquier otra cosa, incluida una gastroenteritis, menos a un IAM. No había indicios razonables para pensar en una cardiopatía isquémica y sí para hacer el diagnóstico de gastritis, para la que se prescribió el tratamiento oportuno, siendo, por tanto, la actuación médica acorde con la lex artis ad hoc”.

Y entre las conclusiones señala entre otras:

“5. Con la edad del paciente, sin patología previa, ni factores de riesgo y el cuadro clínico que tuvo, no estaba indicada la realización de un electrocardiograma. 6. Aun que hubo un error diagnóstico, lo fue por las circunstancias del caso que van desde la falta de síntomas a la de signos de infarto de miocardio. 7. La actuación médica se ajusta a la lex artis ad hoc”.

Decimoséptimo

El Gerente del SERIS, mediante escrito de 29 de diciembre de 2004, notificado el 7 de enero de 2005, comunica al representante del interesado que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil, en su reunión del día 21 de diciembre, ha rehusado la reclamación de responsabilidad patrimonial. Al tiempo le comunica el trámite de vista del procedimiento, que cumplimenta el 11 de enero de 2005 y le otorga plazo para presentar alegaciones.

Decimoctavo

Mediante escrito con registro de entrada el 24 de enero de 2005, el representante del interesado presenta sus alegaciones. En ellas insiste en manifestar que el fallecido, cuando fue atendido, se quejó siempre del pecho –nunca del estómago- y se ponía la mano en el pecho, por que no podía respirar y sin embargo se le diagnosticó de gastroenteritis. Resalta que los informes médicos reconocen que, aunque la doctora actuara de acuerdo con la *lex artis*, ha existido un error de diagnóstico que, aunque exima de responsabilidad penal, deja pendientes las acciones civiles, y en consecuencia, deberá responder por responsabilidad civil. Concreta la indemnización en 72.612,12 € (en aplicación de la Tabla I, Grupo IV del Baremo), más los gastos de autopsia, entierros, caja o féretro y demás exequias fúnebres y los gastos o daños morales de 60.000,00 €.

Decimonoveno

El Gerente del SERIS, mediante escrito de 25 de enero de 2005, remite a la Inspección Médica el escrito de alegaciones para su valoración. La Inspección Médica,

mediante escrito de 31 de enero de 2005, se ratifica en el informe emitido, al no aportar el interesado ningún dato nuevo que no haya sido tenido en cuenta.

Vigésimo

El 5 de abril de 2005, la Instructora del procedimiento eleva al Secretario General Técnico la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación que debe ser previamente informada por la Asesoría Jurídica General del Gobierno de La Rioja y por este Consejo Consultivo.

Tras un relato fáctico de la asistencia prestada, de las actuaciones instructoras realizadas en el procedimiento tramitado, hace referencia al marco jurídico de la responsabilidad administrativa y las singularidades de la sanitaria, indisolublemente unida en las actividades asistenciales prestadas a los pacientes, a los estándares de actuación y de seguridad normalmente exigibles, de conformidad con la *lex artis*, puesto que la actividad de los profesionales médicos es de medios y no de resultados. Esto es, su obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Con trascipción de diversas sentencias sostiene que, en el presente caso, aunque ha existido un error de diagnóstico, este es excusable ya que la actuación médica se adecuó en todo momento a la sintomatología del paciente fallecido, siendo la actuación de la doctora acorde con la *lex artis*, como así lo acepta el Auto de la Audiencia Provincial de Logroño de 6 de julio de 2004.

Vigésimoprimer

El Secretario General Técnico, mediante escrito de 11 de abril de 2005 remite el expediente para informe a la Asesoría Jurídica que lo emite con informe favorable a la desestimación.

Vigésimosegundo

A la vista de los datos obrantes en el expediente, el Ponente, para una mejor fundamentación del criterio de este Consejo Consultivo, solicitó a la Presidencia se requiriera al Juzgado de Instrucción núm. 2 de Calahorra se remitiera, para su incorporación el expediente, el informe correspondiente a la autopsia practicada al fallecido Rubén M.E., así como aquellos otros informes médicos que obran en los autos judiciales tramitados.

Mediante envío registrado de entrada en este Consejo el día 23-05-05, se reciben los siguientes documentos:

a) Informe pericial de autopsia realizado por el Médico forense Dr. D Julio I.A., el 16 de septiembre de 2002. En lo que interesa a este procedimiento, consta lo siguiente, en cuanto a la cavidad torácica:

“Se extrae el corazón para su examen más minucioso: su tamaño es grande, con dilatación tanto del ventrículo derecho como del izquierdo. Se examinan las arterias coronarias observándose que la derecha es normal, pero la izquierda presenta, a 0’5 cm de su salida de la arteria aorta, una obstrucción del 90% de su luz por una placa de color amarillento que puede corresponder a un depósito de ateroma”.

En las Consideraciones medico-legales se indica:

“Los hallazgos de la autopsia indican una muerte súbita de origen cardíaco. La obstrucción casi total de la arteria coronaria izquierda ha desencadenado un cuadro de isquemia miocárdica que ha producido, probablemente, una fibrilación ventricular, causante de la parada cardíaca y la muerte. No obstante, se envía el corazón para su estudio anatómico-patológico y obtener datos más precisos en cuyo momento se hará una ampliación de este informe si es necesario. Mientras tanto, y de modo provisional, pueden extraerse la siguientes CONCLUSIONES: 1. Se trata de una muerte natural. 2. La causa de la muerte ha sido una parada cardíaca por fibrilación ventricular causada por isquemia miocárdica debida a coronariopatía izquierda. 3. La data de la muerte puede situarse a las 19 horas del día 15 de septiembre de dos mil dos”.

b) Informe del Instituto Nacional de Toxicología, de 5 de diciembre de 2002, suscrito por una facultativa del Servicio de Histopatología y el Director del Departamento. Como diagnóstico anatomopatológico consta:

“Cardiopatía isquémica caracterizada por: trombosis fibrinoplaquetaria oclusiva en coronaria izquierda y circunfleja; hiperplasia intimal obliterativa con trombosis recanalizada en la coronaria descendente anterior; cicatrices de infarto antiguo en pared anterior del VI y tabique; infarto agudo de miocardio posterior con una data aproximada de unas 12 horas.”

Como “Comentario” consta:

“Una cardiopatía isquémica de aparición tan precoz (24 años) sugiere la posibilidad de alguna alteración genética como hipercolesterolemia familiar por lo que sería conveniente revisar la historia clínica y quizá a los familiares directos. También hay que considerar la posibilidad del consumo de sustancias que aceleran la aterogénesis (anabolizantes, cocaína, etc.)”.

c) Informe medico-legal sobre posible malpraxis médica, redactado por el médico forense Dr. D. Julio I., el 26 de enero de 2004, con ocasión de las Diligencias previas 1006/02. En las “consideraciones médico-legales” consta lo siguiente:

“La Dra. M. realizó la exploración del paciente para tratar de llegar a un diagnóstico por lo que no podemos decir que se comportase de forma imprudente o negligente. De hecho, realizó una exploración cardio-pulmonar y realizó un diagnóstico diferencial con otras posibles patologías a pesar de que el paciente presentaba únicamente síntomas digestivos.

A pesar de todo, es evidente, a la luz de los resultados de la autopsia, que la Dra. M. cometió un error de diagnóstico.

Sin embargo, al analizar la causa de dicho error, podemos comprobar que se debió más bien a una suma de factores, como la idiosincrasia del paciente (recordemos que el informe anatomopatológico habla de infartos antiguos y sin embargo no constan en su historial médico

tales antecedentes) y las características poco habituales de la sintomatología y evolución del cuadro patológico que presentaba que a la conducta profesional de la doctora.

La resolución espontánea del cuadro clínico tras producirse el vómito, hizo pensar que se confirmaba el diagnóstico de gastroenteritis aguda, por lo que la Dra. M. no siguió haciendo más pruebas, pautando el tratamiento más adecuado para el cuadro que había diagnosticado.

Hemos de hacer notar, como hecho que refuerza la idea de que el cuadro clínico remitió, que a pesar de que el padre del paciente ha declarado que su estado al salir del Centro de Salud era igual que cuando llegó, ni acudieron al Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital de Calahorra, lo que permite deducir que sí hubo mejoría en la patología del paciente.

Por otra parte, la práctica de un electrocardiograma no puede asegurarnos que la situación hubiese sido distinta. El trazado de un electrocardiograma, respecto al diagnóstico de un infarto agudo de miocardio, depende del estado metabólico del músculo cardíaco (necrosis) y, por tanto, sin conocer éste en el momento en que el paciente fue atendido, no podemos determinar cual hubiese sido dicho trazado. Es por esto que esta prueba no es siempre concluyente para un diagnóstico de infarto agudo de miocardio, por lo que no podemos decir que la no realización del mismo haya sido la causa del error médico producido.

Hemos de concluir, por tanto, que la conducta de la Dra. M., desde el punto de vista profesional, fue en todo momento correcta y ajustada a la lex artis y que el error de diagnóstico cometido se debió a la idiosincrasia del paciente y a la inespecificidad de los síntomas que presentaba, más que a la conducta de la doctora”.

Entre las diversas conclusiones constan las siguientes:

“11. La Dra. M. cometió un error de diagnóstico.

12. Dicho error fue debido a la idiosincrasia del paciente y a la inespecificidad de la sintomatología que presentaba.

13. No puede asegurarse que si se hubiese realizado un electrocardiograma su trazado eléctrico hubiese sido indicativo de infarto de miocardio.

14. La no realización del electrocardiograma no ha sido la causa del error diagnóstico.

15. La Dra. M. actuó de forma correcta y ajustada a la Lex artis”.

Asimismo, se ha requerido al SERIS la remisión de las declaraciones realizadas por diverso personal sanitario que estaba trabajando en el Centro de Salud de Calahorra, el día 15 de septiembre de 2002, ante la Médico Inspectora del SERIS.

Antecedentes de la Consulta

Primero

Por escrito de 18 de abril de 2005, registrado de entrada en este Consejo el 20 del mismo mes y año, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja remite al

Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 21 de abril de 2005, registrado de salida el mismo día, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del dictamen del Consejo Consultivo.

Es preceptiva la emisión del presente dictamen conforme a lo dispuesto en los artículos 11 G) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, y 12 G) del Decreto 8/2002, de 24 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de dicho órgano consultivo; todo ello en concordancia con los artículos 12.1 del Reglamento de los Procedimientos de Administración Pública en materia de Responsabilidad Patrimonial (R.D. 429/1.993 de 26 de marzo) y 29.13 y 23.2º de la Ley Orgánica 3/1.980, de 22 de abril, del Consejo de Estado.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública.

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico

de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del R.D. 429/1993 de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus Dictámenes (cfr. Dictamen 23/98, F.J.2), pueden sintetizarse así:

1º.- Existencia de un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2º.- Que el daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal.

3º.- Que el daño no se haya producido por fuerza mayor.

4º.- Que no haya prescrito el derecho a reclamar, cuyo plazo legal es de un año, computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad *directa* de la Administración (aunque el daño haya sido causado por personal dependiente de la Administración o sea atribuible genéricamente a los servicios administrativos), *objetiva* (aunque no haya mediado culpa individual o la actuación no haya sido “ilícita”) y *general* (aplicable a cualesquiera de las actividades y servicios de la Administración).

En el presente caso, se trata de una reclamación por deficiente funcionamiento del servicio público sanitario, al haberse producido un error de diagnóstico en el tratamiento asistencial dado a D. Rubén M.E., error al que el reclamante atribuye el fallecimiento por infarto de miocardio de su hijo, unas horas más tarde de haber acudido al Centro de Salud de Calahorra.

Aunque, como queda señalado, el sistema de responsabilidad patrimonial es objetivo, ello no permite deducir, como oportunamente ha señalado la jurisprudencia, la existencia de un deber general de la Administración de indemnizar cualquier daño que pueda imputarse causalmente al funcionamiento de sus servicios. No es ocioso recordar que la protección constitucional de la salud y el derecho de asistencia sanitaria reconocido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollada por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, no son absolutos, pues, por ambiciosas y amplias que sean las prestaciones reconocidas, no podemos soslayar nuestra condición perecedera como seres vivos. Por esa razón, la acción de los poderes públicos en materia sanitaria es, sobre todo, una prestación de medios y no de resultados.

Por lo demás, el problema respecto a las prestaciones sanitarias reconocidas a los ciudadanos en el marco de la legislación vigente es que ésta no indica, obviamente, ni cuáles son los medios más adecuados para atender cada enfermedad, ni en qué momento deben ser utilizadas, ni las pruebas diagnósticas que deben practicarse en cada caso, ni cuales son, en definitiva, los niveles de calidad dentro de los que debe moverse la prestación de los servicios sanitarios. Como acertadamente señala la Propuesta de Resolución, ese es precisamente el objeto que persigue la ciencia y el arte de la Medicina, arte que incumbe a los profesionales sanitarios. En modo alguno ello quiere decir que estos facultativos y los servicios asistenciales públicos donde prestan sus servicios sean irresponsables de los daños que produzcan en su actividad asistencial. De ellos responde la Administración -directa y objetivamente-, si bien cuando el daño es exclusivamente resultado de la actividad de los profesionales sanitarios el criterio o medida de la responsabilidad viene determinada por la *lex artis ad hoc* que les es exigible. Como regla general, cuando la actuación de los profesionales sanitarios se haya adecuado a la *lex artis*, el daño causado con ocasión de su actividad no será imputable a la Administración.

Tercero

La responsabilidad de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja en el presente caso.

El perjudicado sostiene en su escrito que la doctora que atendió a su hijo en el Centro de Salud de Calahorra incurrió en un error de diagnóstico puesto que lo trató de un simple problema digestivo (gastroenteritis aguda), cuando lo que padecía era un infarto de miocardio. Este error médico, que pudo haber sido detectado si se le hubiera realizado un electrocardiograma o se le hubiera enviado al Hospital de Calahorra, fue –a su juicio- determinante del fallecimiento de su hijo, pocas horas después. Para corroborar la mala praxis médica, refiere en su escrito, y reitera en su declaración ante la Inspección Médica y en las alegaciones, que su hijo –al que acompañó- nunca se quejó del estómago, sino de dolores en el pecho y de dificultades respiratorias.

Por el contrario, en la documentación de la asistencia prestada en las Urgencias del Centro de Salud de Calahorra, así como en el informe de la Doctora que le asistió y en sus declaraciones ante la Inspección Médica, consta que D. Rubén M. fue atendido de un cuadro de vómitos y de dolor en la parte alta del estómago, según sintomatología expresada por el paciente. La exploración cardiopulmonar y abdominal fueron normales. Como quiera que el paciente presentaba un cuadro de ansiedad, decidió realizar un electrocardiograma del que desistió, pues mientras aguardaban para su realización, su cuadro clínico cambió tras vomitar con gran esfuerzo, circunstancia que orientó a la doctora hacia un cuadro digestivo.

Es patente que la versión de los hechos que refiere el reclamante (su hijo siempre se quejó de dolores en el pecho y que no fue examinado) es contradictoria con la de la doctora

(vómitos y dolores en el epigastrio). Sin embargo, la versión del reclamante carece de base documental alguna y no puede prevalecer sobre la escueta pero suficiente reflejada en el acto médico de asistencia en Urgencias –documentada de manera inmediata y sin conocer el posterior desenlace- que refiere vómitos y dolores en el epigástrico y exploración cardiopulmonar y abdominal normales.

Pero es cierto, contemplados los hechos *ex post facto*, que objetivamente existió un error de diagnóstico, pues, como señala el Informe anatomopatológico redactado por el Instituto Nacional de Toxicología, la causa de la muerte es un “*infarto de miocardio con una data aproximada de unas 12 horas*”. Esto es, que doce horas antes del fallecimiento ocurrido a las 19 horas del día 15 de septiembre de 2002 -aproximadamente, pues, a las 7 de la mañana-, D. Rubén M. había sufrido un infarto agudo de miocardio y, en consecuencia, cuando acudió al Centro de Salud, estaba sufriendo los efectos del mismo, si bien en la Consulta había referido que estaba en aquella situación desde las diez de la mañana..

Y siendo ello incontestable, no existió, a juicio de todos los peritos médicos que han intervenido en el procedimiento y, de manera relevante del Juzgado de Instrucción Núm. 2 de Calahorra y de la Audiencia Provincial de Logroño, incumplimiento de la *lex artis ad hoc* exigible a la Doctora que atendió al fallecido. Razón por la cual no cabe exigir responsabilidad penal alguna, como así han fallado los órganos jurisdiccionales competentes en los Autos de sobreseimiento y de rechazo del recurso planteado en primera instancia y subsidiario de apelación.

El reclamante considera, sin embargo, que la inexistencia de responsabilidad penal no excluye la posible responsabilidad civil, en este caso, de la responsabilidad patrimonial de la Administración, en cuanto titular del servicio sanitario. Y arguye para la defensa de sus tesis la salvedad hecha en el escrito de oposición del Ministerio Fiscal al recurso presentado contra el Auto de sobreseimiento, cuando afirma “*todo ello con reserva de acciones civiles*”.

Pues bien, a juicio de este Consejo Consultivo no cabe reconocer responsabilidad patrimonial de la Administración derivada de actos médicos de sus profesionales, cuando no ha existido incumplimiento de la *lex artis*. Así lo hemos señalado en dictámenes anteriores, de acuerdo con reiterada jurisprudencia que es innecesario aquí reproducir. En esos casos, no es posible imputar el daño producido a la Administración sanitaria.

Procede, en consecuencia, que examinemos si la actuación médica prestada al paciente luego fallecido, fue realizada de acuerdo con la *lex artis*. En realidad esta constatación resulta innecesaria, pues ya la jurisdicción penal ha determinado que en la actuación de la doctora que atendió al fallecido no ha existido infracción de la *lex artis*. Pronunciamiento judicial que obviamente se fundamenta en los informes periciales incorporados a las Diligencias Previas: el informe pericial de la autopsia realizado por el médico forense; el informe anatomopatológico del corazón hecho por el Instituto Nacional

de Toxicología y, de manera relevante, el informe médico-legal sobre posible malpraxis médica, elaborado por el Instituto de Medicina Legal de La Rioja.

Pudiera sostenerse que ese pronunciamiento judicial lo es a los solos efectos penales y para la exclusión de la responsabilidad penal de la profesional médica, ámbito penal siempre más riguroso por exigencia del principio de culpabilidad. Pudiera sostenerse que eso no prejuzga la posible responsabilidad civil derivada del hecho dañoso, por más que éste no sea imputable penalmente. Y así parece creerlo el reclamante al exigir la responsabilidad de la Administración sanitaria por error de diagnóstico. Sin embargo, entiende este Consejo Consultivo que la actuación profesional de la doctora del Centro de Salud se ajustó a la *lex artis ad hoc* a la vista de la sintomatología clínica que el paciente presentaba cuando fue asistido.

En este sentido es absolutamente concluyente el informe médico-legal sobre posible malpraxis médica elaborado por el Instituto de Medicina Legal de La Rioja, pieza pericial en la que se fundamentan los Autos judiciales citados, cuyos aspectos principales hemos transcrito en el Antecedente Vigésimo-primer, apartado c) y que damos ahora por reproducido. Téngase en cuenta que dicho informe se apoya, a su vez, en los datos suministrados por el análisis anatomopatológico realizado por el Instituto Nacional de Toxicología y por el informe de la autopsia, realizada por el mismo médico forense. Este es un informe pericial directo, a partir de las constataciones medico-legales deducidas de la autopsia y del análisis anatomopatológico referido, que constatan, a hecho pasado, la existencia de un error de diagnóstico, error debido a la concurrencia de una serie de factores, como son la idiosincrasia del paciente (infartos antiguos que no constan en el historial médico del fallecido) y las características poco habituales de la sintomatología y evolución del cuadro patológico que presentaba el paciente y, en modo alguno, a la conducta profesional inadecuada de la doctora. La conclusión final es que *“la Dra. M. actuó de forma correcta y ajustada a la lex artis”*.

Y esta actuación ajustada a la *lex artis* es, asimismo, ratificada en el informe de los peritos médicos propuestos por Z. España, S.A. (a la vista de la sintomatología, edad y antecedentes médicos) y en el de la Médico Inspectora, si bien ha de darse un menor valor a los mismos pues no parece que hayan manejado directamente los informes medico-legales obrantes en las Diligencias Previas judiciales, salvo las deducidas de las citas textuales que se hacen a los mismos en los Autos ya referidos.

En consecuencia, no existiendo incumplimiento de la *lex artis ad hoc*, no cabe imputar responsabilidad patrimonial a la Administración.

Por lo demás, adviértase que, de acuerdo con los Antecedentes fácticos, la Doctora manifiesta que el paciente salió de la Consulta asintomático y en ningún momento parece que su estado empeorara antes del fatal desenlace, pues no acudieron de nuevo al Centro de Salud ni al Hospital de Calahorra. El padre del fallecido, por el contrario, manifiesta que no mejoró y que siguió igual su estado. Sin embargo, este parecer es contradictorio con la manifestación que consta recogida en su declaración ante la Inspección médica, en la que,

a la pregunta de “¿en qué momento detectaron empeoramiento del estado de su hijo?” manifiesta “A la hora y media o dos horas dijo haber mejorado algo pero que se encontraba mal. Posteriormente empeoró. Entonces yo me marché del domicilio y él se quedó en casa. Después se cayó en el baño y es cuando avisaron al 061”. Si no hubiera existido esa mejoría del estado de su hijo, no parece razonable ni prudente que se marchara del domicilio, dejándolo en casa.

Finalmente, la no realización del electrocardiograma, una vez resuelto el cuadro de vómitos, como causa del error de diagnóstico no es concluyente, pues como se afirma en el informe médico-legal, dicha “prueba no es siempre concluyente para un diagnóstico de infarto agudo de miocardio”, y, por lo demás, había sido auscultado encontrando su estado cardiopulmonar normales. En este sentido, la idiosincrasia del fallecido puede explicar mejor ese fatal e irremediable desenlace a la vista de las consideraciones que se hacen en el Informe del Instituto Nacional de Toxicología que es innecesario reiterar pues constan en los Antecedentes fácticos.

Cuarto

Observaciones formales.

a) Hemos de advertir una vez más, que la tramitación de una reclamación de responsabilidad patrimonial solo procede cuando el escrito inicial reúna los requisitos de procedibilidad exigidos por la legislación vigente. No deben confundirse los meros escritos de “queja”, “reclamación” o “sugerencias de mejora”, con el escrito de iniciación del procedimiento. Es evidente que, en el presente caso, el escrito de 19 de septiembre de 2002 no reunía esos requisitos, pues dicha solicitud no contenía expresa petición de reclamación económica alguna ni ésta era concretada. En esas circunstancias, lo que procede es requerir al interesado para que subsane o mejore su solicitud.

b) De acuerdo con la legislación del procedimiento administrativo común, la instrucción debe conducir a determinar, conocer y comprobar los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la resolución. Y es evidente que en el presente procedimiento era absolutamente imprescindible incorporar los informes médico-legales obrantes en las Diligencias Previas procedimiento abreviado 1006/2002-A. Concluidas éstas mediante sendos Autos, el SERIS debió solicitar al Juzgado de Instrucción núm. 2 de Calahorra testimonio o copia de los mismos, pues su contenido es absolutamente determinante para resolver de forma fundamentada sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial tramitada y, en particular, su desestimación.

CONCLUSIONES

Única

El fallecimiento de D. Rubén M.E., ocurrido unas horas después de ser atendido en el Centro de Salud de Calahorra, no es imputable a la actuación de la Administración sanitaria, pese a que se produjere, examinado *ex post facto*, un error de diagnóstico, pues dicho error fue debido a la idiosincrasia del paciente y a la inespecificidad de la sintomatología que presentaba, dado que la Doctora que le atendió actuó de acuerdo con la *lex artis ad hoc*. Procede, en consecuencia, desestimar la reclamación presentada por D. Valentín M.P., padre del fallecido, al no existir relación de causalidad entre la muerte y la atención de la Administración sanitaria.

Este es el dictamen que pronunciamos, emitimos y firmamos en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.