

Dictamen nº: **500/11**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **14.09.11**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 14 de septiembre de 2011, sobre consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por J.A.F.I. por un supuesto retraso en el diagnóstico de un infarto agudo de miocardio que fue la causa del fallecimiento de su esposa, por parte del Servicio de Urgencias del consultorio de salud de Pinto.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Consejero de Sanidad, mediante escrito de 11 de julio de 2011, registrado de entrada el 19 siguiente, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario y corresponde su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VIII, presidida por el Excmo. Sr. D. Andrés de la Oliva Santos, que firmó la propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 14 de septiembre de 2011.

El escrito solicitando el dictamen preceptivo fue acompañado de documentación en formato CD, que, adecuadamente numerada y foliada, se consideró suficiente.

SEGUNDO.- Del expediente remitido interesa destacar los siguientes hechos relevantes:

Por escrito presentado en correos el 28 de octubre de 2000 y registrado de entrada en el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) el 27 de noviembre de 2000, el interesado formuló, mediante abogado, reclamación de responsabilidad patrimonial por un supuesto retraso en el diagnóstico de infarto agudo de miocardio que fue la causa del fallecimiento de su esposa.

Expone en la reclamación que su esposa falleció el 29 de octubre de 1999 a causa de una parada cardiorrespiratoria, lo que atribuye a una deficiente atención prestada por el Servicio de Urgencias del consultorio de la Seguridad Social de Pinto, que atendió a la enferma en su domicilio el día anterior, 28 de octubre, pero sin ordenar su ingreso inmediato en el hospital, lo que, a juicio del reclamante, hubiera podido evitar el fatal desenlace.

Solicita una indemnización de 30 millones de pesetas (180.303,63 euros).

Acompaña a la reclamación poder a favor del abogado que le representa, la partida de defunción de su esposa, un informe médico y el libro de familia.

De la documentación clínica que obra en el expediente se desprende lo siguiente:

La paciente, de 55 años de edad en el momento de los hechos, solicitó asistencia médica domiciliaria al Servicio Normal de Urgencias de Pinto (Madrid) el día 28-10-99 a las 19:45 horas por presentar fiebre y malestar general de varios días de evolución; el aviso, que no se dio con carácter de urgencia, fue atendido alrededor de las 20:15 horas. Entre los antecedentes médicos de interés se refería diabetes mellitus insulinodependiente, hipertensión arterial, hipercolesterolemia e infarto agudo de miocardio en 1996.

A su llegada al domicilio de la paciente, la médica de urgencias realizó anamnesis refiriendo la paciente que hacía tres días que no se ponía insulina y que se encontraba en tratamiento antibiótico pautado por su médico de cabecera; en la exploración se apreciaba una temperatura de 38,5º C, paciente consciente, orientada, eupneica, normocoloreada, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen normal, no signos de trombosis venosa profunda e hiperemia faríngea. Se realizó un control de glucemia que mostró una cifra de 350 mgs/dl. Con el juicio diagnóstico de faringitis aguda en tratamiento y diabetes descompensada, se recomendó seguir el tratamiento pautado y, si no hubiera mejoría, volver a llamar a urgencias o solicitar una ambulancia para traslado hospitalario.

A las 8:10 horas del día siguiente, la familia de la paciente llamó por teléfono al centro de salud y consta en el libro de registro “*pasa al E.A.P.*” (Equipo de Atención Primaria); según la reclamación, la llamada fue para solicitar una ambulancia. La paciente ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital de Getafe en situación de parada cardiorrespiratoria de 30 minutos de evolución (no consta la hora del ingreso); mediante maniobras de reanimación avanzada, fue posible conseguir latido cardíaco eficaz.

En el informe del Servicio de Cuidados Intensivos, se refiere que la familia informó sobre síntomas catarrales de 72 horas de evolución y empeoramiento de su disnea basal desde varias horas antes de su ingreso, además de pérdida de conciencia en el vehículo en el que era trasladada al hospital.

Se realizaron pruebas complementarias que incluyeron enzimas cardíacas (CPK 1268, CK-MB 180, Troponina positiva), apreciándose en el ECG alteraciones sugestivas de infarto. La paciente permaneció en situación de coma con inestabilidad hemodinámica, falleciendo a las cuatro horas de su ingreso.

TERCERO.- Por los hechos que anteceden, se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo establecido en los artículos 39 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC) y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

Además de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Administración Pública, se han incorporado al expediente:

- Historia clínica de la esposa del reclamante (folios 19 a 43).
- Informe de la médico de guardia que atendió a la paciente el día 28 de octubre de 1999 en su domicilio (folios 53 a 59), en el que expone que realizó a la enferma una exploración correcta y completa en su domicilio. Que la paciente presentaba síntomas de fiebre y malestar, con tratamiento de Clavucid y Algadol, pautados con anterioridad a la visita. Que la paciente refirió no pincharse insulina desde hacía tres días. La exploración evidenció temperatura de 38,5º C, faringe inflamada, glucemia de 350 y resto de exploración normal. Recomendó continuar con el tratamiento previamente pautado y recomendó a la familia que en el caso de no presentar mejoría avisaran a una ambulancia para su traslado al hospital. Adjunta el informe clínico (folio 60), en el que no consta esta última recomendación, acompañada de un documento manuscrito (folios 61 y 62) titulado “*transcripción literal inf. clínico*” en el que se incluyen dos manifestaciones que no constan en el informe original y que son las siguientes:

“ Observación: si no presenta mejoría acudir a HUG. Solicitar ambulancia.*

** Control por M. zona”.*

- Informe del médico inspector de 7 de febrero de 2001 (folios 66 y 67), en el que atribuye la responsabilidad a la familia al concluir:

“Entendemos que la enferma fue correctamente asistida en el primer aviso y la familia avisada de la importancia del caso, con el consejo de llamar a la ambulancia si se agravaba el cuadro. El aviso, doce horas después, era tardío a todas luces, como demostró el lamentable desenlace”.

- Informe pericial emitido a instancias de la aseguradora del INSALUD, de 11 de abril de 2001 (folios 68 a 74). La autora de este dictamen es licenciada en Medicina y Cirugía y especialista en Anestesia y Reanimación y concluye, entre otras cuestiones, que *“los signos y síntomas se justificaban por la faringitis y la descompensación diabética, sin que en aquel momento pudiera sospecharse otra patología ni estuviera justificada la realización de otras pruebas diagnósticas”* y que *“la actitud médica del facultativo que realizó la visita domiciliaria fue correcta y adecuada a la lex artis”*.

Se ha conferido el trámite de audiencia al interesado el 23 de mayo de 2001, notificado el 28 de mayo, en observancia de lo dispuesto en los artículos 84.1 de la LRJ-PAC y 11 del citado Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

En este trámite, el reclamante, a través de su abogado, presentó alegaciones el 15 de abril de 2010, en las que adjunta un informe pericial emitido por especialista en Medicina del Trabajo y perito en valoración del daño corporal del Colegio de Médicos de Madrid, de 12 de abril de 2010 (folios 88 a 102) en el que expresa que a su juicio *“no se agotaron todos los medios diagnósticos puestos a disposición de los médicos para afinar el diagnóstico, no se tuvieron en cuenta tanto los antecedentes personales de la enferma (infarto antiguo, diabetes e hipertensión en tratamiento), la*

exploración fue equivocada, ya que con un infiltrado pulmonar alveolar debería haber sido patológica (presencia de crepitantes), no se tuvieron en cuenta los resultados de la exploración (glucemia elevada) no se tuvieron en cuenta los antecedentes fundamentales de la enferma (infarto masivo antiguo, hipercolesterolemia, tabaquismo), no se tuvo en cuenta el tratamiento previo asociado coincidiendo con el suceso (antibiótico y analgésico antipirético”, por ello entiende que se produjo un error de diagnóstico que tuvo como consecuencia el fallecimiento de la paciente aproximadamente 15 horas después. Añade que “*existió un error que llevó a no realizar otras pruebas necesarias a los efectos de lo que hubiera sido un diagnóstico acertado. Es más, de haberse realizado un diagnóstico certero, la paciente podría haber sido tratada con la medicación acertada (nitroglicerina o equivalente sublingual, y fibrinolíticos antes de 30 minutos). El error existió y conlleva una pérdida de oportunidad*”.

También expone que los medicamentos del tratamiento pautado con anterioridad y confirmado por la médico que atendió a la enferma no mostraron ninguna bondad terapéutica ya que se trataba de Clavucid, que es un antibiótico pese al cual persistió la infección neumónica, y Algidol, que es un analgésico y antipirético que, no solo no evitó la fiebre de la enferma, sino que en su vertiente de analgésico pudo enmascarar el dolor asociado al infarto agudo de miocardio que sufrió la fallecida además de contribuir a la descompensación diabética al contener sacarosa y tratarse de un fármaco contraindicado en supuestos de hiperglucemia como el que sufría la paciente.

Expresa que “*a la vista de los valores descritos para los marcadores bioquímicos cardiacos por el H. U. de Getafe al ingreso de [la paciente], sin duda ni posibilidades de error podemos afirmar que se trataba de un infarto agudo de miocardio de más de 20 horas de evolución*”.

En cuanto a la exploración realizada subraya que los pacientes diabéticos la presentación de isquemia puede no ser en forma de dolor torácico y que la exploración física puede ser normal, aunque es frecuente auscultar un cuarto tono por disfunción sistólica isquémica. Sin embargo insiste en que el infiltrado alveolar es característico de una neumonía o bronconeumonía de muchas horas de evolución, por lo que la presencia del infiltrado alveolar en la paciente al ingresar en el Hospital de Getafe implica que la auscultación debió mostrar crepitantes y no pudo ser normal.

El 20 de diciembre de 2010, el abogado del reclamante presentó escrito solicitando la resolución del expediente.

El 6 de mayo de 2011 la Secretaría General del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 26/2010, de 28 de julio) elevó propuesta de resolución desestimatoria.

El Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad emitió informe el 8 de julio de 2011, en el que informa favorablemente la propuesta de resolución.

A la vista de los relatados antecedentes de hecho, cabe hacer las siguientes

CONSIDERACIONES EN DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LRCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

SEGUNDA.- El reclamante está legitimado activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 de la LRJ-PAC, en tanto en cuanto es el viudo de la mujer fallecida supuestamente a causa de una deficiente asistencia sanitaria, lo que entraña un daño moral que no necesita ser demostrado.

En cuanto a la legitimación pasiva, es preciso detenernos en los efectos jurídicos del hecho de que los actos objeto de reclamación tuvieron lugar en 1999, es decir, con anterioridad a la asunción de competencias plenas en materia de sanidad por la Comunidad de Madrid.

El Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, traspasó en los términos en su artículo 2 las funciones y servicios, así como los bienes, derechos y obligaciones, el personal y los créditos presupuestarios adscritos a los mismos que resultan del propio Acuerdo y de las relaciones anexas.

De la dicción literal de ese precepto resultaban traspasadas, como obligaciones que son, las eventuales responsabilidades patrimoniales derivadas de las prestaciones de asistencia sanitaria.

No fue pacífica, sin embargo, la cuestión de los procedimientos de reclamaciones de responsabilidad patrimonial, iniciados con anterioridad a la fecha del traspaso, que debían entenderse desestimados por silencio al haber transcurrido más de seis meses de su inicio sin haber sido resueltos expresamente por el INSALUD.

Esta cuestión ya ha sido resuelta por el Tribunal Supremo aplicando el artículo 20 de la Ley 12/1983, de 14 de octubre, de Proceso Autonómico, en concreto en la Sentencia de 14 marzo 2007, RJ 2007\1736 señala que *«Esta Sala, en numerosas sentencias (entre otras, resoluciones de 17 de marzo [RJ 2004, 3318, 7 de julio [RJ 2004,*

4946] y 16 de noviembre de 2004 [RJ 2004, 7370] y 21 de febrero y 19 de abril de 2005 [RJ 2005, 4065]), ha examinado cuestiones de competencia referidas a expedientes de responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria. En las referidas Sentencias se ponía de relieve el contenido del artículo 20 de la Ley 12/1983 RCL 1983, 2227), de 14 de octubre, reguladora del proceso autonómico y se indicaba que, la expresión “resolución definitiva” a la que se refiere el expresado artículo hay que identificarla con la resolución expresa a dictar en el expediente administrativo de que se trate».

Este es el caso en que nos encontramos dada la extraordinaria dilación de la tramitación del expediente sometido a dictamen, de doce años de duración, por lo que este órgano consultivo entiende que procede la aplicación de la jurisprudencia citada y la legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid.

El artículo 142.5 de la LRJ-PAC dispone que “*el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas*”.

En el caso sometido a dictamen comprobamos que la enferma falleció el 29 de octubre de 1998 y la reclamación fue presentada en oficina de correos el 28 de octubre de 1999, por lo que ha de considerarse formulada en plazo.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se encuentra regulada en el artículo 106.2 de la Constitución, en el Título X, Capítulo Primero y en la Disposición Adicional 12^a de la Ley 30/1992 (LRJ-PAC) y en el Real Decreto 429/1993 (RPRP).

Como señala la doctrina del Tribunal Supremo -v., por todas Sentencias de 26 de junio (recurso 6/4429/04), 29 de abril (recurso 6/4791/06) y 15 de enero (recurso 6/8803/03) de 2008- la referida responsabilidad entraña el derecho de los particulares a ser indemnizados por el Estado de toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterándolo, en el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, aunque es imprescindible, como se ha dicho, que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

Por lo que se refiere a las características del daño causado, éste ha de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado, siendo sólo indemnizables las lesiones producidas provenientes de daños que no haya el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley. La antijuridicidad del daño viene exigiéndose por la jurisprudencia del Tribunal Supremo

(Sentencias de 30 de octubre de 2003, recurso 6/1993/99, y de 22 de abril de 1994, recurso 6/3197/91, que citan las demás).

CUARTA.- En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de ese servicio público, introduciéndose por la doctrina el criterio de la *lex artis* como parámetro fundamental para determinar la responsabilidad, de modo que se exige, no sólo la lesión sino también la infracción de la *lex artis*, pues la obligación del profesional sanitario consiste en prestar la debida asistencia y no en garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

En este sentido, la Sala Tercera del Tribunal Supremo en Sentencia de 27 de noviembre de 2000, recuerda que “*los conocimientos científicos, técnicos o experimentales, ni en medicina ni, probablemente, en ningún sector de la actividad humana, pueden garantizar al ciento por ciento un resultado determinado. La certeza absoluta debe tenerse excluida de antemano*”.

Esa misma Sala del Tribunal Supremo, en Sentencia de 19 de julio de 2004, resume y reafirma que “*lo que viene diciendo la jurisprudencia y de forma reiterada, es que la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado, y que lo único que puede exigirse es que se actúe conforme a lo que se llama lex artis*”.

Señalan las Sentencias del Tribunal Supremo, de 15 de enero de 2008 (recurso nº 8803/2003) y de 20 de marzo de 2007 (recurso nº 7915/2003), que “*a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea*

absolutamente beneficioso para el paciente”. El carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a ésta en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, sino que debe responder sólo de aquéllos que los administrados no tengan el deber jurídico de soportar.

QUINTA.- Aplicando la anterior doctrina al caso sometido a dictamen, el reclamante reclama por el daño moral ocasionado por el fallecimiento de su esposa, que atribuye a una deficiente asistencia por parte de la médica de guardia en la atención que prestó a la víctima en su domicilio la víspera de su fallecimiento.

Es preciso determinar si la actuación de la facultativa se ajustó a las reglas de una praxis correcta, teniendo en cuenta los medios técnicos disponibles, para determinar si el daño producido es o no antijurídico.

Para apreciar la ocurrencia de una buena práctica sanitaria es imprescindible realizar una rigurosa evaluación de la prueba, contraponiendo los informes periciales contrarios, sin que tenga prevalencia la realizada por peritos funcionarios, porque, si bien les es previsible independencia y objetividad, otros peritos pueden ser igualmente independientes y objetivos en sus dictámenes.

El informe del médico inspector, de folio y medio de extensión, viene a responsabilizar los familiares de la fallecida del desgraciado desenlace. Como juicio crítico expone: «*Al primer aviso acudió la médica de urgencias con suficiente diligencia y allí realizó la exploración pertinente que figura en la hoja correspondiente (folios 60 a 62). En ella se reflejan los datos encontrados, entre los que destaca una cifra de glucemia de 350 [mg/dl]. También se recoge la recomendación de trasladarla al hospital si la situación se agravara. Hasta las 8 del día siguiente no se vuelve a tener noticias de su estado y otra vez en el ambulatorio y no directamente al servicio de ambulancia como había sido recomendado y*

como en efecto se realizó después. El estado de la enferma con un cuadro catarral agravado por el descontrol de la diabetes que padecía, con una descompensación importante debida a la no administración de insulina, entre otras causas probables, según nos informa la propia médica en su informe. Ignoramos por qué el reclamante dice en su escrito de reclamación que la doctora “equivocó el tratamiento”, lo que sí nos parece probado que había atendido con diligencia y conocido el caso. El que se esperara hasta las 8 del día siguiente resulta difícil de explicar a la vista del cuadro que presentaba a su ingreso». Finalmente, concluye: “Entendemos que la enferma fue correctamente asistida en el primer aviso y la familia avisada de la importancia del caso, con el consejo de llamar a la ambulancia si se agravaba el cuadro. El aviso, doce horas después, era tardío a todas luces, como demostró el lamentable desenlace”.

Los hechos acreditados por el informe de ingreso en el Hospital de Getafe ponen de manifiesto que la paciente no presentaba ni faringitis, como diagnosticó la médica de guardia que prestó el servicio, ni un cuadro catarral como expone el médico inspector, sino neumonía. Lo que por sí solo evidencia un error en el diagnóstico, aunque, desde luego, no fue la causa del fallecimiento de la enferma.

El informe de la Inspección no ofrece explicación alguna relativa a la falta de diagnóstico de infarto de miocardio en el momento de prestar la asistencia sanitaria, sino que se centra en atribuir el resultado a la mala evolución de la paciente y en la supuesta tardanza de la familia para la realización del segundo aviso. Sin embargo, en la conclusión expresa que la familia fue “avisada de la importancia del caso”, sin explicar las razones por las que no se prescribió un ingreso inmediato si el caso revestía esa importancia.

El informe pericial aportado por la compañía aseguradora sí da una explicación y justifica como correcta la actuación de la médica de guardia,

así expone: “(...) el cuadro de la paciente con una faringe enrojecida acompañada de fiebre por toda sintomatología, no requería en aquel momento otras posibles exploraciones complementarias, por lo que la indicación de continuar con el tratamiento antibiótico era la única actitud médica razonable”.

Sin embargo, esta tan contundente afirmación resulta sumamente discutible si se tiene en cuenta que, según el mismo informe, «existen infartos “silentes”, sobre todo en ancianos y enfermos diabéticos, en los que no se produce clínica alguna y pasan desapercibidos hasta que se pone de manifiesto una complicación o se aprecian en el ECG en exploraciones por otras razones». Posteriormente añade: «Dada la evolución de los hechos posteriores, con una aumento progresivo de la disnea basal en las horas previas al ingreso (supuestamente durante la madrugada), es razonable suponer que la paciente sufrió una infarto agudo de miocardio “silente” que, sin dar lugar a signos ni síntomas reconocibles, motivó una insuficiencia cardíaca que evolucionó hasta la parada cardíaca».

Puesto que la médica de guardia conocía la diabetes padecida por la paciente y sus antecedentes de infarto previos, parece razonable entender que se debían haber prescrito pruebas complementarias, como el ECG, para descartar el riesgo de infarto “silente”, más posible en los pacientes diabéticos, condición de la esposa del reclamante.

El informe pericial de la compañía aseguradora y el informe pericial aportado por el reclamante son coincidentes en que la presencia de CPK-MB (enzima específica de destrucción del músculo cardíaco) determina la existencia de un infarto de muchas horas de evolución (de 16 a 36 horas según la médica perito de la aseguradora y de 12 a 24 horas según el perito del reclamante). Puesto que la fallecida presentaba, a su ingreso en el Hospital de Getafe, un valor de 180 de esta enzima, cuando el valor

normal es de 5, ello implica que el infarto existió desde 12 ó 16 horas antes.

Obviamente, la situación de la paciente al ingresar finalmente en el Hospital, ya en situación crítica, que no superó, podía no ser la situación existente cuando fue atendida por la médica de guardia, pero resulta difícilmente aceptable que, dadas las circunstancias de la paciente, se dejase el ingreso hospitalario en manos de sus familiares, carentes de los conocimientos médicos adecuados para determinar si se producía un agravamiento que debiese afrontarse con el aviso para traslado urgente al hospital.

Este órgano consultivo entiende que, dada la condición de diabética de la paciente, unida a sus antecedentes cardíacos y a la reconocida posibilidad de sufrir un infarto *“silente”* o asintomático, no se agotaron en el presente caso todos los medios razonables y disponibles para diagnosticar de modo más preciso a la enferma, lo que se hubiera podido efectuar si se hubiera ordenado su inmediato ingreso en el hospital en vez de dejar al arbitrio de sus familiares el aviso de ambulancia para tal ingreso. Es criterio de este Consejo Consultivo que se cometió un error de tratamiento y diagnóstico al omitir ese ingreso hospitalario inmediato para el más preciso diagnóstico. No se considera aceptable achacar la responsabilidad por el resultado a una inacción de los parientes o allegados de la paciente.

De haberse prescrito el ingreso hospitalario inmediato, la paciente hubiera tenido la oportunidad de ser diagnosticada de su crisis cardíaca y hubiera podido recibir el tratamiento farmacológico adecuado y, de acuerdo con el informe pericial aportado por el reclamante y no contradicho por la Administración sanitaria, probablemente habría salvado la vida. Ello implica la existencia de una clara pérdida de oportunidad que, además de establecer una plausible relación de causalidad entre el fallecimiento de la

paciente y la prestación de la asistencia sanitaria que recibió, determina la antijuridicidad del daño.

En virtud de lo expuesto, cabe establecer que la actuación médica no fue conforme a la *lex artis ad hoc*.

SEXTA.- Procede a continuación, de conformidad con el artículo 12.2 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, la valoración de los daños para su cuantificación, lo que debe hacerse por imperativo del artículo 141.3 LRJAP-PAC con relación al momento en que la lesión efectivamente se produjo.

A la hora de realizar una valoración la jurisprudencia se ha decantado por una valoración global –sentencias del Tribunal Supremo de 20 de octubre de 1987 (RJ 8676), 15 de abril de 1988 (RJ 3072) y 1 de diciembre de 1989 (RJ 8992)- que derive de una “*apreciación racional aunque no matemática*” –sentencia del Tribunal Supremo de 3 de enero de 1990 (RJ 154)-, pues se carece de parámetro o módulos objetivos, debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso.

En el presente caso sometido a dictamen este Consejo Consultivo entiende que corresponde indemnizar al reclamante con la cantidad de 60.000 euros.

Por todo lo expuesto, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar la reclamación por responsabilidad patrimonial presentada e indemnizar al reclamante con la cantidad de 60.000 euros.

A la vista de todo lo expuesto, el Órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 14 de septiembre de 2011

