

Expediente Núm. 145/2017
Dictamen Núm. 126/2017

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 27 de abril de 2017, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 6 de abril de 2017 -registrada de entrada el día 12 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, que atribuyen a un alta hospitalaria prematura de una paciente de miopatía inflamatoria crónica.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 4 de marzo de 2016, el interesado presenta mediante burofax, en su propio nombre y derecho y en nombre y representación de sus hijas, una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que atribuyen al funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Exponen que su esposa y madre, respectivamente, “desde aproximadamente un año, venía padeciendo una serie de dolores, insomnios, vértigos, ansiedad, por lo que acude a los servicios de Psiquiatría” y de Neumología, “con varias visitas” en el año 2014 y “radiología con pruebas diagnósticas”.

Mencionan que “el 16 de enero 2015 se solicita cita por parte del centro de salud con Reumatología. Es citada por ese Servicio el 23 de enero 2015” y “se le aconseja que ingrese en el (Hospital) el 26 de enero de 2015, en el citado Servicio, para la realización de cuantas pruebas sean necesarias, recibiendo el alta hospitalaria el 11 de febrero 2015, con diagnóstico de miopatía inflamatoria indiferenciada”.

Señalan que causó baja laboral el 24 de octubre de 2014, “que el día de su cita se le receta Fluconazol y Paracetamol” y que “el tratamiento de Camidón y Metilprednisona, específico para su enfermedad, se le prescribe 5 días después, indicándonos que no existe problema en que tome la medicación más tarde”. Tras acudir a revisión de Reumatología el 24 de febrero de 2015, “observándose mejoría”, la paciente fallece “con fecha 5 de marzo de 2015” en su domicilio de forma inesperada, y subrayan que los profesionales que citan del Servicio de Reumatología “reiteraban una y otra vez que ya tenía diagnóstico y que iba a mejorar en un par de meses pudiendo incorporarse a su trabajo”.

Manifiestan que “el objeto de esta reclamación previa es solicitar” que se les indemnice “por los daños derivados” de la asistencia recibida en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, al estimar que “ha sido inadecuada y (...) la causa de que se ocasionara el fallecimiento, dado que, según se indica en el informe clínico de fecha 25 de septiembre 2015, ‘aunque es infrecuente, las manifestaciones cardíacas de las miopatías inflamatorias son una de las principales causas de muerte’; entendemos que debería haber estado controlada en el hospital, incluso monitorizada, hasta una situación segura e

iniciar el tratamiento en el momento en que se le diagnosticó, y no retrasarlo como se hizo”.

Precisan que la indemnización, que no cuantifican, se solicita con arreglo a los baremos establecidos en el sistema de valoración de los daños y perjuicios causados por accidentes de circulación vigente en el momento de fallecimiento.

Adjuntan copia de los documentos nacionales de identidad de los reclamantes, del Libro de Familia y del certificado de defunción de la fallecida.

2. Mediante oficio de 8 de marzo de 2016, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales de la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias traslada la reclamación de responsabilidad patrimonial al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios.

3. Mediante oficio de 18 de marzo de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Asimismo, se les requiere para que acrediten la representación de las hijas, con advertencia de desistimiento en caso de no proceder a subsanar la omisión, y para que fijen, de ser posible, la cuantía indemnizatoria solicitada.

El día 7 de abril de 2016, los perjudicados presentan un escrito en una oficina de correos en el que valoran la indemnización que instan en ciento cuarenta y siete mil seiscientos veintiocho euros con cuarenta y nueve céntimos (147.628,49 €), y adjuntan dos escritos firmados por las hijas del reclamante en los que autorizan a este para representarlas.

4. Con fecha 14 de abril de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados que al tratarse de la solicitud de inicio de la reclamación no cabe presumir la representación. Tras exponer el

criterio del Consejo Consultivo del Principado de Asturias al respecto, con indicación de los medios válidos para verificarla (ante notario o *apud acta*), les concede diez días para que acrediten su representación, con nueva advertencia de desistimiento en caso de no cumplimentar lo requerido.

Consta la remisión de sendos escritos, con fecha 20 de mayo de 2016, a las dos hijas de la paciente en los que se les expone la necesidad de acreditar la representación, con referencia a la consecuencia de desistimiento en caso de no atender la solicitud.

5. El día 1 de junio de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la historia clínica de la paciente relativa al proceso de referencia en formato electrónico.

Con fecha 9 de junio de 2016, le traslada el informe elaborado por un facultativo del Servicio de Reumatología del Hospital En él relata la asistencia prestada a la familiar de los reclamantes desde la primera consulta en el Servicio, el 23 de enero de 2015; momento en el que se decide su ingreso para una valoración adecuada y "se informa de la posible presencia de una miopatía grave".

Reseña que "el periodo transcurrido entre la solicitud de la consulta por su médico de Familia (16 de enero de 2015) y la consulta en nuestra Unidad fue exactamente de 7 días". Añade que durante el ingreso "se realizaron múltiples pruebas y consulta a diferentes especialistas", detallados en el informe que adjunta, pues "la paciente fue estudiada rigurosamente y de forma exhaustiva, lo que es habitual en todas las miopatías que acuden a nuestro Servicio para estudio". A continuación resume su actuación, "que sigue las recomendaciones de estudio de las miopatías de los organismos internacionales", y que incluye consultas con los Servicios de Neurología y Neumología, precisando que "una vez finalizado el estudio se procedió al alta hospitalaria con el diagnóstico de miopatía autoinmune indiferenciada, para

continuar controles ambulatorios". Señala que, "además del amplio estudio realizado, se objetivó una imagen `en árbol en brote´ pulmonar cuya etiología no pudo precisarse pese a las exploraciones complementarias realizadas (broncoscopia, biopsia transbronquial, etc.), aunque sí se pudo descartar la presencia de una tuberculosis activa, un detalle fundamental. En base a ello decidimos no iniciar tratamiento inmunosupresor asociado al tratamiento corticoideo, por seguridad, hasta controlar la evolución de la citada alteración pulmonar".

Subraya que "a la semana del alta hospitalaria es valorada de nuevo en consulta externa", donde se constata que "la paciente refiere mejoría en la deglución, en la fuerza cervical y para comer y asearse", así como otros datos que manifestaban "una aceptable respuesta clínica al tratamiento, tanto en su estado general como en la fuerza muscular y en la deglución, así como la ausencia de fiebre o manifestaciones a otros niveles, incluidos a nivel cardiopulmonar. En ese momento se decide mantener el tratamiento esteroideo y solicitar consulta para iniciar la rehabilitación", sin que se plantee "todavía asociar tratamiento inmunosupresor hasta disponer de un periodo más prolongado de control de las imágenes pulmonares", de lo que, según indica, se informa ampliamente a la familia. Añade que "la evolución clínica no presenta cambios relevantes hasta que el día 4 de marzo se produce el fallecimiento de la paciente de forma súbita", realizándose "una necropsia para estudiar el posible origen del exitus".

Estima que la asistencia prestada fue rápida y exhaustiva, e "imprevisible e inevitable" el desenlace final. En el "informe post-mortem, elaborado por nosotros a petición de la familia, y en el informe de la necropsia, elaborado por el Servicio de Anatomía Patológica, se emite una hipótesis diagnóstica que no puede ser considerada como de absoluta certeza, como se comenta en el citado informe. En base a la ausencia de lesiones cardíacas estructurales se concluye que la causa más probable del exitus fue una arritmia ventricular que desencadenó una insuficiencia cardíaca y un edema agudo de pulmón que

probablemente estaba relacionado con la miopatía de base. Este hecho sería un desenlace excepcional, ya que en estas enfermedades las complicaciones arritmogénicas graves suelen tener como base una cardiopatía estructural que, en este caso, no se demostró ni en los exámenes previos ni en el estudio necrópsico". Entiende que "es imposible descartar completamente que la insuficiencia cardíaca que originó el exitus se hubiera producido por otras causas, ya que la muerte súbita de este origen" puede deberse a otros procesos, incluyendo los "broncoaspirativos, alteraciones hidro-electrolíticas, hipertensión arterial, arterioesclerosis, tratamiento con corticoides, etc.", e incluso existen casos "en personas previamente sanas en las que un bajo gasto súbito o una arritmia ventricular grave puede provocar la muerte (...). Consideramos también que este desenlace fue imprevisible y, por tanto, inabordable desde el punto de vista preventivo. Las medidas tomadas (...) fueron las correctas".

Pone de manifiesto que la solicitud incluye una frase del facultativo que suscribe el informe "entrecomillada y fuera de contexto: `aunque es infrecuente, las manifestaciones cardíacas de las miopatías inflamatorias son una de las principales causas de muerte´" y se reprocha que la paciente no permaneciera ingresada y "monitorizada" en el hospital; opción -a su juicio- carente de sentido, al tratarse de "una paciente diagnosticada y a la que se inicia un tratamiento de la enfermedad de base", pues en tal caso debería ingresarse "a todos los pacientes con riesgo cardiovascular elevado (...), e incluso a la población sana, en la que también se producen casos impredecibles de muerte súbita de origen cardiopulmonar". También rebate el reproche sobre el retraso en el inicio del tratamiento, ya que la administración de corticoides se inició en cuanto fue aconsejable -una vez descartada la tuberculosis activa-, y remite a las "razones expuestas" en cuanto a la falta de inicio del tratamiento inmunosupresor.

Por último, desmiente que se emitiera pronóstico alguno respecto al alta laboral de la paciente, y concluye que, "aunque se sospecha que el origen de la

citada insuficiencia cardíaca fue una arritmia ventricular grave, esta complicación no pudo ser demostrada completamente”, y en caso de aceptarse “como desencadenante del exitus es probable que fuera secundaria a algún tipo de anomalía asociada a la miopatía, aunque también podría haberse producido por causas ajenas, incluso en personas con el corazón sano”.

El informe se acompaña de otros, entre los que se encuentra el “informe clínico postmortem” emitido el 25 de septiembre de 2015. En él se destaca que “dada la ausencia de lesiones cardíacas, tanto en el estudio previo como en los hallazgos obtenidos en la necropsia, se concluye que la causa más probable del fallo cardíaco podría guardar relación con una enfermedad arritmogénica en el contexto de su enfermedad muscular (...). Como pudo demostrarse en la autopsia, no existía lesión miocárdica evidente ni pericarditis ni afectación valvular o coronaria. Esta ausencia de hallazgos confirma la negatividad de los estudios practicados previamente, incluyendo ECG y ecocardiograma”.

6. Mediante oficio de 9 de junio de 2016, la Subdirectora de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado por la Médica de Familia del Centro de Salud de Salas el 6 de junio de 2016. En él señala que su relación con la paciente “ha sido exclusivamente por la baja laboral y recetas”.

7. Con fecha 4 de julio de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

8. El día 7 de julio de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios pone en conocimiento de la correduría de seguros la presentación de la reclamación.

9. Con fecha 4 de noviembre de 2016, cuatro especialistas en Medicina Interna suscriben colegiadamente un informe a instancia de la compañía aseguradora. En él exponen que “en esta paciente, que en la autopsia solo presentaba signos de shock cardiogénico con edema pulmonar sin lesión cardíaca significativa, la causa más probable de la muerte súbita es una arritmia grave” de múltiple etiología, y proporcionan “tres posibles explicaciones para la aparición de una fibrilación ventricular”. Descartan razonadamente la existencia de “afectación cardíaca por la miopatía que padecía” (porque no se observó en el corazón miopatía inflamatoria) y el origen isquémico (por la ausencia de lesiones ateroscleróticas significativas en coronarias), y consideran como “más probable (...), teniendo en cuenta que la madre también falleció por muerte súbita, que la enferma tuviese algún tipo de alteración genética que condiciona la aparición de arritmias graves”. Añaden que “no hay ningún síntoma ni signo que aparezca antes de que ocurra la arritmia, y cuando esta aparece el enfermo sufre una parada cardíaca en pocos segundos. No es posible hacer el diagnóstico precoz ni prevenirla, salvo en aquellos enfermos que han tenido previamente una fibrilación ventricular (...), como ocurre en el síndrome de Brugada o en el síndrome del QT largo”, por lo que “en esta enferma era imposible prever la aparición de una arritmia grave, y en ausencia de antecedente de episodio similar no era posible prevenirla”.

En cuanto a la miopatía inflamatoria crónica que padecía, razonan que probablemente se trataba de una polimiositis, y que “en esta enferma no había ningún dato de afectación cardíaca por la polimiositis, y así se comprobó en la autopsia”.

Tras afirmar que “la actuación seguida con esta paciente ha sido correcta y acorde a *lex artis ad hoc*”, precisan que “en la reclamación hay aspectos que necesitan aclaración”. En primer lugar, rechazan la exigencia de prolongación del ingreso y monitorización, pues “el tratamiento de la polimiositis no necesita ninguna supervisión especial inicial; solo hay que ver la respuesta al tratamiento para comprobar si hay mejoría”. Destacan que “a la paciente se le

hizo un electrocardiograma y un ecocardiograma que fueron normales, y no presentaba ningún síntoma ni signo de afectación cardíaca. Por ello se descartó razonablemente la afectación cardíaca por la polimiositis (la seguridad absoluta solo se puede tener con una biopsia miocárdica que no estaba indicada y que hubiese sido normal, como después se comprobó en la autopsia)". Señalan que que "lo más probable es que la muerte súbita fuera consecuencia de una alteración genética que condicionó una fibrilación ventricular, y por tanto el riesgo existía desde que nació y nadie hubiese propuesto monitorizarla toda la vida. Por otro lado, la monitorización tampoco hubiese supuesto necesariamente una evolución diferente, ya que la supervivencia de la fibrilación ventricular en enfermos hospitalizados y con desfibrilación inmediata es inferior al 90%, pero si la desfibrilación se retrasa la mortalidad aumenta un 10% cada minuto. Por tanto, no bastaba que estuviese monitorizada, sino que era necesario tener el desfibrilador a disposición inmediata".

Por último, avalan la corrección del "retraso en cinco días para el inicio del tratamiento", pues los corticoides "pueden producir una reactivación de una tuberculosis residual y una diseminación de una tuberculosis activa. La paciente tenía lesiones pulmonares que parecían corresponder a una tuberculosis residual, y ello se confirmó por la positividad del Quantiferon Tb Gold", y era "necesario asegurar que se trataba de una tuberculosis latente y que no estaba activa".

10. Mediante escrito notificado a los reclamantes el 10 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

11. El día 30 de marzo 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes obrantes en el expediente. En ella precisa que se tiene por desistidas en el procedimiento a las hijas de la

paciente (en cuyo nombre también se presenta la reclamación), dado que pese a las reiteradas solicitudes formuladas no se ha procedido a la subsanación de la insuficiente acreditación de la representación que su padre dice ejercer en su nombre.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 6 de abril de 2017, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para

los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación del interesado interpuesta con fecha 4 de marzo de 2016, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El reclamante afirma actuar también en nombre y representación de las hijas de la fallecida, cuya legitimación, supuesta la relación filial, no ofrece duda. Sin embargo, no acredita la representación que invoca. El párrafo 3 del artículo 32 de la LRJPAC) establece que "Para formular solicitudes, entablar recursos, desistir de acciones y renunciar a derechos en nombre de otra persona, deberá acreditarse la representación por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal del interesado". El artículo 71 de la misma ley dispone que "Si la solicitud de iniciación no reúne los requisitos que señala el artículo anterior y los exigidos, en su caso, por la legislación específica aplicable, se requerirá al interesado para que, en un plazo de diez días, subsane la falta o acompañe los documentos preceptivos, con indicación de que, si así no lo

hiciera, se le tendrá por desistido de su petición, previa resolución que deberá ser dictada en los términos previstos en el artículo 42”.

En el expediente remitido constan los requerimientos efectuados a los interesados -reclamante e hijas- para que acreditaran la representación que se alegaba en la iniciación del procedimiento, todos ellos con la advertencia individual de que “de no hacerlo se le considerará desistido en su reclamación”. No consta que se haya atendido a ninguno de modo suficiente, por lo que, como se apunta en la propuesta de resolución debe tenerse a las hijas por desistidas de su petición, si bien mediante resolución expresa dictada en los términos del artículo 42 de la LRJPAC.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, 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 la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta el día 4 de marzo de 2016, habiéndose producido el fallecimiento de la paciente por el que se reclama el día 5 de marzo de 2015, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o

autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Ahora bien, en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, advertimos los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 136/2016, entre otros, por lo que nos remitimos a las consideraciones allí realizadas.

Asimismo, observamos que en la notificación practicada con arreglo a lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC se incurre en aparente error al comunicar a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -en su calidad de órgano competente para resolver-, pues se indica como tal la de 21 de marzo de 2016 cuando la que figura como fecha de registro de entrada en el oficio de remisión desde el Servicio de Asuntos Generales a aquel es la de 11 de marzo de 2016.

Por último, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone 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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- El reclamante interesa una indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposa y que relaciona con la asistencia dispensada con ocasión de la patología (miopatía indiferenciada) que padecía.

Si bien la defunción se encuentra acreditada en el expediente (y se presume el daño moral que ha ocasionado a sus familiares), la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

El perjudicado atribuye a la inadecuada asistencia prestada el fallecimiento de su esposa; en concreto, se basa en el informe clínico post-mortem para razonar que si las manifestaciones cardíacas, aun infrecuentes, son una de las principales causas de muerte en afectados por miopatías la paciente debió permanecer ingresada en el hospital (lo que, se deduce, habría

evitado su muerte). También reprocha el retraso en el inicio del tratamiento, y aunque no lo explicita debe entenderse que relaciona igualmente este hecho con el fatal desenlace.

Sin embargo, la manifestación en la que apoya su imputación figura en un informe emitido por el facultativo que atendió a la paciente y que suscribe también el informe del Servicio de Reumatología, siendo aquella objeto de precisión en este último informe por su propio autor, que aclara que la frase transcrita se emplea de manera inapropiada (“fuera de contexto”). Al respecto, afirma que “en estas enfermedades las complicaciones arritmogénicas graves suelen tener como base una cardiopatía estructural que, en este caso, no se demostró ni en los exámenes previos ni en el estudio necrópsico”. En este mismo sentido, los especialistas en Medicina Interna que informan a instancias de la compañía aseguradora señalan que la autopsia permitió comprobar que no había ningún dato de afectación cardíaca por la polimiositis (diagnóstico probable del tipo de miopatía inflamatoria crónica que padecía la afectada), concluyendo, con base en los resultados de la necropsia, que lo más probable es que la causa de la afección cardíaca que provocó el repentino fallecimiento sea una alteración genética.

Asimismo, los especialistas en Medicina Interna razonan la improcedencia de la prolongación del ingreso hospitalario dada la situación de la paciente, a quien se le habían realizado pruebas cardiológicas específicas (electro y ecocardiograma) cuyos resultados fueron normales.

En cuanto al último reproche que formula el reclamante, en el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora también se explica la necesidad de esperar cinco días antes de iniciar la administración de determinada medicación por las circunstancias que concurrían en la paciente (posible tuberculosis), sin que el interesado haya justificado la existencia de relación alguna entre la defunción y la espera para el inicio del tratamiento.

En definitiva, los informes incorporados al expediente, que no han sido rebatidos, evidencian que el fallecimiento de la paciente se produjo de forma

súbita y sin relación acreditada con la patología que recientemente se le había diagnosticado y por la que se la estaba tratando. Igualmente, su contenido permite concluir la corrección de la asistencia sanitaria prestada con ocasión de aquella enfermedad.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.