

Dictamen Núm. 144/2021

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 22 de julio de 2021, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 1 de junio de 2021 -registrada de entrada el día 7 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su familiar, que achacan a un error diagnóstico cometido por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 21 de julio de 2020 un letrado, que actúa en nombre y representación de la pareja del finado, la cual a su vez actúa en nombre de la hija menor de edad de ambos, dirige un burofax a la Consejería de Salud del Principado de Asturias al objeto de “reclamar la responsabilidad derivada del mal funcionamiento de estos servicios de salud, en forma de negligencia médica, y la indemnización que en derecho corresponda por el fallecimiento (...), así como

por el resto de daños y perjuicios (incluidos los morales) derivados de tal negligencia, sirviendo la presente a los efectos de interrumpir la prescripción”.

Refiere que el óbito tuvo lugar el día 22 de julio de 2019 en el Hospital a causa de un “infarto agudo de miocardio en ventrículo izquierdo”, y que antes del fallecimiento el paciente “se había sometido a diferentes pruebas diagnósticas” en el referido centro “sin que las mismas fuesen correctamente interpretadas por los facultativos intervinientes y, en consecuencia, tampoco se le hubiese precisado o advertido (...) del resultado real de las pruebas efectuadas, pudiendo resultar tal actuación constitutiva de una negligencia médica con resultado de muerte./ Más concretamente, nos referimos a las pruebas diagnósticas (electrocardiogramas) efectuadas los días 27-11-2018 y 29-12-2018, realizadas tras acudir (...) a los servicios de Urgencias del (Hospital) por episodios de vómitos hemáticos abundantes y rectorragias y hematoquecias, respectivamente. Estas pruebas diagnósticas no fueron adecuadamente interpretadas, ni informadas debidamente al paciente, privándole de un tratamiento adecuado, de tal forma que pocos meses después sufrió un accidente cardíaco que terminó con su vida”.

2. Con fecha 24 de julio de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas dicta providencia en la que refleja que el 21 de julio de 2020 se ha recibido en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios de la Consejería de Salud el burofax que se acompaña de la documentación que acredita su presentación en una oficina de correos ese mismo día. Refiere que el registro de la citada Consejería ha “denegado su registro por entender que está excluido del mismo” de conformidad con lo establecido en el artículo 17.3, letra e), del Decreto 89/2017, de 20 de diciembre, por el que se regula la Atención Ciudadana y las Oficinas de Asistencia en Materia de Registros en la Administración del Principado de Asturias, sus Organismos y Entes Públicos, aunque -según destaca- el citado precepto no hace “referencia o mención alguna al burofax en el que, a diferencia del fax, se produce la intermediación de correos

otorgándole valor probatorio al envío, recepción y contenido de la comunicación, estando considerado un sistema fehaciente de notificación por reiterada jurisprudencia". En cualquier caso, entiende que el burofax "reúne los requisitos necesarios para ser considerado una reclamación de responsabilidad patrimonial" de acuerdo con la doctrina del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias en casos similares, sin perjuicio de que "deban ser objeto de subsanación algunas cuestiones".

Mediante oficio de la misma fecha, comunica a las interesadas la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios y las requiere para que en el plazo de diez días acrediten su parentesco con el fallecido, advirtiéndoles que si así no lo hicieran se les tendrá por desistidas de la misma. Asimismo, les indica que deberán aportar, en el mismo plazo, el certificado de defunción y la cuantificación económica del daño, y que si el abogado que suscribe el burofax va a actuar como representante en este procedimiento "ha de acreditar la representación por cualquier medio válido en derecho -ante notario o mediante declaración en comparecencia personal ante el funcionario (*apud acta*)-".

3. El día 16 de septiembre de 2020, el representante de las interesadas presenta un escrito en el Registro Electrónico de la Administración del Estado en el que cuantifica la indemnización reclamada en trescientos noventa y dos mil ciento treinta euros con sesenta y dos céntimos (392.130,62 €). Adjunta al mismo una certificación de nacimiento de la hija del fallecido, el certificado de defunción de este, copias del acta de declaración de herederos *abintestato* y del documento nacional de identidad de la mujer y un documento privado en el que la perjudicada otorga su representación al letrado.

4. Con fecha 18 de septiembre de 2020, la Jefa de la Sección de Apoyo de la Dirección General de Política y Planificación Sanitarias comunica a las interesadas que el documento privado mediante el cual se otorga su representación no es "válido" a efectos de acreditarla en forma legal. Asimismo,

le indica que "al contener el expediente una documentación especialmente íntima, como es la historia clínica", ha de tenerse en cuenta que el artículo 18.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, exige, respecto del acceso a la historia que se realiza mediante representación, que la misma esté "debidamente acreditada". En consecuencia, les concede un plazo de diez días para que aporten tal acreditación, advirtiéndoles que si así no lo hicieran se proseguirá la tramitación con las interesadas.

5. Mediante oficio de 6 de octubre de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a las reclamantes la fecha de entrada de su solicitud en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo máximo de tramitación del mismo y los efectos de la eventual falta de resolución en el citado plazo.

6. Con fecha 19 de octubre de 2020, el representante de las interesadas presenta un escrito al que acompaña una escritura de poder general y especial para pleitos otorgada a su favor.

7. A petición del Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, el día 3 de noviembre de 2020 la responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica del paciente obrante en el Hospital, así como los informes emitidos por los Servicios de Cardiología y de Urgencias.

En el informe suscrito por el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón el 13 de octubre de 2020 se expresa que, revisados los electrocardiogramas, "el patrón RSR' en R1 ó V2" que se observa en ambos "es una variante de la normalidad sin significado patológico ni predictor de enfermedad cardíaca", y que "el probable crecimiento auricular izquierdo, que

solo consta en el segundo electrocardiograma, no cumple los criterios eléctricos de crecimiento ni se confirma en el otro electrocardiograma". Respecto a la "elevación de ST, probable patrón de repolariz. precoz", indica que "es un patrón electrocardiográfico sin significado patológico que se observa con mayor frecuencia en personas jóvenes o atléticas". Finalmente, concluye que "los trazados electrocardiográficos no muestran hallazgos patológicos y pueden ser variantes de la normalidad".

En el informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias, de 30 de octubre de 2020, se explica que "los dos electrocardiogramas realizados al paciente el 27 de noviembre y el 29 de diciembre de 2018 en el Servicio de Urgencias no presentan ninguna alteración significativa y son perfectamente compatibles con la normalidad./ Además en las dos visitas al Servicio el paciente acudió a consultar por cuadros clínicos que tenían su origen en el tubo digestivo. En ambos casos los electrocardiogramas se realizaron por un protocolo clínico de actuación y no por sospechar problemas cardíacos./ Por último, en ningún caso los dos electrocardiogramas realizados pueden ser predictores de un evento cardíaco futuro".

8. Obra incorporado al expediente, a continuación, el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias el 9 de enero de 2021 por dos especialistas, uno de ellos en Cardiología y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo y máster en Peritaje Médico. En él refieren que cuando el paciente acude al Servicio de Urgencias el día 27 de noviembre de 2018 presenta "vómitos con sangre", sin que señale en ningún momento ni se aprecie en la exploración algún "síntoma ni signo clínico de cardiopatía isquémica aguda". Señalan que el ECG realizado en dicha ocasión "fue por indicación del Servicio de Digestivo como preoperatorio necesario para la realización de una endoscopia urgente con sedación", siendo informado como "normal"; conclusión con la que afirman estar de acuerdo pues -según señalan- "el patrón RSR' en R1 ó V2 es una variante de la normalidad sin significado patológico ni predictor de enfermedad

cardíaca” y “la elevación de ST, probable patrón de repolarización precoz, es un patrón electrocardiográfico sin significado patológico que se observa con mayor frecuencia en personas jóvenes o atléticas”. Reseñan que el día 29 de diciembre de 2018 cuando el paciente vuelve a Urgencias refiere presentar desde el día anterior “episodios de rectorragias y hematoquecias en relación a cuadro de deposiciones diarreicas. No refiere mareo, disnea, tos, expectoración, náusea, vómito, no molestias urinarias./ Se solicita analítica completa con coagulación, radiografía de tórax y abdomen y ECG”. Esta última prueba arroja un resultado de normalidad con el que los peritos están de acuerdo pues - según indican- los trazados de este electrocardiograma “no muestran hallazgos patológicos. En los adultos se estima que entre un 5 % y un 10 % de la población tiene un bloqueo incompleto de rama derecha, este porcentaje es mayor en personas delgadas y tiende a aumentar con la edad./ Varios estudios han demostrado que tener un bloqueo incompleto de rama derecha no se asocia a un riesgo mayor de futuras enfermedades cardíacas”, y “es más frecuente en atletas donde lo pueden llegar a tener hasta el 50 % de los mismos y parece que está relacionado con el aumento de la masa muscular cardíaca que provoca el retraso de la conducción”.

En cuanto al “probable crecimiento auricular izquierdo, que solo consta en el segundo electrocardiograma”, señalan que “no cumple los criterios eléctricos de crecimiento ni se confirma en el otro electrocardiograma, e incluso aunque se hubiera confirmado un crecimiento auricular inexplicado se desconoce que este hallazgo tenga asociado un riesgo de muerte súbita por FV como meses más tarde presentó este paciente”.

Por último, refieren que el paciente “es diagnosticado de una gastroenteritis probablemente invasiva por lo que se pauta tratamiento antibiótico y al alta se aconseja realizar una colonoscopia programada, control por su médico de Atención Primaria y si agravamiento acudir nuevamente a Urgencias”, destacando seguidamente que “una vez en su domicilio no consta ninguna consulta ni nuevo seguimiento en Atención Primaria ni en Urgencias hasta el día 19 de julio de 2019, fecha en la que presenta dolor torácico

seguido de parada cardiorrespiratoria presenciada mientras se encontraba en un centro sanitario”.

A juicio de los especialistas, el paciente recibe “atención adecuada desde los primeros momentos realizándose reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, tratando correctamente la arritmia ventricular causante de la parada y siendo trasladado al (Hospital), donde se realizaron grandes esfuerzos para intentar mantener con vida a un paciente de 38 años recuperado de una parada cardíaca por fibrilación ventricular de causa no aclarada, complicada con insuficiencia respiratoria grave, shock cardiogénico, embolia pulmonar con nueva parada cardíaca en asistolia. Fue implantada asistencia cardiocirculatoria en hasta 2 ocasiones, y a pesar de todas las medidas correctamente indicadas y empleadas, con la información que se desprende de los informes disponibles, finalmente fallece por disociación electromecánica, que es una forma de parada cardíaca con muy bajas probabilidades de recuperación, y más en la situación en que ya se encontraba el paciente como complicación de la primera parada cardíaca”.

A continuación, realizan una serie de consideraciones sobre la muerte súbita cardíaca. Indican que “la muerte coronaria es rara entre los 25 y los 44 años (menos del 2 por 100.000 habitantes) y aumenta a partir de esta edad./ Se estima que entre el 45 y el 50 % de las víctimas de (muerte súbita cardíaca) no tenían un diagnóstico previo de cardiopatía. La mayoría de los casos (...) se asocian a infarto de miocardio (...), si bien en los sujetos más jóvenes (< 45 años) las causas más frecuentes son las miocardiopatías y las canalopatías”, de acuerdo con el autor que citan. Explican que “el ritmo identificado inicialmente en la parada cardíaca que sufrió este paciente es fibrilación ventricular, se trata de una arritmia ventricular que causa parada cardíaca con alta mortalidad y elevadas probabilidades de secuelas, incluso cuando es atendida precozmente y adecuadamente como en este caso./ La mayoría de los casos de fibrilación ventricular están relacionados con algún tipo de enfermedad cardíaca, si bien la detección de fibrilación ventricular como causa de la parada cardíaca desafortunadamente no sirve para orientar sobre la causa específica

cardiológica que la desencadena. Dado que la etiología isquémica por enfermedad coronaria es la causa adquirida más frecuente y potencialmente tratable en la población general, se realizó en este paciente una coronariografía emergente que mostró arterias coronarias sin lesiones, lo que permite descartar el infarto de miocardio por lesiones coronarias arterioscleróticas, aunque en el estudio realizado por las condiciones del paciente no resulta posible descartar otras causas de arritmia ventricular, como el vasoespasma coronario. Por otro lado, en distintos ecocardiogramas realizados durante la atención hospitalaria de este paciente no se vieron hallazgos estructurales sugestivos de cardiopatía congénita o familiar que hubieran podido pasar inadvertidos a pesar de tener un ECG normal (...). No se conocía que el paciente tuviera cardiopatía previa o antecedentes familiares de muerte súbita cardíaca y se disponía de un ECG previo que mostraba una variante de la normalidad, con un intervalo QT normal y sin datos sugestivos de síndrome de Brugada ni de otras canalopatías o alteraciones hidroelectrolíticas, tales como hipopotasemia o hipomagnesemia. En la evolución tan desafortunada del paciente no se encontró ningún dato sugestivo de cardiopatía, ni congénita ni adquirida, no había habido clínica previa sugestiva de miocarditis aunque no se puede descartar con certeza al no haberse podido realizar algunas pruebas de imagen específicas, como la resonancia cardíaca”.

Concluyen que “el hecho cierto es que se desconoce cuál circunstancia concreta desencadenó la fibrilación ventricular de este paciente. Un trazado electrocardiográfico como el que tenía (...) meses antes no tiene ninguna capacidad predictiva para el desarrollo de muerte súbita cardíaca, y lo que sí demuestra es que en el momento de su realización no había hallazgos sugestivos de patología cardíaca. Aunque muy rara, otra posibilidad es que se tratara de fibrilación ventricular idiopática para cuyo diagnóstico es preciso haber descartado con certeza todas las circunstancias mencionadas anteriormente”.

9. Mediante oficio notificado a la interesada el 8 de abril de 2021, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto le traslada una copia del expediente y le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, sin que conste en el mismo que se hayan presentado alegaciones.

10. Con fecha 17 de mayo de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella, tras realizar consideraciones similares a las recogidas en los informes médicos incorporados al expediente, concluye que “la atención realizada por los profesionales sanitarios que atendieron al paciente durante su estancia en Urgencias los días 27 de noviembre y 29 de diciembre de 2018 fueron correctas y ajustadas a la *lex artis ad hoc*, sin haber existido una inobservancia del deber de cuidado y, por lo tanto, no se puede establecer ningún daño imputable a su actuación”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de junio de 2021, 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 Salud, 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están las interesadas, en tanto que pareja e hija del fallecido, activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. Habiendo resultado perjudicada una persona menor de edad, está facultada para actuar en su representación su madre, según lo establecido en el artículo 162 del Código Civil sobre representación legal de los hijos, quien por reunir asimismo la condición de afectada puede actuar, a su vez, mediante representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo señalado en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la LPAC dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 con fecha 21 de julio de 2020, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del paciente- el día 22 de julio de 2019, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo

común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Por otra parte, se ha considerado que el escrito inicial presentado mediante burofax integra una auténtica solicitud de inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial por reunir sus requisitos esenciales, lo que resulta totalmente correcto según viene siendo comúnmente admitido por los tribunales de justicia (entre ellos, Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de marzo de 2011 -ECLI:ES:TS:2011:857-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª, y Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 31 de marzo de 2010 -ECLI:ES:TSJAS:2010:1427-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), y también por este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes Núm. 4/2015, 126/2017 y 210/2018). Ahora bien, consideramos que la decisión de denegar el acceso al registro de la citada solicitud fue errónea pues, como se expresa en la providencia del Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas de 24 de julio de 2020, el burofax no está expresamente comprendido en la relación de documentos que “no serán objeto de registro” a que se refiere el artículo 17.3 del Decreto 89/2017, de 20 de diciembre, por el que se regula la Atención Ciudadana y las Oficinas de Asistencia en Materia de Registros en la Administración del Principado de Asturias, sus Organismos y Entes Públicos, ni puede equipararse a ninguno de los señalados en el apartado e) del precepto mencionado, esto es, “fax, telegrama y correo electrónico”. En efecto, la presentación de una solicitud remitida mediante burofax a través del prestador del servicio postal universal acredita de modo fehaciente la identidad del remitente y el destinatario, el contenido íntegro de la solicitud y sus fechas de transmisión y recepción -lo que no sucede con los medios a que se refiere el precepto que acabamos de

mencionar-, y produce el mismo efecto que la presentación en sobre abierto. En este sentido el artículo 31, párrafo tercero, del Real Decreto 1829/1999, de 3 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regula la Prestación de los Servicios Postales, en desarrollo de lo establecido en la Ley 24/1998, de 13 de julio, del Servicio Postal Universal y de Liberalización de los Servicios Postales, establece que "Los envíos aceptados por el operador al que se encomienda la prestación del servicio postal universal, siguiendo las formalidades previstas en este artículo, se considerarán debidamente presentados, a los efectos previstos en el artículo 38 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en su normativo de desarrollo"; remisión que en la actualidad ha de entenderse referida al artículo 16 de la LPAC.

Resultando admisible la presentación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial mediante burofax de conformidad con lo anteriormente razonado, y considerando que el *dies a quo* del plazo máximo para resolver y notificar en los procedimientos iniciados a solicitud del interesado es, según dispone el artículo 21.3.b) de la LPAC, el de "la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro electrónico de la Administración u Organismo competente para su tramitación", debió procederse al registro de la solicitud que -como acabamos de señalar- el Decreto 89/2017, de 20 de diciembre, no prohibía. Ahora bien, tal defecto formal carece de trascendencia en el caso que nos ocupa, pues el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas, procediendo con la mayor diligencia, libró una providencia al objeto de dejar constancia de la fecha de entrada en la Consejería instructora, que fue objeto de la preceptiva comunicación a las reclamantes según lo establecido en el artículo 21.4, segundo párrafo, de la LPAC. Respecto de esta comunicación advertimos una irregularidad que tiene carácter meramente formal, toda vez que se realiza fuera del plazo de diez días establecido en el precepto que acabamos de mencionar.

Finalmente, 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. 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 34 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de un paciente que las reclamantes atribuyen a un error diagnóstico, originado por la interpretación desacertada de los electrocardiogramas practicados entre ocho y nueve meses antes del óbito. A su juicio, tal error habría privado al paciente de la posibilidad de recibir un tratamiento adecuado con el que habría salvado su vida.

Del examen del expediente resulta acreditada la defunción del paciente en un hospital público, por lo que cabe presumir que aquella ha causado a las interesadas un daño moral cierto.

Ahora bien, la mera constatación de un perjuicio efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 80/2020), 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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por las reclamantes y cuya efectividad ha sido acreditada es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos supuestos, 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.

Asimismo, y puesto que se reprocha al servicio público un error diagnóstico, hemos de recordar que el servicio público sanitario no tiene la

obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos, ciñéndose el deber médico a la aplicación de los medios precisos en función de los síntomas mostrados por los pacientes. En otras palabras, como venimos señalando de forma constante (entre otros, Dictámenes Núm. 213/2019 y 66/2021), la *lex artis* médica no impone el empleo de más técnicas diagnósticas que las indicadas en función de los síntomas y signos clínicos apreciados en cada paciente, ni mucho menos ampara la realización prospectiva o indiscriminada de pruebas a falta de cualquier sospecha clínica.

Debemos subrayar, asimismo, que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios conlleva que quien persiga una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico deba acreditar que los síntomas o signos existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen patologías de diversa entidad y prevalencia que cursan una clínica similar-, y que tal sospecha diagnóstica imponía la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados. En el presente supuesto esto no ha sido probado por las reclamantes, quienes no han aportado pericial médica alguna de la que resulte que la buena praxis impusiera la consideración de los resultados de los electrocardiogramas practicados los días 27 de noviembre y 29 de diciembre de 2018 como sugestivos de enfermedad cardíaca o predictivos de los episodios de parada que condujeron al fallecimiento del paciente el 22 de julio de 2019.

A falta de tal prueba, el juicio de este Consejo ha de formarse a la vista del conjunto documental constituido por la historia clínica incorporada al expediente y los informes médicos librados a instancias del servicio público, en los que se concluye que la atención prestada fue correcta teniendo en cuenta los signos y síntomas del enfermo en el momento de recibir la asistencia. Descartan los citados informes que se haya interpretado erróneamente el resultado de los electrocardiogramas practicados en el Servicio de Urgencias meses antes del óbito y, por consiguiente, rechazan que se haya privado al

paciente de la posibilidad de recibir tratamiento preventivo alguno. En efecto, tanto el informe del servicio a cuya actuación se imputa el daño (Urgencias del Hospital) como el de Cardiología del mismo centro y el elaborado a instancias de la entidad aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias son coincidentes al señalar que los trazados de los electrocardiogramas realizados meses antes de la muerte fueron interpretados de forma correcta y que no presentaban ninguna alteración relevante; al contrario, arrojaban resultados perfectamente compatibles con la normalidad y en ningún caso podían considerarse predictores de un evento cardíaco como el que se produciría meses más tarde. En las visitas al Servicio de Urgencias los días 27 de noviembre y 29 de diciembre de 2018 el paciente tampoco presentaba ningún síntoma ni signo clínico compatible con cardiopatía isquémica aguda, y si se realizaron los electrocardiogramas no fue para confirmar una sospecha diagnóstica de patología coronaria sino por imponerlo el protocolo de atención. Tras las visitas a Urgencias en los meses de noviembre y diciembre de 2018 por patología digestiva, no consta ninguna consulta o nuevo seguimiento en Atención Primaria ni en el hospital hasta el día 19 de julio de 2019, según destacan los especialistas autores del informe librado a instancias de la compañía aseguradora, de lo que puede colegirse que tanto el diagnóstico como el tratamiento pautado entonces fueron correctos.

Estos mismos especialistas señalan que la asistencia prestada a partir del 19 de julio de 2019, fecha en la que se presenta por primera vez el dolor torácico seguido de parada cardiorrespiratoria, fue asimismo correcta, y que aunque se consiguió recuperar al paciente de una primera parada complicada con insuficiencia respiratoria grave, shock cardiogénico y embolia pulmonar, finalmente sufrió una disociación electromecánica, que "es una forma de parada cardíaca con muy bajas probabilidades de recuperación", y terminó falleciendo aun cuando se emplearon todos los medios disponibles para intentar mantenerle con vida.

Según se explica en el citado informe el paciente, de 38 años de edad, falleció debido a un episodio de incidencia extraordinaria en el intervalo etario

de 25 a 44 años de edad; más concretamente, de muerte súbita cardíaca por fibrilación ventricular de causa desconocida. Señalan sus autores que “la mayoría de los casos de fibrilación ventricular están relacionados con algún tipo de enfermedad cardíaca”, si bien en este caso las pruebas realizadas durante la atención hospitalaria no evidenciaron signos de cardiopatía congénita o familiar que hubieran podido pasar inadvertidos a pesar de ser normales los resultados electrocardiográficos. El paciente no presentaba clínica sugestiva de miocarditis ni se conocía que tuviera cardiopatía previa o antecedentes familiares de muerte súbita cardíaca, y se disponía de resultados electrocardiográficos previos que mostraban una variante de la normalidad, con un intervalo QT normal y sin datos sugestivos de síndrome de Brugada ni de otras canalopatías o alteraciones hidroelectrolíticas, concluyéndose, al respecto, que “el hecho cierto es que se desconoce cuál circunstancia concreta desencadenó la fibrilación ventricular de este paciente. Un trazado electrocardiográfico como el que tenía (...) meses antes no tiene ninguna capacidad predictiva para el desarrollo de muerte súbita cardíaca, y lo que sí demuestra es que en el momento de su realización no había hallazgos sugestivos de patología cardíaca”. En este contexto, a falta de signos y síntomas sugestivos de patología cardíaca, no puede tenerse por probado el error diagnóstico objeto de reproche.

En definitiva, puesto que las imputaciones que realizan las reclamantes solo se sostienen en sus propias manifestaciones, lo que no es suficiente para tenerlas por ciertas, y dado que del análisis del expediente en su conjunto no resulta que la atención prestada haya sido deficiente ni consta ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al buen quehacer médico, hemos de concluir con la propuesta de resolución que los daños reclamados son consecuencia de la imprevisible materialización de un evento patológico muy grave que el paciente desgraciadamente no pudo superar aun habiéndose abordado con medios adecuados, por lo que la pretensión resarcitoria de su familia no puede ser acogida.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.