

Dictamen Núm. 100/2024

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 23 de mayo de 2024, 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 12 de abril de 2024 -registrada de entrada el día 18 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados de la muerte de su familiar, que vinculan con un alta hospitalaria prematura.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 2 de agosto de 2023, los interesados -hijos de la fallecida- presentan en el Registro General de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial -frente al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños derivados de la muerte de su familiar, que vinculan con un alta hospitalaria precipitada.

Exponen que el día 10 de noviembre de 2022 su madre “acudió al Centro de Salud” al presentar “desde hace unos días disnea de esfuerzo

que ha ido progresando hasta hacerse de mínimos esfuerzos hoy. Niega dolor torácico, no ortopnea, no tos ni fiebre./ No cardiopatía ni neumopatía conocidas (...). Posible insuficiencia cardíaca de novo./ Remito a Urgencias” del Hospital “para valoración”. Señalan que ingresa “en el Servicio de Urgencias el mismo día 10 de noviembre de 2022 a las 19:51, siendo dada de alta el día 11-11-2022 a las 00:19 horas (...). En el apartado evolución y comentarios” se indica que la paciente “acude (...) por disnea y edema de miembros inferiores que ha empeorado en los últimos días. Clínicamente sospecha de insuficiencia cardíaca sin datos de gravedad ni urgencia en el momento actual, por lo que se decide alta del Servicio de Urgencias con tratamiento diurético en domicilio y cita preferente en consulta externa de Cardiología”, estableciéndose el diagnóstico de “insuficiencia cardíaca. 1^{er} episodio” y recomendando “vigilar datos de alarma (sensación de ahogo o falta de aire, aumento de edema en miembros inferiores)./ Consulta a Cardiología./ Control y revisión por su médico de (Atención) Primaria./ En caso de empeoramiento volver de nuevo a Urgencias”.

Indican que “durante el transcurso de su estancia hospitalaria” un “hijo de la paciente, sobre las 23:30 horas, recibe una llamada (...) del médico que estaba atendiendo a su madre manifestándole que le funcionaba mal el corazón y que estaba valorando si ingresarla o darle el alta (...). Transcurrido un tiempo recibe otra llamada del mismo facultativo manifestándole que había decidido mandarla para casa y que pasara a verlo, lo que hizo, siendo informado” de que “su madre tenía una lesión de corazón, tal como se refleja en el informe de alta”. Reseñan que “el día 12 de noviembre de 2022” la paciente fallece “en su domicilio a las 11:55 horas como consecuencia de una insuficiencia cardíaca”.

Sostienen que “es evidente que (...) fue precipitadamente dada de alta, pautándole volver de nuevo a Urgencias en caso de empeoramiento, pero no es menos cierto que tal recomendación en una paciente a la que se le acababa de diagnosticar una insuficiencia cardíaca resulta inadecuada e incompatible con dicha patología, puesto que en caso de producirse un agravamiento la

necesaria intervención para poder evitar el desenlace que finalmente se ha producido deberá ser rápida e instantánea, y dicha atención únicamente podría llevarse a cabo mediante ingreso hospitalario al menos durante un período corto de tiempo para observar la evolución”.

Cuantifican la indemnización solicitada en un total de noventa mil euros (90.000 €), de los cuales corresponderían 30.000 € a cada uno de los hijos.

Adjuntan copias de diversa documentación relacionada con el proceso de referencia.

2. Mediante oficio de 1 de septiembre de 2023, la Jefa de la Sección de Apoyo 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 tramitación del procedimiento y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa solicitud formulada por la Instructora del procedimiento, el 19 de octubre de 2023 la Directora de Atención y Evaluación Sanitaria le remite el informe elaborado por la Jefa de la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias el 16 de ese mismo mes. En él se indica que “con fecha 12 de noviembre de 2022 se recibe llamada (...) a las 10:39 a. m. indicando paciente de 77 en situación de disnea de mínimos esfuerzos. Tras la valoración inicial por el médico del (...) SAMU se dan indicaciones sanitarias y se solicita traslado al hospital mediante una ambulancia de soporte vital básico, que queda en espera para asignación. Los recursos asistenciales (de soporte vital básico) en ese momento del área V se encuentran ocupados (...). A las 11:28 a. m. se avisa desde el domicilio de la paciente por empeoramiento, identificando situación de parada cardiorrespiratoria. Se activa la unidad de soporte vital avanzado (...) a las 11:29 a. m., dando su llegada al lugar a las 11:36 a. m./ En el informe de asistencia (...) consta que la paciente a su llegada se encuentra en situación de parada cardíaca (asistolia). Se comienzan maniobras de RCP avanzada

conforme a protocolo, finalizando la misma ante la evidencia de no respuesta a dicha asistencia a las 11:55 a. m. del día de la fecha, con el diagnóstico de exitus”.

4. Previa solicitud formulada por la Instructora del procedimiento, el 7 de noviembre de 2023 la Gerente del Área Sanitaria V le traslada una copia de la historia clínica de la paciente y un informe del Servicio de Urgencias del Hospital

En este último, fechado el 21 de octubre de 2023, se afirma que “en los antecedentes personales de la paciente no se hace referencia a alteración mental que impida comprender las instrucciones de vigilancia (buena situación basal, independiente para las actividades de la vida diaria, sin deterioro cognitivo), tiene buen apoyo social (vive acompañada, a 20 minutos de Urgencias del hospital con acceso por carretera) y sin alteraciones agudas del estado mental (consta en la exploración física: `consciente, orientada en las tres esferas, colaboradora (...) (buen estado general)’. Se le explica verbalmente y de manera escrita qué es lo que tiene que vigilar ella y su red de apoyo: `sensación de ahogo o falta de aire, aumento de edema en miembros inferiores’./ Además, se le pauta revisión con su médico de (Atención) Primaria. En este caso, es cierto que no se escribió que debe ser valorada en 48 h como suele ser mi costumbre, pero recuerdo específicamente haber mencionado verbalmente este hecho para explicarle a (la paciente) que ese lapso de tiempo permite aportar datos sobre la evolución favorable o desfavorable del proceso en base a la respuesta al tratamiento pautado./ En el informe de alta, en evolución y comentarios, se hace referencia a que `clínicamente (por síntomas referidos por la paciente, signos presentes en la exploración física y las pruebas complementarias) sospecha de insuficiencia cardíaca sin datos de gravedad ni urgencia en el momento actual’. El juicio diagnóstico de que no precisa ingreso (...) ni observación hospitalaria en el momento actual parecía adecuado y sigue pareciendo adecuado a la luz de los acontecimientos posteriores, teniendo en cuenta que no precisaba técnicas

específicas hospitalarias: no precisó tratamiento parenteral u oral de urgencia ni en el centro de salud ni durante su estancia en el Servicio de Urgencias, ni precisó oxigenoterapia./ Revisado el informe clínico de alta de Urgencias se infiere que, valorados los antecedentes personales de la paciente, la exploración física, las pruebas complementarias y la evolución durante su estancia en el Servicio de Urgencias, intenté tomar la mejor decisión posible (...). Analizado el cociente riesgo/beneficio entre completar estudios y tratamiento con ingreso hospitalario versus completar estudios en consulta externa preferente en el Servicio de Cardiología, pautar tratamiento oral en domicilio, con posibilidad de detección de complicaciones precoces mediante control evolutivo por su médico de familia y advertencia de qué vigilar para acudir nuevamente al Servicio de Urgencias, opté por este último curso de acción./ Son bien conocidos y respaldados por la bibliografía los riesgos asociados a la asistencia sanitaria, especialmente en población geriátrica. El ingreso en un hospital de agudos, como es el caso de nuestra institución, está asociado a riesgo de iatrogenia (infecciones nosocomiales, síndrome confusional y efectos adversos medicamentosos, caídas, deterioro funcional, entre otros). De ahí la recomendación de valorar cuidadosamente la necesidad de ingreso hospitalario en esta población./ Por ello, dadas las buenas condiciones basales de la paciente, adecuado soporte social, que no precisaba técnicas específicamente hospitalarias, decidí filiar la etiología del primer episodio de insuficiencia cardíaca en consulta externa y no solicitar ingreso hospitalario./ Por todo lo explicado (...), no estoy de acuerdo con que mis recomendaciones sean inadecuadas e incompatibles”.

Indica que “es cierto que una complicación posible de la insuficiencia cardíaca es el edema agudo de pulmón. Con las pruebas complementarias, tal y como se recomienda en la bibliografía (...), se descartan condiciones que predispongan a dicha complicación:/ Anemia. La hemoglobina era de 13,2./ Arteriopatía coronaria. El (electrocardiograma) realizado descartaba trastornos de ritmo o del trazado sugestivo de arteriopatía coronaria aguda./ El proceso diagnóstico de otras enfermedades concomitantes como hipertensión, diabetes

mellitus o trastornos de la respiración resulta más adecuado en la consulta de Atención Primaria, ya que la toma de parámetros (por ejemplo, glucemia en ayunas o técnica correcta de toma de tensión arterial) es más fiable./ Para favorecer que dicha complicación fuera detectada precozmente se le instruyen a la paciente y a la familia de manera verbal y escrita los síntomas de empeoramiento para volver a solicitar valoración médica. De la misma manera, se le pauta medicación domiciliaria para favorecer la depleción hídrica que impidiese la congestión pulmonar característica de dicha complicación, el edema agudo de pulmón (...). Debe recordarse que la insuficiencia cardíaca es un proceso que puede ser favorable o desfavorable independiente de los tratamientos prescritos. Lo esperable es que con tratamiento el paciente mejore, pero puede suceder que la evolución no sea esperable, en cuyo caso debe ser nuevamente valorado. La evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento pautado es un dato más que aporta información de la historia natural de la enfermedad. Si aparecen esos signos de alarma puede ser que el tratamiento sea insuficiente o esté apareciendo alguna complicación. Ese es el sentido de la recomendación de `en caso de empeoramiento acudir de nuevo a Urgencias´ que sale en todos los informes de alta (...). Es un elemento de valor diagnóstico y de seguridad del paciente, no de falta de seguridad en la medida adoptada./ Por otro lado, cabe señalar que en caso de mala evolución de la insuficiencia cardíaca ésta es un proceso evolutivo y no súbito salvo contadas excepciones, donde la presencia de dificultad respiratoria, trabajo respiratorio, edema no habitual en miembros y descenso de la diuresis dan pistas para acudir de nuevo a consulta médica, como suele suceder habitualmente, tal y como atestigua nuestra experiencia en la práctica médica habitual”.

5. Obra incorporado al expediente un informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora de la Administración el 9 de enero de 2024 por dos especialistas, uno de ellos en Cardiología y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él afirman que la paciente “no presentaba antecedentes de cardiopatía isquémica (...). No padecía cardiopatía estructural alguna, por lo que no había ningún riesgo de evento isquémico previsible (...). En el 1^{er} episodio de insuficiencia cardíaca izquierda (...) recibe una atención adecuada a la clínica y evolución que presentó durante su permanencia en Urgencias (...). De la exploración física realizada (...) no se infiere, en absoluto, que la paciente presentase signos clínicos de gravedad (...). Ante la correcta evolución clínica, tras informar a la familia, es dada de alta con recomendaciones, tratamiento médico (diurético) y control en consultas externas de Cardiología (...). También se señala de forma expresa control por su médico de Atención Primaria y que en caso de empeoramiento acudir nuevamente a Urgencias. Es decir, no se interrumpió la posibilidad de acudir si comenzase con deterioro clínico y también se creyó conveniente continuar el seguimiento médico en Atención Primaria, por lo que no se puede establecer que haya existido una inobservancia del deber de cuidado (...). Una vez en su domicilio, no consta ninguna consulta ni nuevo seguimiento en Atención Primaria ni en Urgencias. La paciente permanece asintomática, o no solicita revaloración como se indicó ante cualquier agravamiento durante más de 36 horas”.

Consideran que “recibe una atención adecuada (...), realizándose las pruebas indicadas y necesarias en cada momento sin existir ninguna pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica (...). Con la información disponible, y según consta en el certificado de defunción, en ausencia de necropsia, la paciente falleció por otra patología diferente a la que los demandantes atribuyen el fallecimiento./ La causa de la muerte, probablemente tromboembolismo pulmonar agudo con parada cardiorrespiratoria, no es consecuencia ni está relacionada con el cuadro de insuficiencia cardíaca izquierda diagnosticado y atendido en Urgencias días antes (...). El hecho cierto es que se desconoce cuál circunstancia concreta desencadenó la muerte súbita de esta paciente, siendo imposible elaborar una hipótesis de mecanismo de muerte. La muerte súbita es un proceso agudo inesperado (por tanto,

mayoritariamente sin síntomas inmediatos previos) cuyas causas más frecuentes son cardíacas: las arritmias ventriculares o el fallo de bomba de causa coronaria, no pudiendo igualmente descartarse otras causas menos frecuentes”.

6. Mediante oficio notificado a los reclamantes el 7 de marzo de 2024, la Instructora del procedimiento les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los documentos obrantes en el expediente.

7. Con fecha 22 de marzo de 2024, uno de los interesados presenta en el Registro General de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones. En él manifiesta que el informe pericial aportado por la compañía aseguradora “carece de toda validez dado que en el mismo se procede a confundir reiteradas veces a dos pacientes (distintas) (páginas 105, 106 y 111), de tal forma que la metodología de trabajo, así como los resultados del informe realizado, carecen de eficacia alguna en el presente procedimiento, generando, a su vez, un descrédito del propio informe dado que (...) tal error en la identificación lleva a concluir que la causa a que atribuyen el fallecimiento de (la paciente) no está apoyado ni sustentado en hecho objetivo de ningún tipo (...). Pues bien, con estos antecedentes objetivos, el informe pericial que consta en el expediente administrativo realiza unos razonamientos y conclusiones incompatibles con los hechos acaecidos. En primer lugar, justifica su razonamiento en lo que los servicios médicos del SAMU califican como causa inmediata del fallecimiento (parada cardiorrespiratoria), para atribuir la misma a una muerte súbita sin ningún nexo causal con la previa actuación del servicio de salud (...). Tal argumento ya decae por su propio peso, en tanto (que) ni siquiera habían pasado las 36 horas desde que se da de alta a la paciente a la llamada al SAMU, razón por la que es evidente que se están buscando argumentos donde los datos objetivos indican que no existen, y ello sin tener en cuenta que el alta a la paciente se da un viernes de

madrugada, de tal forma que el sábado tampoco podría acudir a un centro de salud, entendido como consulta ordinaria con su (médico de Atención Primaria)“.

En relación con el informe del Servicio de Urgencias del Hospital, señala que “es evidente que el Servicio de Urgencias no actuó con la diligencia debida haciendo perder un coste de oportunidad esencial en el fatal resultado (...), toda vez que los hechos se produjeron en la noche de un jueves a un viernes, lo que implica que la importancia que la (facultativa) da a las siguientes 48 horas carece de sentido en esta situación”, pues “a las 48 horas su médico de Atención Primaria no atiende pacientes por ser un domingo, de tal forma que le traslada a una paciente de 77 años ya no sólo comprender una sintomatología, sino su interpretación, contradiciendo asimismo tal actuación con la justificación relativa a la inadecuada hospitalización (...). De este razonamiento podemos observar su contradicción toda vez que, por una parte, se apoya en las buenas condiciones de la paciente en lo relativo a su grado cognitivo y colaboración como sustento de lo adecuado del alta hospitalaria que se pautó, para a renglón seguido justificar que no se deja hospitalizada por tratarse de una persona de edad avanzada con los consiguientes riesgos que ello conlleva (...). En suma, de dicho informe es evidente que el alta hospitalaria supuso una pérdida de oportunidad diagnóstica al presentar la paciente una serie de patologías incompatibles con la transmisión `verbal` de instrucciones de comportamiento y autodiagnóstico a una persona de edad avanzada, sin que conste que las mismas fueran transmitidas a sus hijos, lo que pudo determinar el fatal desenlace que se produjo, con la consiguiente pérdida de oportunidad en la reacción ante el hecho que se acabó produciendo, razón por la que entendemos totalmente adecuada la reclamación presentada”.

8. Con fecha 2 de abril de 2024, la Instructora del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella indica, “tras el análisis del expediente”, que “consta la atención prestada a la paciente en el

Servicio de Urgencias hospitalario por cuadro de insuficiencia cardíaca izquierda, realización de exploración física, pruebas analíticas y electrocardiograma con leve taquicardia sinusal en paciente sin antecedentes de cardiopatía estructural, sin riesgo de evento isquémico previsible./ La evolución clínica fue favorable y recibió alta con tratamiento diurético, recomendaciones de seguimiento por su médico de Primaria, control en consultas externas de Cardiología, y, en caso de empeoramiento, acudir nuevamente a Urgencias. Una vez en su domicilio, no consta ninguna consulta ni nuevo seguimiento en Atención Primaria ni en Urgencias. La paciente permanece asintomática, o no solicita revaloración como se indicó ante cualquier agravamiento durante más de 36 horas, a partir de las cuales solicita atención al SAMU por disnea aguda, el 12-11-2022 se recibe llamada (...) a las 10:39 a. m.; tras la valoración inicial por el médico (...) se dan indicaciones sanitarias y se solicita traslado al hospital mediante una ambulancia de soporte vital básico, que queda en espera para asignación. Los recursos asistenciales de (soporte vital básico) en ese momento en el Área V se encuentran ocupados. A las 11:28 a. m. se avisa desde el domicilio de la paciente por empeoramiento, identificando situación de parada cardiorrespiratoria. Se activa la unidad de soporte vital avanzado (...) a las 11:29 a. m., dando su llegada al lugar a las 11:31 a. m./ En el informe de asistencia (...) consta que la paciente a su llegada se encuentra en situación de parada cardíaca. Se comienzan maniobras de RCP avanzada conforme a protocolo, finalizando la misma ante la evidencia de no respuesta a dicha asistencia a las 11:55 a. m. del día de la fecha, con el diagnóstico de exitus”.

Concluye, con base en los informes aportados, que “no se ha objetivado mala praxis, desde los primeros momentos se han practicado las pruebas indicadas y necesarias, sin apreciar ninguna pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica. En ausencia de necropsia, como prueba objetiva, son los datos clínicos la única fuente para poder intuir la causa de la muerte, probablemente debida a tromboembolismo pulmonar agudo con parada

cardiorrespiratoria o muerte súbita cuyo mecanismo es indeterminable e inevitable”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de abril de 2024, 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 los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante 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 2 de agosto de 2023, y el fallecimiento de la paciente se produce el día 12 de noviembre de 2022, 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.

Sin embargo, 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 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 en el que los interesados reclaman una indemnización por los daños derivados de la muerte de su familiar, que vinculan con un alta hospitalaria prematura.

Acreditado el fallecimiento -y, por tanto, la efectividad del daño-, hemos de reparar en que la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más 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, en el sentido de que se trate de un daño que los interesados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, 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 concretos.

Por tanto, para poder apreciar que el daño alegado por los reclamantes 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.

Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles, de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

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 esos 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. Esto es, la responsabilidad patrimonial no sólo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada, sino también que el perjuicio cuya reparación se persigue sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el supuesto analizado, los interesados sostienen que tras el ingreso de la paciente en el Hospital Universitario de Cabueñes el día 10 de noviembre de 2022, el alta del día siguiente resultaba "precipitada" teniendo en cuenta el diagnóstico de "insuficiencia cardíaca. 1^{er} episodio", en el que en caso de agravamiento la rapidez en la intervención para evitar un desenlace fatal únicamente podría llevarse a cabo desde el ámbito hospitalario.

Por otra parte, y ya en el trámite de audiencia, sostienen que el informe pericial aportado por la compañía aseguradora “carece de toda validez”, dado que “en el mismo se procede a confundir reiteradas veces a dos pacientes (distintas) (páginas 105, 106 y 111)”.

Vista la posición de los reclamantes, es preciso abordar el contenido más significativo de la restante documentación obrante en el expediente.

El informe del Servicio de Urgencias indica que a la paciente “se le explica verbalmente y de manera escrita qué es lo que tiene que vigilar ella y su red de apoyo: `sensación de ahogo o falta de aire, aumento de edema en miembros inferiores´”, subrayando que en sus antecedentes personales “no se hace referencia a alteración mental que impida comprender las instrucciones de vigilancia (buena situación basal, independiente para las actividades de la vida diaria, sin deterioro cognitivo), tiene buen apoyo social (vive acompañada, a 20 minutos de Urgencias del hospital con acceso por carretera) y sin alteraciones agudas del estado mental (consta en la exploración física: `consciente, orientada en las tres esferas, colaboradora (...) (buen estado general)´”. Asimismo, señala que “en el informe de alta (...) se hace referencia a que `clínicamente (por síntomas referidos por la paciente, signos presentes en la exploración física y las pruebas complementarias) sospecha de insuficiencia cardíaca sin datos de gravedad ni urgencia en el momento actual´”, por lo que considera que “el juicio diagnóstico de que no precisa ingreso (...) ni observación hospitalaria en el momento actual parecía adecuado y sigue pareciendo adecuado a la luz de los acontecimientos posteriores, teniendo en cuenta que no precisaba técnicas específicas hospitalarias: no precisó tratamiento parenteral u oral de urgencia ni en el centro de salud ni durante su estancia en el Servicio de Urgencias, ni precisó oxigenoterapia”.

Por otro lado, señala que “el ingreso en un hospital de agudos, como es el caso de nuestra institución, está asociado a riesgo de yatrogenia (infecciones nosocomiales, síndrome confusional y efectos adversos medicamentosos, caídas, deterioro funcional, entre otros). De ahí la

recomendación de valorar cuidadosamente la necesidad de ingreso hospitalario en esta población”.

Finalmente, advierte que “es cierto que una complicación posible de la insuficiencia cardíaca es el edema agudo de pulmón”, pero “con las pruebas complementarias (...) se descartan condiciones que predispongan a dicha complicación: Anemia. La hemoglobina era de 13,2./ Arteriopatía coronaria. El (electrocardiograma) realizado descartaba trastornos de ritmo o del trazado sugestivo de arteriopatía coronaria aguda./ El proceso diagnóstico de otras enfermedades concomitantes como hipertensión, diabetes mellitus o trastornos de la respiración resulta más adecuado en la consulta de Atención Primaria, ya que la toma de parámetros (por ejemplo, glucemia en ayunas o técnica correcta de toma de tensión arterial) es más fiable”. Añade que “para favorecer que dicha complicación fuera detectada precozmente se le instruyen a la paciente y a la familia de manera verbal y escrita los síntomas de empeoramiento para volver a solicitar valoración médica”, y “se le pauta medicación domiciliaria para favorecer la depleción hídrica que impidiese la congestión pulmonar característica de dicha complicación”.

Por su parte, la pericial emitida a instancias de la entidad aseguradora de la Administración subraya que la paciente “no presentaba antecedentes de cardiopatía isquémica” ni “cardiopatía estructural alguna, por lo que no había ningún riesgo de evento isquémico previsible”, y que de la exploración física realizada en Urgencias “no se infiere, en absoluto, que (...) presentase signos clínicos de gravedad”. Señala que, “una vez en su domicilio, no consta ninguna consulta ni nuevo seguimiento en Atención Primaria ni en Urgencias”, que “la paciente permanece asintomática, o no solicita revaloración como se indicó ante cualquier agravamiento durante más de 36 horas, algo incompatible con la evolución de un tromboembolismo pulmonar agudo, que es un proceso agudo y cuya evolución no se corresponde con la clínica descrita por la paciente”, añadiendo que “no consta ningún seguimiento posterior hasta pasadas 36 horas, el día 12-11-2022, cuando solicita ayuda al SAMU por disnea aguda”.

Finalmente, considera que “con la información disponible (...) la paciente falleció por otra patología diferente a la que los demandantes atribuyen” el óbito, “probablemente tromboembolismo pulmonar agudo con parada cardiorrespiratoria”, por lo que “la causa de la muerte (...) no es consecuencia ni está relacionada con el cuadro de insuficiencia cardíaca izquierda diagnosticado y atendido en Urgencias días antes”.

Por su parte, la propuesta de resolución sostiene que “consta la atención prestada a la paciente en el Servicio de Urgencias hospitalario por cuadro de insuficiencia cardíaca izquierda, realización de exploración física, pruebas analíticas y electrocardiograma con leve taquicardia sinusal en paciente sin antecedentes de cardiopatía estructural, sin riesgo de evento isquémico previsible”, y que “en ausencia de necropsia, como prueba objetiva, son los datos clínicos la única fuente para poder intuir la causa de la muerte, probablemente debida a tromboembolismo pulmonar agudo con parada cardiorrespiratoria o muerte súbita cuyo mecanismo es indeterminable e inevitable”.

Planteada en estos términos la controversia, procede entrar sobre el fondo del asunto.

Con carácter previo a cualquier otra consideración es preciso advertir que, pese a interesar a quien reclama la prueba de sus alegaciones, los reclamantes no han desarrollado en vía administrativa actividad probatoria alguna, limitándose a referir los informes médicos del servicio público sanitario y a exponer su personal interpretación de los hechos. En consecuencia, este Consejo ha de formar su convicción acerca de los extremos de índole técnica sobre la base de la documentación médica incorporada al expediente por la Administración y su compañía aseguradora.

En primer lugar, por lo que se refiere al informe pericial aportado por la entidad aseguradora, el interesado que comparece en el trámite de audiencia sostiene que “carece de toda validez”, puesto que “en el mismo se procede a confundir reiteradas veces a dos pacientes (distintas) (páginas 105, 106 y 111)”. Ciertamente, si la enferma a la que se refiere no fuese la fallecida

quedaría viciado de plano el informe, no pudiendo acudir a sus aseveraciones para resolver el fondo del asunto; no obstante, a la vista de su contenido, es notorio que en ningún caso se está confundiendo a la misma en su identidad -como mucho, pudiera existir error en la plasmación por escrito de su nombre y/o apellidos, que no es exactamente lo mismo-, puesto que contiene reproducciones gráficas de informes médicos del servicio público sanitario relativos, sin lugar a dudas, a la fallecida (con señalamiento literal y exacto de su identidad), amén de que toda la sintomatología referida, historia clínica, relación de características personales y sucesión de acontecimientos responden ajustadamente a lo acontecido en el episodio que afectó a la madre de los reclamantes. Por otra parte, en el escrito de alegaciones se señalan expresamente tres páginas del expediente en las que quedarían de manifiesto tales errores -105, 106 y 111-, pero acudiendo a las citadas páginas del expediente remitido a este Consejo no se aprecia error ni en el nombre ni en los apellidos de la paciente. En definitiva, la pretensión de destruir la fuerza probatoria de la pericial incorporada al expediente por la compañía aseguradora bajo unas presuntas y no constatadas irregularidades de índole formal no puede ser atendida.

En segundo lugar, en relación con la conveniencia de haber extendido en el tiempo la hospitalización de la paciente, el informe del Servicio de Urgencias refiere que, a la vista del informe de alta (folios 1 a 3 de la historia Selene), se “sospecha de insuficiencia cardíaca”, pero “sin datos de gravedad ni urgencia en el momento actual”. Por otra parte, el mismo informe señala que la paciente “no precisaba técnicas específicas hospitalarias: no precisó tratamiento parenteral u oral de urgencia ni en el centro de salud ni durante su estancia en el Servicio de Urgencias, ni precisó oxigenoterapia”. En la misma línea se manifiesta el informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora al indicar que la paciente no presentaba antecedentes de cardiopatía isquémica ni de cardiopatía estructural, que no había ningún riesgo de evento isquémico previsible y que en la exploración realizada en Urgencias no se evidenciaron signos clínicos de gravedad.

A lo anterior se ha de añadir la referencia que efectúa el informe del Servicio de Urgencias a los inconvenientes, asociados al riesgo de iatrogenia, que plantea el ingreso en un hospital de agudos para una persona de la edad y características de la paciente -77 años y diagnosticada de epilepsia desde los 57 años (folio 1 de la historia Selene)-; entre otros, "infecciones nosocomiales, síndrome confusional y efectos adversos medicamentosos, caídas, deterioro funcional". Tal circunstancia abundaría en la necesidad de haber valorado muy escrupulosamente la inevitabilidad del ingreso hospitalario en aras a no causar a la enferma más perjuicio que beneficio.

Tampoco cabe orillar que, como advierte el informe del Servicio de Urgencias, en previsión de una complicación por edema agudo de pulmón -y amén de que los resultados de las pruebas complementarias realizadas descartaban una predisposición a este respecto-, "para favorecer que dicha complicación fuera detectada precozmente se le instruyen a la paciente y a la familia de manera verbal y escrita los síntomas de empeoramiento para volver a solicitar valoración médica", y "se le pauta medicación domiciliaria para favorecer la depleción hídrica que impidiese la congestión pulmonar característica de dicha complicación".

No obstante, tal y como venimos reiterando, el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación ignorado al momento de la atención y conocido al formularse la reclamación (por todos, Dictamen Núm. 269/2023). Como recoge la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 16 de marzo de 2009 -ECLI:ES:TSJAS:2009:1386- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.^a), el juicio que debe efectuarse no es el juicio *ex post*, una vez conocido todo el desarrollo posterior, sino un juicio *ex ante* para, en función de los datos y circunstancias conocidas en ese momento, saber si la decisión hubiera sido o no correcta.

Así pues, la documentación médica a la que ha tenido acceso este Consejo apunta, con claridad, a que el alta hospitalaria se produjo tras una

detallada y cuidadosa valoración de pros y contras, adoptándose las precauciones adecuadas a la clínica que presentaba en el momento del ingreso, advirtiéndose además una valoración conjunta de otros factores concurrentes como las buenas condiciones basales de la enferma, el adecuado soporte social y que no precisaba técnicas específicamente hospitalarias.

En tercer lugar, los reclamantes atribuyen el fallecimiento a un agravamiento de la insuficiencia cardíaca; sin embargo, el informe del Servicio de Urgencias descarta tal hipótesis dado que “en caso de mala evolución de la insuficiencia cardíaca, ésta es un proceso evolutivo y no súbito salvo contadas excepciones, donde la presencia de dificultad respiratoria, trabajo respiratorio, edema no habitual en miembros y descenso de la diuresis dan pistas para acudir de nuevo a consulta médica”. Por su parte, el informe pericial emitido a instancias de la entidad aseguradora advierte que, ante la ausencia de autopsia y siendo inviable apuntar con taxatividad a una causa cierta -extremo en el que incide la propuesta de resolución (folio 132)-, resultaba posible un supuesto de “muerte súbita” -proceso “agudo inesperado (por tanto, mayoritariamente sin síntomas inmediatos previos) cuyas causas más frecuentes son cardíacas: las arritmias ventriculares o el fallo de bomba de causa coronaria, no pudiendo igualmente descartarse otras causas menos frecuentes” (folio 113)-.

En suma, a tenor de la información médica incorporada al expediente -único material probatorio de índole técnica al que este Consejo puede acogerse a la hora de formar su convicción-, el alta hospitalaria dada a la paciente se efectuó con respeto a la *lex artis*, habiéndose ceñido los facultativos actuantes a los datos clínicos que se evidenciaban y a los síntomas mostrados por la paciente, sin que en el lamentable desarrollo posterior de los acontecimientos quepa hallar una relación de causalidad con la atención dispensada por el servicio público sanitario.

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.