

Dictamen Núm. 18/2026

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 29 de enero de 2026, 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 diciembre de 2025 -registrada de entrada el día 19 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fracaso de una gestación, que achaca a la deficiente atención por parte del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 12 de marzo de 2025, se presenta en el Registro Electrónico General una reclamación de responsabilidad patrimonial suscrita por la interesada y dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa), por los daños derivados de la muerte del hijo que esperaba, a las 26 semanas y 3 días de gestación.

Inicia su escrito precisando que, durante el embarazo, que se desarrolló en el “segundo semestre de 2023”, venía siendo “atendida por su matrona del Centro de Salud y por el departamento de Obstetricia” de la Fundación Hospital, “si bien no fue ninguno de estos Servicios el que cometió la

negligencia que se denuncia en este escrito". Tras destacar que "tenía como antecedente personal (...) un aborto espontáneo a las cinco semanas de gestación en el mismo año", explica que, "en el segundo proceso gestacional, en el que sucedió la negligencia (...), ya en la ecografía del segundo trimestre, realizada el 7 de diciembre de 2023, se apreció índice de pulsatilidad de arterias uterinas en percentil 95, lo que es calificado de patológico, habiéndosele pautado una ecografía adicional el siguiente 9 de enero de 2024".

Refiere que "el 30 de diciembre de 2023 (...), acudió por Urgencias al Hospital `X`, con `dolor punzante en la zona alta del abdomen sin irradiación, que se acompaña de sensación de distensión abdominal, sin náusea, disnea, fiebre u otra clínica"". Tras la realización de exploración física, toma de la tensión arterial -en la que constan dos registros, uno a las 22:09 horas de 162/93 y otro a las 23:03 horas de 139/82, "aunque en el informe solo se relaciona la práctica de una medición"- y analítica sanguínea en la que se aprecia "PCR 0,90, resto normal", se decide "no remitir a la paciente a Obstetricia y darle el alta con un diagnóstico de epigastralgia, recetando paracetamol cada ocho horas y control por su médico de cabecera".

Continúa señalando que "el 9 de enero de 2024 acude a su cita anticipada con el Servicio de Obstetricia" de la Fundación Hospital, donde "se le hacen dos tomas de presión arterial resultando 150/103 y 160/60, dando un valor alterado en la analítica de orina `proteínas +++`. Se le realiza una exploración uterina con el siguiente resultado: `útero acorde a semanas de gestación. Ecografía: latido cardiaco ausente. Líquido amniótico disminuido. Refiere movimientos fetales hacía dos días y que acudió a urgencias hacía dos semanas por epigastralgia, pero no fue valorada por el Servicio de Ginecología'./ El Servicio de Obstetricia" de la Fundación Hospital "le diagnostica muerte intrauterina del feto, con sospecha de preeclampsia, siendo inmediatamente derivada" al Hospital "Y", "donde quedó ingresada". En este centro, "la analítica de sangre muestra `marcadores angiogénicos patológicos` y en el análisis de orina se advierte un cociente proteína/creatinina patológico, confirmándose el diagnóstico de preeclampsia precoz". El 10 de enero se induce el parto, iniciándose en tal fecha la baja maternal que finaliza el 30 de abril de

2024. Según expone, “intentó sin éxito reincorporarse a su puesto de trabajo y recuperar la normalidad, si bien no pudo hacerlo, siendo despedida de su empleo” y el 7 de mayo de 2024 inició un proceso de incapacidad temporal por un síndrome depresivo que “ya estaba diagnosticado y a tratamiento desde unos días después” del parto. Afirma que “continúa a día de hoy a tratamiento médico para su trastorno adaptativo ansioso-depresivo, que está siendo tratado como una patología permanente (...), controlada mensualmente por su médico de cabecera y por los especialistas de Salud Mental”.

Entiende que la pérdida fetal es el “resultado de una omisión cometida por el Servicio de Urgencias” del Hospital “X” “que ignorando los antecedentes de la paciente y su sintomatología que inequívocamente sugerían la posibilidad de una preeclampsia, no remitió a la paciente al Servicio de Ginecología, dándole el alta con un diagnóstico de epigastralgia”. Aprecia que no se pusieron a su disposición “los medios necesarios para el correcto diagnóstico” y que “de ese modo se frustró la ocasión de recibir una atención más específica y adecuada, que hubiera podido evitar el resultado de muerte fetal”.

Cuantifica los daños sufridos en ciento treinta y tres mil seiscientos ochenta y dos euros con cincuenta y ocho céntimos (133.682,58 euros) por los perjuicios consistentes en la pérdida fetal, los perjuicios por lesiones temporales correspondientes al periodo de estabilización lesional “entre la atención del 30-12-2023 y el 03-09-2024, fecha del alta del proceso de incapacidad temporal”, la secuela correspondiente a “otros trastornos neuróticos”, más el daño moral.

Designa como representante al letrado que suscribe con ella el escrito y adjunta documentación médica relativa al proceso asistencial objeto de reclamación.

2. Ese mismo día, la parte reclamante presenta en el Registro Electrónico General, entre otra documentación, el informe de la necropsia del feto; el informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Y”, del 10 de octubre de 2024 -que deja constancia del diagnóstico a la interesada de “síndrome antifosfolípido obstétrico” por el Servicio de Hematología del mismo hospital;

un informe librado, a petición de la paciente, por el médico de Atención Primaria -en el que se relata su curso clínico tras la muerte fetal- y un dictamen pericial elaborado a instancia de la interesada por un facultativo especialista en Valoración del Daño Corporal y en Medicina Legal y Forense, sin firma. En él, destaca que la epigastralgia por la que la paciente acudió al Servicio de Urgencias el 30 de diciembre de 2023 “puede ser la forma de debutar de una preeclampsia, especialmente si se asocia con tensiones elevadas. La ausencia de náuseas, vómitos o fiebre hacía poco probable que el origen del dolor fuese digestivo. La exploración física abdominal confirma la existencia de dolor a la palpación en el epigastrio, sin otros hallazgos”. Tras referir que, entre los signos clínicos que hacen sospechar la presencia de preeclampsia se incluyen una “determinación de (presión arterial) elevada (sistólica ≥ 140 mmHg y/o ≥ 90 mmHg diastólica) en dos ocasiones”, así como -entre otros síntomas- “dolor epigástrico”, explica que “a la paciente se le realizaron dos mediciones de (tensión arterial) separadas aproximadamente una hora: en la primera las cifras eran claramente elevadas” 162/93 y en “la segunda las cifras estaban en el límite alto de la normalidad” 139/82, advirtiendo que “el protocolo establece que la (tensión arterial) debe tomarse al menos dos veces con un periodo entre las tomas de 6 horas”. Entiende que todo ello era indicativo de preeclampsia y que “con esta sospecha diagnóstica se debería haber solicitado desde Urgencias una valoración urgente (interconsulta) con Obstetricia para estudio completo y correcto de la gestante que incluyera el control seriado de cifras de (tensión arterial), análisis de orina (estudio de proteinuria), analítica completa sanguínea con marcadores angiogénicos, valoración de bienestar fetal mediante registro cardiotocográfico y ecografía (estudio de latido cardiaco, crecimiento fetal, cantidad de líquido amniótico), etc. La valoración obstétrica es fundamental especialmente por encima de las 23-24 semanas de gestación porque es la edad gestacional en la que se considera que un feto es viable./ Además no se tuvieron en consideración la existencia de factores de riesgo para el desarrollo de (preeclampsia) que presentaba la gestante: el índice de pulsatilidad de las arterias uterinas patológico (lo cual consta en el informe ecográfico del día 07-12-23), la obesidad y la nuliparidad”. Señala, por otra parte, que “en el

informe de alta de la paciente no consta que se le recomendara el control de la (tensión arterial) en su domicilio”, pese a haberse objetivado un valor de la misma por encima de 160 en sistólica. Estima que “se debería haber descartado una hipertensión transitoria con más mediciones de (tensión arterial), solo se le realizaron dos./ Se podría haber realizado una tira de orina para estudio de proteinuria, pues se trata de una prueba con resultados inmediatos, muy sencilla, accesible y barata. La presencia de proteinuria apoya enormemente el diagnóstico de (preeclampsia) en este caso”. Por todo ello, concluye que “se produjo una inadecuada atención de la paciente, sin poner a disposición los medios necesarios para el correcto diagnóstico de la preeclampsia, que conllevó, por no solicitar valoración obstétrica a pesar de los signos y síntomas de la paciente, el fatal desenlace”.

3. Mediante oficio de 24 de marzo de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de la reclamación en el citado Servicio, el nombramiento de instructor y su régimen de recusación, las normas y el procedimiento con arreglo a los cuales se tramitará y los plazos y efectos del silencio administrativo.

4. Previa petición del Instructor del procedimiento, la Gerente del Área Sanitaria V y la Gerente de la Fundación Hospital le remiten una copia de la historia clínica de la reclamante en sus respectivos ámbitos.

Con fecha 30 de abril de 2025, la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III remite al Instructor una copia de la historia clínica de la paciente y el informe librado por la Coordinadora Médica de Urgencias Hospitalarias del Hospital “X”. En él expone que “el médico de Urgencias desconoce los antecedentes obstétricos de la paciente, que no ha seguido en este centro, y toma en consideración la información dada por esta, de que no había ninguna incidencia en la evolución de su gestación, dándolos por ciertos. No tiene información, sobre el riesgo de preeclampsia que la propia paciente sí conocía”. Confirma que “efectivamente, por defecto, Selene solo vuelca la

última toma de constantes que se realiza. Sí que el médico de Urgencias conocía la (tensión arterial) a su llegada (TA 162/93), ya que las pruebas complementarias que solicita no son las habituales por un dolor abdominal, sino que están ampliadas considerando dicha (tensión arterial) inicial en una gestante. Aunque (...) se solicitó 'únicamente analítica sanguínea', esta determinación se hizo pensando en descartar preeclampsia, ya que se solicita: función renal, pruebas de función hepática, coagulación y plaquetas. También la exploración, donde se apunta la ausencia de edemas" en miembros inferiores -dato que considera irrelevante para un dolor abdominal-, entiende que hace pensar que el médico de urgencias hospitalarias "buscaba descartar la preeclampsia como complicación del cuadro". Refiere que "descartar adecuadamente con analíticas una preeclampsia exigiría además de la analítica de sangre una analítica de orina, en la que pudiese descartarse la presencia de proteinuria, tal como se refleja en la reclamación, algo que no se hizo" y explica que, "aunque anteriormente las pacientes gestantes eran revisadas por Obstetricia desde la semana 26, el protocolo conjunto del Servicio de Urgencias con Ginecología desde 2021 contempla que todas las gestantes de más de 23 semanas de gestación sean comentadas con el obstetra". Concluye que, "aunque el médico de Urgencias manejó entre sus diagnósticos diferenciales la preeclampsia, la normalización de la tensión arterial, la presencia de síntomas leves que revirtieron con un paracetamol y la normalidad exploratoria y de las pruebas complementarias solicitadas (toda la batería necesaria, a excepción de la analítica de orina) le hizo descartar razonablemente dicha posibilidad diagnóstica, y omitió por ello la valoración por Obstetricia, estando la paciente en el umbral de 23-26 semanas, remitiéndola a seguimiento por sus especialistas habituales". Entiende que no disponen de "elementos de certeza para saber si la valoración por Obstetricia el día 30 de diciembre, con normalización de la tensión arterial, exploración y pruebas complementarias rigurosamente normales, hubiesen podido anticipar la evolución a una pérdida gestacional, cuyos datos de alarma no aparecen hasta el día 7 de enero, cuando la paciente deja de notar movimientos fetales". A lo anterior, añade que, "aunque no consideramos negligente la atención que el (médico de

urgencias hospitalarias) dio a la paciente, sí que debemos asumir que su razonamiento diagnóstico no quedó bien avalado, al haber faltado, fundamentalmente, la valoración obstétrica”.

5. A continuación, obra incorporado al expediente un informe pericial librado el 8 de agosto de 2025, a instancias de la compañía aseguradora del Sespa, por una especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el que, tras relatar los antecedentes del caso, comienza por definir la preeclampsia como la “presencia de hipertensión de nueva aparición después de las 20 semanas de gestación, con daño orgánico significativo”, manifestado a través de diversos signos, el primero de los cuales es “proteinuria ($\geq 0,3$ g/24 h)”, si bien precisa que, “aunque antiguamente la proteinuria era un criterio imprescindible para diagnosticar la preeclampsia, en 2013, el American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) Task Force on Hypertension in Pregnancy revisó los criterios, convirtiendo la preeclampsia en un trastorno hipertensivo y en el que ya no era necesaria la presencia de proteinuria para establecer el diagnóstico. El grupo de trabajo reforzó la importancia de la hipertensión como condición necesaria y restó importancia a la proteinuria. En ausencia de proteinuria, otros criterios, como la trombocitopenia, el desarrollo de insuficiencia renal de nueva aparición, el deterioro de la función hepática, el edema pulmonar y los síntomas cerebrales o visuales de nueva aparición, podrían sustituirla”. Explica que, en la preeclampsia, el proceso de formación de la placenta “no se desarrolla correctamente”, de modo que “las arterias uterinas no están preparadas para transportar el flujo sanguíneo tan elevado que precisa el feto”, de forma que se obtiene “un territorio útero-placentario de alta resistencia (índice de pulsatilidad IP elevado y bajo flujo)” que puede producir desde “un retraso del crecimiento uterino (CIR) hasta la muerte fetal”, considerándose que el índice de pulsatilidad “está alterado si está por encima del percentil 95 para la edad gestacional”. Afirma que, en el momento de ser atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario “X”, la paciente “no presentaba criterios diagnósticos de preeclampsia”, pues, para realizar tal diagnóstico, “se debe cumplir el criterio obligatorio de dos tomas de tensión arterial (TA) elevada (TA

> 140/90), asociado a uno o más signos de fallo orgánico”, que tampoco mostraba la paciente quien, según señala, no cumplía el criterio de tensión arterial elevada, pues, “si bien la primera toma de TA a las 22:09 resultó elevada (162/93), esta se normalizó en la segunda toma a las 23:03 (139/82)”. Explica, además, que “las dos tomas de TA elevada, deben asociarse a, al menos, uno de los siguientes criterios, de los que (...) no cumplía ninguno”, entre los que cita, en primer lugar, “proteinuria”. Al respecto, indica que “la analítica de orina es la única prueba que no se realizó, por lo que no se puede saber cuál hubiera sido el resultado. En cualquier caso, aunque hubiera sido positivo, no se asociaría a dos tomas de cifras altas de TA, por lo que no hubiera sido diagnóstico de preeclampsia”. Destaca que “la coagulación también resultó totalmente normal (salvo una ligera elevación del fibrinógeno, que es un dato inespecífico e irrelevante en este caso), por lo que tampoco había ningún dato para sospechar estados de hipercoagulabilidad como el síndrome antifosfolípido”, que no presentaba “edemas ni signos de trombosis en la exploración de los miembros inferiores” y que “el dolor cedió con un paracetamol (analgesia de primer escalón y baja potencia), lo que refuerza aún más la sospecha de etiología banal”. Subraya, por otra parte, que “el doctor la remitió a su médico de Atención Primaria para control en un plazo de 48-72 horas. Indicación que, según la información clínica aportada, (la paciente) no cumplió”. Afirma que “probablemente una valoración por el Servicio de Obstetricia en ese mismo momento, teniendo la paciente una TA normal, una exploración y analítica no patológicas y sin cumplir criterios de preeclampsia, no hubiesen llevado a una actuación diferente y a una evolución diferente./ Probablemente el obstetra le hubiese derivado a su médico para control de la TA en 2-3 días, igual que hizo el médico de Urgencias”. Resalta, igualmente, que la paciente “sufre un (síndrome) antifosfolípido que cursa con múltiples complicaciones en la gestación y que aún no estaba diagnosticado ni tratado en el embarazo en cuestión” y que, con esta patología, “un 30 % de las mujeres diagnosticadas y tratadas (...) no llegan a tener un recién nacido vivo”. En cuanto a la consideración del dolor epigástrico que presentaba la paciente, como criterio de preeclampsia, valora que tal dolor, “de manera aislada, es un

síntoma habitual e inespecífico durante la gestación debido a múltiples causas como distensión de la musculatura abdominal, reorganización de vísceras, enlentecimiento de la digestión, etc.” y afirma que “la calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio *ex post* sino *ex ante*, es decir, si con los datos disponibles en el momento (...) puede considerarse que tal práctica fue adecuada a las necesidades del paciente y en este caso sin duda lo fue (...) no hubo negligencia”. A lo anterior, añade que “aunque se hubiera derivado a la paciente a Obstetricia la evolución hubiera sido la misma” y que si la paciente hubiera acudido a su médico “en un plazo de 2-3 días”, como se le indicó, “probablemente se hubiera constatado una evolución del cuadro con tensión arterial alta mantenida que sí hubiera hecho necesaria la valoración por Obstetricia”.

6. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio notificado el 9 de octubre de 2025, el día 29 del mismo mes se presenta en el Registro Electrónico General un escrito de alegaciones, suscrito por la interesada, en el que afirma que, cuando llegó al Servicio de Urgencias, advirtió al facultativo que la atendió que “estaba embarazada de más de 26 semanas, que a comienzos de ese mismo año había sufrido un aborto y que le habían adelantado la tercera ecografía prevista para enero porque le habían visto algo en la segunda. Evidentemente, dado que carece de ningún conocimiento médico, no le pudo advertir que tenía riesgo de preeclampsia”. Señala que “el facultativo del Servicio de Urgencias no consultó los antecedentes obstétricos de la paciente, pese a que pudo hacerlo, aunque esta estuviera atendida en un hospital diferente, al estar a disposición de todos los servicios de los centros hospitalarios del Principado de Asturias (...). Pese a contemplar la posibilidad de preeclampsia, a tenor de los altos índices de tensión arterial a la entrada de la paciente en el Servicio, no solicitó la prueba crítica para descartarla ‘adecuadamente’, que es una prueba de orina que hubiera confirmado o desmentido la presencia de proteinuria (...). Se omitió el protocolo médico para embarazadas en el umbral de las 23-26 semanas, al no elevarse una consulta a Obstetricia”, para concluir que “resulta como mínimo sorprendente que la falta

de consulta de antecedentes, la falta de realización de una prueba de trascendencia diagnóstica cualificada y la omisión del protocolo médico se valoren de forma inocua por la perito" de la compañía aseguradora del Sespa.

7. Con fecha 11 de noviembre de 2025, el Instructor del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Razona que el facultativo de Urgencias que atendió a la paciente "desconocía el dato de índice de pulsatilidad alto en las arterias uterinas, es decir, no tiene información, sobre el riesgo de preeclampsia que la paciente sí conocía". Añade que "a la paciente se le realizó una exploración física completa y se solicitan pruebas complementarias: hemograma, coagulación, bioquímica con pruebas de función hepática y renal, resultando normales todas ellas. En el momento de la asistencia en urgencias la paciente no presentaba criterios diagnósticos de preeclampsia (dos tomas de tensión arterial (TA) elevada, $TA > 140/90$, asociado a uno o más signos de fallo orgánico hepático y/o renal). La normalización de la tensión arterial, la presencia de síntomas leves que revirtieron con un paracetamol y la normalidad exploratoria y de las pruebas complementarias solicitadas hicieron descartar razonablemente dicha posibilidad diagnóstica y (se) omitió por ello la valoración por Obstetricia, estando la paciente en el umbral de las 23-26 semanas, remitiéndola a seguimiento por sus especialistas habituales./ La paciente fue dada de alta con la indicación de acudir a su médico de Atención Primaria en 48-72 horas para control, indicación que la reclamante no siguió. Muy probablemente, de haber sido vista por el obstetra (...) la hubiera remitido a su médico para el control de la TA, igual que hizo el médico de Urgencias".

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de diciembre de 2025, 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), está la interesada activamente legitimada 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 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 asunto ahora examinado, la reclamación se presenta el día 12 de marzo de 2025 por los daños que la interesada atribuye a la pérdida del hijo que esperaba. Si bien el fallecimiento fetal se constata el día 9 de enero de 2024, según acredita el informe médico de atención primaria de 20 de febrero de 2025 -obrante en el folio 69 del expediente-, la paciente presenta un

“trastorno de adaptación persistente desde la fecha de la pérdida fetal hasta la fecha del presente informe”, por lo tanto, debe admitirse que la acción ha sido ejercitada 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 de los servicios afectados, 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 la resolución, 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 “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 aquellos, 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 la parte reclamante solicita ser indemnizada por los daños derivados de la pérdida del hijo que esperaba.

Acreditado tanto el fallecimiento intraútero como el padecimiento moral de la perjudicada ligado al óbito, cabe tener por probada la efectividad de este daño, todo ello sin perjuicio de su cuantificación económica, cuestión esta que abordaremos más adelante, de estimar que concurren el resto de presupuestos generadores de la responsabilidad que se demanda.

En cualquier caso, 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, *per se*, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si aparece causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la perjudicada no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo, al servicio público sanitario le compete una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse automáticamente a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra 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 el reclamante 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 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 solo 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 necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir,

que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y 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 hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean, en esencia, causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña, directamente, una vulneración de la *lex artis*.

Finalmente, como también venimos subrayando, ha de tenerse en cuenta 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 solo 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.

Asimismo, venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 116/2024) que, 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 a la fecha del posterior diagnóstico. Ha de atenderse, por tanto, a la doctrina sobre la prohibición de regreso a la que alude el Tribunal Supremo (por todas, Sentencia de 11 de julio de 2017 -ECLI:ES:TS:2017:2946- Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª), que "impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico, o la inadecuación del tratamiento, solo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el

momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada, valorando si, conforme a los síntomas del paciente, se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido pues, que, a partir del diagnóstico final, se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban". Por ello, quien persigue una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico, como sucede en este caso, debe 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 con una clínica similar- y que tal sospecha diagnóstica imponía al servicio público la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

En el asunto sometido a nuestra consideración, el propio informe del servicio responsable asume que el facultativo que atendió a la gestante en el Servicio de Urgencias del Hospital "X" no actuó de forma totalmente correcta pues, según señala, "descartar adecuadamente con analíticas una preeclampsia exigiría además de la analítica de sangre, una analítica de orina, en la que pudiera descartarse la presencia de proteinuria", que no se solicitó en el caso de que se trata. A la anterior omisión, añade que tampoco se pidió la "valoración obstétrica" que impone el protocolo del hospital desde 2021 para "todas las gestantes de más de 23 semanas de gestación", por lo cual entiende que el "razonamiento diagnóstico no quedó bien avalado", si bien destaca que no se tienen "elementos de certeza para saber si la valoración por Obstetricia", con los signos clínicos que presentaba la paciente ese día "hubiesen podido anticipar la evolución a una pérdida gestacional".

Por su parte, la especialista autora de la pericia, librada a instancias de la compañía aseguradora del Sespa, resta importancia tanto a la falta de realización de analítica de orina como a la ausencia de valoración por un especialista en Obstetricia. Así, aunque admite que la proteinuria es un signo clínico típico de la enfermedad, minimiza la relevancia de la falta de realización de la analítica que habría permitido conocer si la gestante la presentaba pues,

según señala, en 2013 un grupo de trabajo constituido en el ámbito de una sociedad científica americana concluyó que, “en ausencia de proteinuria, otros criterios, como la trombocitopenia, el desarrollo de insuficiencia renal de nueva aparición, el deterioro de la función hepática, el edema pulmonar y los síntomas cerebrales o visuales de nueva aparición, podrían sustituirla”. Por otro lado, en cuanto a la valoración de la gestante por un obstetra, colige que “teniendo la paciente una TA normal, una exploración y analítica no patológicas”, lo más probable es que el obstetra “le hubiese derivado a su médico para control de la TA en 2-3 días, igual que hizo el médico de urgencias”.

Frente a las aseveraciones recogidas en el informe de la compañía aseguradora, cabe destacar que tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) -en su publicación *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia*, establecidas en el año 2014- como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) -en la *Guía de Asistencia Práctica: Trastornos hipertensivos en la gestación*, publicada en su revista oficial en el año 2020-, documentos ambos de acceso libre en sus páginas web (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241548335> de la OMS y <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP-Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf> de la SEGO), coinciden en asumir que la hipertensión y la proteinuria son los signos típicos habitualmente empleados para el diagnóstico de la preeclampsia. Por ello, ante un signo (tensión arterial superior a los umbrales de normalidad establecidos) y un síntoma (dolor epigástrico) que, de mantenerse las cifras de tensión elevadas, podían ser indicativos de la patología mencionada, según se asume en el informe librado a instancias de la compañía aseguradora del Sespa, la falta de petición de un análisis de orina dirigido a descartar la presencia de proteinuria no puede considerarse acorde a la buena praxis, máxime cuando, según se explica en el informe del servicio responsable, puede colegirse de la exploración y resto de pruebas solicitadas por el facultativo de Urgencias que este se había planteado la preeclampsia como hipótesis diagnóstica. Tampoco fue correcta la decisión de no solicitar la valoración de la paciente por un obstetra, pues dicha pauta forma parte del protocolo conjunto del Servicio de Urgencias con

Ginecología del Hospital "X", aplicable desde 2021 a las gestantes de más de 23 semanas que acudan al Servicio de Urgencias, según informa el servicio responsable.

Constatado que no se pusieron a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos adecuados al estado gestacional y a la clínica que presentaba la paciente, y antes de entrar a analizar en qué medida tal extremo pudo haber condicionado el fracaso de la gestación, debemos dilucidar si la conducta de la perjudicada pudo también contribuir en algún modo, en primer lugar, a que no se diagnosticase la dolencia de forma precoz y, en segundo término, a la generación del daño por el que reclama. En cuanto a la primera cuestión, todos los informes recabados en el curso de la instrucción, empezando por el informe del servicio responsable, y también la propuesta de resolución asumen que, aunque la gestante "conocía" que tenía "riesgo de preeclampsia" no lo comunicó al facultativo actuante. Sin embargo, ninguno de los documentos obrantes en el expediente respalda que la embarazada conociera el citado riesgo; en efecto, no existe rastro en la historia clínica correspondiente al centro sanitario donde se seguía el embarazo de que se le hubiera suministrado tal información; más concretamente, en el informe de resultados de la ecografía del segundo trimestre, realizada el 7 de diciembre de 2023, se recogen entre otros resultados, que el "doppler de uterinas: IPM: 2.34 percentil 99", pero no se anota que se haya explicado a la gestante la trascendencia de dicho hallazgo ni consta que se le haya informado de incidencia alguna en el embarazo; al contrario, en el apartado correspondiente al "diagnóstico" del mismo informe se refleja que la "ecografía practicada siguiendo los protocolos aprobados por el Comité de Buenas Prácticas en Ecografía del Principado de Asturias y que corresponde a una gestación única en la semana 21 + 5 de gestación y en la que no se aprecian alteraciones significativas", recogándose en el apartado "recomendaciones" únicamente que "se cita para ecografía intermedia". A la vista de lo anterior, y siendo la interesada lego en medicina, no es de recibo pretender que recaiga sobre ella la obligación de trasladar al facultativo de Urgencias un riesgo o situación clínica sobre la que no consta que hubiera sido advertida. Por otro lado, los mismos

informes tratan de responsabilizar a la reclamante del daño sufrido al no haber seguido la recomendación de “control por su médico de (Atención Primaria) en 48-72 horas” que se recoge en el informe de alta del Servicio de Urgencias; ahora bien, no consta en el citado informe que se haya explicado a la paciente, que había acudido por epigastralgia, la importancia de efectuar un seguimiento médico en los días siguientes que incluyera la vigilancia de los niveles de tensión arterial, incluso en el caso de que la clínica dolorosa cediera con la analgesia pautada, por lo que, en tales circunstancias, no puede pretenderse que la reclamante deba cargar con las consecuencias de no haber acudido a la consulta de Atención Primaria en la que, según se indica en el informe librado a instancias de la compañía aseguradora, “probablemente se hubiera constatado una evolución del cuadro con tensión arterial alta mantenida”. En suma, a juicio de este Consejo, la conducta de la interesada no puede erigirse, atendidas las circunstancias antes expuestas, en causa significativamente concurrente a la producción del resultado dañoso, al objeto de limitar o exonerar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

SÉPTIMA.- Fijados los hechos y establecida la antijuridicidad del daño producido, procede valorar la cuantía de la indemnización solicitada sobre la base de los daños y perjuicios efectivamente causados por el funcionamiento anormal del servicio público.

La perjudicada cuantifica la indemnización por los daños padecidos en la cantidad de 133.682,58 €, resultado de añadir al perjuicio moral sufrido por la pérdida del hijo que esperaba, las cantidades correspondientes a los días de perjuicio correspondientes al periodo de incapacidad temporal y una secuela por trastorno neurótico cuya realidad, como tal daño permanente e irreversible, no ha sido acreditado con el oportuno informe clínico.

En casos como el que analizamos, en el que no es posible determinar a ciencia cierta si el daño reclamado hubiera podido evitarse con una actuación sanitaria distinta a la seguida -pues, por un lado, según coinciden en señalar las periciales de la parte reclamante y de la compañía aseguradora del Sespa, la preeclampsia puede progresar bruscamente a formas graves, siendo causa de

morbimortalidad materna y fetal y, por otro, la paciente presentaba una dolencia de naturaleza autoinmune (síndrome antifosfolípido) que también ponía en riesgo la vida del feto-, la indemnización no puede corresponderse con la totalidad de los daños sufridos, debiendo calcularse aquella en función de la probabilidad de materialización de las expectativas frustradas que integran verdaderamente el daño resarcible. Como viene señalando este Consejo (por todos, Dictámenes Núm. 318/2009 y 170/2021), en tales casos, en los que se aprecia la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por pérdida de oportunidad, “existe siempre concausa e incertidumbre en la contribución del servicio público en la producción del resultado final. Junto a la acción u omisión sanitaria en que se concreta la infracción de la *lex artis* existe la patología de base del paciente, de modo que el resultado dañoso no puede imputarse en exclusiva a la intervención del servicio público sanitario, limitándose este a haber disminuido las posibilidades de curación, de una mayor expectativa de supervivencia o de una más favorable evolución de la enfermedad, sin que pueda saberse con absoluta certeza si esas posibilidades se habrían materializado o no en el supuesto de que se hubiera prestado el servicio sanitario de forma correcta”. Por ello, en el asunto que analizamos, incluso acreditada la infracción de la *lex artis*, no puede satisfacerse la pretensión de la reclamante que demanda el resarcimiento de la totalidad de los perjuicios sufridos.

Siendo incierta la contribución al resultado dañoso de la actuación del servicio público sanitario, no puede rechazarse que esta haya privado, en parte, a la paciente de la expectativa de maternidad; todo ello, además, con el consiguiente daño moral que, para la perjudicada, lleva aparejada la conciencia de que el curso de los acontecimientos podría haber cambiado de haberse actuado con la diligencia debida. Por ello, considerando que el baremo establecido para los accidentes de tráfico -aplicable aquí con carácter orientativo- cuantifica la indemnización por pérdida de feto a partir de la semana 12 de gestación en 37.064,58 € y ponderando los riesgos que, al margen de la asistencia sanitaria, han podido contribuir a la pérdida fetal,

estimamos que procede cuantificar la indemnización a abonar a la perjudicada en veinticinco mil euros (25.000 €).

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en los términos expuestos en el presente dictamen.”

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

Gijón, a la fecha de la última firma electrónica

V.º B.º