



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **322/2017**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 13 de noviembre de 2017, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 29 de marzo de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **96/17**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 9 de octubre de 2013 x presenta una solicitud de indemnización fundamentada en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establece en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), entonces vigente.

La interesada expone en la reclamación que el día 2 de octubre de 2012 ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital de la Vega *Lorenzo Guirao*, de Cieza, porque sufría molestias gastrointestinales, mareos, temblores y cansancio.

Añade que se le realizó un análisis de sangre que permitió apreciar que los síntomas que padecía eran causados por una afección cardíaca. Asimismo, manifiesta que le colocaron una vía y un monitor y que la dejaron en observación. También señala que allí pasó toda la noche, con mareos debido a *flutters* constantes, y destaca que su corazón hacía paradas de segundos. De igual modo, apunta que la mantuvieron despierta porque cuando dormía sus pulsaciones bajaban tanto que su corazón se paraba.

A la mañana siguiente, el médico de guardia de urgencias y el cardiólogo del Hospital le dieron el alta médica, a pesar de los llamativos resultados que se habían obtenido en la analítica y en el electrocardiograma que se le realizaron y de las paradas cardíacas que había sufrido. También resalta que el cardiólogo no le hizo ninguna exploración.

Explica que esa misma mañana del día 3 de octubre volvió a Urgencias porque desde el Hospital se le advirtió a uno de sus familiares que su corazón se podía parar en cualquier momento y que no estaba en condiciones de

estar en casa.

No obstante, en esta ocasión, se la ingresó en la planta de Medicina Interna, se la monitorizó y se le puso un *holter*. Sin embargo, expone que no pasó a verla ningún facultativo ni a lo largo de ese día ni durante la noche. Manifiesta que siguió experimentando irregularidades cardíacas y que su corazón siguió haciendo paradas de segundos.

El 4 de octubre de 2012 uno de sus familiares convenció al cardiólogo para que la viera. Después de analizar los resultados ofrecidos por el monitor y de comprobar que durante la noche había registrado paradas que oscilaban entre los 6 y los 8 segundos, le comunicó de forma abrupta que debía ser operada de urgencia para implantarle un marcapasos.

Ese mismo día se la trasladó al Hospital *Morales Meseguer*, de Murcia, donde se la operó de urgencia y se le colocó el citado aparato. Se le dio el alta 4 días más tarde.

Considera que la dejadez, las incongruencias y el mal hacer con el que actuaron el médico de urgencias y el cardiólogo que la atendieron motivó que al darle el alta médica cometieran un gravísimo error en la indicación terapéutica y una infracción de la *lex artis*, que supuso un peligro para su vida y para su integridad física.

Finalmente, expone que en ese momento pasa revisión con otro cardiólogo del Hospital de la Vega *Lorenzo Guirao* y explica, asimismo, que en Murcia se le elevó la dosis de la medicación que toma, aunque el control debe realizarlo el facultativo de Cieza. Entiende que esa modificación de la dosis le ha causado que empeore su estado de ánimo, que se encuentre deprimida y que sufra cambios físicos como sudoración excesiva. Por ese motivo, manifiesta que le pidió al cardiólogo que estudiara su situación pero que éste hizo caso de su petición.

Por esos motivos solicita que se le reconozcan los daños físicos y psicológicos que ha sufrido durante el proceso citado, aunque no llega a cuantificar el alcance de su petición.

Junto con la reclamación aporta varios documentos de carácter clínico.

SEGUNDO.- El 21 de noviembre de 2013 el Director Gerente del Área IX de Salud remite la solicitud de indemnización al Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud junto con una copia completa, foliada y compulsada de la historia clínica de la reclamante y los informes de los profesionales que atendieron a la paciente, si bien se omite el del facultativo de Urgencias que la asistió porque en ese momento no presta servicios en ese centro sanitario.

En el primero de dichos informes, realizado el 11 de noviembre de 2013 por el Dr. x, especialista en Cardiología, se pone de manifiesto lo siguiente:

"1) El día 2/10/2012 a las 16:17 h consulta a urgencias por síntomas inespecíficos como ser dolor abdominal y náuseas. A la exploración física sólo se objetiva dolor epigástrico. Durante su estancia (alta el 3-10-2012 a las 9 h) pasa a las camas por bradicardia y mareos. Durante dicha estancia se apunta en varias ocasiones la frecuencia cardiaca en torno a los 59, 61, 55 y 38 lpm (latidos por minuto) y en la monitorización de camas se documenta una fibrilación auricular a una frecuencia de 80-90 lpm. Me comenta la paciente telefónicamente y ante los registros objetivos de la paciente no tenía indicación de implante de marcapaso. También el facultativo de Urgencias consultó con el intensivista de guardia del hospital Morales Meseguer quien indica actitud conservadora (ausencia de indicación de implante de marcapaso). Por parte del facultativo de Urgencias no hay constancia de solicitud formal de valoración presencial, ni hace referencia a haber objetivado pausas de segundos durante su observación con telemetría. Conclusión: síntomas inespecíficos sin indicación formal de implante de marcapaso según las guías de actuación. Se suspende atenolol.

2) No recuerdo bien las circunstancias por las que reingresa pocas horas después. Por lo que refleja la paciente y el informe de Urgencias parece que fue por una actitud médica activa. Reingresa a las camas de Urgencias (primera nota de enfermería a las 12:48 de ese mismo día) siendo monitorizada en todo momento, tanto en Urgencias como en Planta de Medicina Interna. Ese mismo día es valorada por dos facultativos (facultativo de Urgencias e Internista de guardia). A las 13 h del día siguiente es valorada por mi persona. Tras referir síntomas más específicos no comentados el 2-10-2012 y tras los registros obtenidos en la telemetría colocada desde su ingreso, se objetiva la indicación formal de implante de marcapaso. Se deriva en tiempo y forma a nuestro hospital de referencia, como lo refiere la paciente en la reclamación y se recoge en el informe médico de traslado.

3) El no haber valorado a la paciente de forma presencial los días 2 y 3 de octubre fue debido a la inexistencia de solicitud de interconsulta por parte de los médicos responsables, los cuales han sido asesorados desde el punto de vista cardiológico durante todo el proceso como es habitual.

Conclusiones:

- 1.- La paciente fue atendida acorde a las guías de actuación redactada por las sociedades científicas.
- 2.- En cuanto se documentó la alteración de ritmo que justificó el implante del marcapaso, se actuó de forma correcta, rápida y con todos los medios necesarios-disponibles para no poner en riesgo la vida de la paciente.
- 3.- Si bien hasta el día del traslado al Hospital Morales Meseguer no fue vista de forma presencial por Cardiología, la paciente recibió una atención correcta tanto por el servicio de Urgencias como de Medicina Interna quienes cuentan con el apoyo de la Unidad de Cardiología siempre que lo requieran, como queda de manifiesto en este proceso.
- 4.- Tras haberse dado de alta la paciente no presenta secuelas objetivas; ecocardiograma al alta del Hospital Morales Meseguer sin alteraciones significativas y función renal normal (ur 35 mg/dl y Cr de 0,96mg7dl)".

En el segundo informe, elaborado por el cardiólogo x el 14 de noviembre de 2013, se pone de manifiesto que "Se trata de una paciente de 59 años a la que se le había implantado un marcapasos DDDR en octubre de 2012 por

síndrome bradicardia-taquicardia sintomático. En la revisión del marcapasos realizada en el hospital de referencia (Hospital Morales Meseguer) se documentaron episodios de fibrilación auricular asintomáticos, por lo que se subió la dosis de tratamiento antiarrítmico (flecainida 100-0-50 mg) y se inició tratamiento anticoagulante con rivaroxabán.

Yo la recibo por primera vez en mi consulta el 5 de marzo de 2013 para valoración de la situación cardiológica tras el implante del marcapasos. Como hago constar en el informe, la paciente se encuentra asintomática desde el punto de vista cardiológico, por lo que no precisa ninguna exploración complementaria adicional salvo continuar con las revisiones del marcapasos que tenía programadas.

Vuelvo a valorar a la paciente el 10 de septiembre de 2013. Previamente había pasado su revisión de marcapasos programada en el Hospital Morales Meseguer, donde tras detectar episodios de fibrilación auricular asintomáticos se le indica un aumento de la dosis de flecainida (100-0-100 mg) y bisoprol (10 mg/día). Como indico en el informe, el día de la consulta la paciente se encuentra estable y asintomática desde el punto de vista cardiológico. Los síntomas a los que la paciente hace referencia (deterioro en el estado de ánimo, sudoración, depresión...) son inespecíficos y no son atribuibles a un empeoramiento del estado cardiológico ni renal. Por otro lado, el empeoramiento de la función renal al que hace referencia es muy discreto (leve incremento en las cifras de creatinina de 1.02 a 1.21 mg/dl) y no es atribuible al incremento de la dosis de los fármacos arriba indicada. Además, según el protocolo de uso de la flecainida y el bisoprolol, estos fármacos no requieren la monitorización de la función renal, por lo que no está indicada la petición de este tipo de analíticas en una consulta de especialista de cardiología por este motivo. Ante la sintomatología referida por la paciente lo adecuado es acudir al médico de atención primaria para que inicie un estudio diagnóstico que pueda aclarar el origen de la clínica que refería (origen no cardiológico según mi valoración). No corresponde al cardiólogo especialista la labor de iniciar el proceso diagnóstico de la patología no cardiológica.

En definitiva, la paciente fue atendida por mí en la consulta de manera correcta y profesional. De hecho, la paciente en ningún momento ha presentado ningún empeoramiento o descompensación de su situación cardiológica que haya conllevado un ingreso hospitalario o que haya causado algún daño o lesión irreversible".

TERCERO.- El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta una resolución el 10 de diciembre de 2013 por la que admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial y designa instructora del procedimiento, lo que es debidamente notificado a la peticionaria junto con un escrito en el que se contiene la información a la que se hace referencia en el artículo 42.4 LPAC. De igual modo, se le solicita que especifique la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial, si fuera posible.

CUARTO.- Por medio de comunicaciones fechadas el citado 10 de diciembre de 2013 se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección de los Servicios Jurídicos, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros -- para que lo comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

QUINTO.- El 13 de enero de 2014 se requiere de la Subdirección General de Atención al Paciente e Inspección Sanitaria que la Inspección Médica emita un informe valorativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial y se remite una copia del expediente a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

SEXTO.- Con esa misma fecha 13 de enero de 2014 la interesada presenta un escrito en el que solicita que se le indemnicen con la cantidad de seis mil euros (6.000 euros) los daños y perjuicios que se le causaron.

SÉPTIMO.- El 14 de noviembre de 2016 se remite al Servicio Murciano de Salud el informe elaborado por la Inspección Médica ese mismo día. En dicho documento se analizan los hechos acontecidos, se emite un juicio crítico y se formulan las siguientes conclusiones:

"x de 58 años de edad, acude el 02/10/2012 a las 16:17 horas a Urgencias del Hospital Lorenzo Guirao de Cieza por molestias abdominales y náuseas. Presenta una Fibrilación auricular (FA) a 80-90 lpm. Se consulta con intensivista del Hospital Morales Meseguer y el cardiólogo de guardia y se valora tratamiento conservador. Es alta médica el 03/10/2012 a las 09:00 horas con un ECG de FA 45-60 lpm con el diagnóstico principal de Fibrilación auricular y con tratamiento de bisoprolol 2.5 mg, anticoagulante (clexane) y cita a consultas de cardiología en un mes. El mismo día 03/10/2012 a las 12:15 h (3 horas y 15 minutos después) acude de nuevo a Urgencias por mareos con ECG de FA 40 lpm, quedando ingresada en medicina interna para monitorización y que finalmente la remiten al Hospital Morales Meseguer para implantación de marcapasos por Enfermedad de seno. Síndrome bradicardia-taquicardia. La paciente reclama: alta indebida el 03/10/2012 a las 09.00 h desde Urgencias, con error en la indicación terapéutica y mala praxis del médico de Urgencias y de Cardiología del Hospital Lorenzo Guirao de Cieza que supuso un peligro para su vida.

1. El 02/10/2012 en Urgencia del Hospital Lorenzo Guirao la paciente es correctamente diagnosticada de fibrilación auricular.

2. Se trató correctamente con tratamiento antitrombótico con clexane (heparina), para posteriormente ser citada en 4 semanas y valorar la necesidad de cardioversión eléctrica a ritmo sinusal programada.

3. La pauta del betabloqueante bisoprolol 2,5 mg para el control de la frecuencia cardíaca ante los límites bajos de FA 45-60 lpm que presentaba a la hora del alta, no está indicada por la posibilidad de provocar una bajada de frecuencia y gasto cardíaco, sin embargo se actuó correctamente retirando el atenolol 50 mg que estaba tomando.

4. Tras 17 horas en observación desde su llegada a urgencias, el alta del 03/10/2012 a las 09:00 es precipitada, debería haber continuado en observación para ver su evolución y valorar la necesidad de estimulación eléctrica o una monitorización cardíaca, por lo que alta no estaría indicada. No obstante, no supuso un riesgo grave para la paciente ni tuvo repercusión clínica en su arritmia.

5. El 03/10/2012 a las 12:45 h (3 horas y 15 minutos) desde urgencias del Hospital Lorenzo Guirao, ante la persistencia de los síntomas de mareo y ECG de FA 40 lpm es correctamente ingresada en medicina interna para monitorización cardíaca.

6. La paciente es correctamente diagnosticada de enfermedad del seno con indicación terapéutica correcta de implantación de marcapasos.

7. *A la paciente se implanta el marcapasos definitivo sin incidencias el 05/10/2012. Una vez estable, la paciente el 08/10/2012 es correctamente dada de alta con tratamiento adecuado y citada para revisiones del marcapasos".*

OCTAVO.- Con fecha 10 de febrero de 2017 se confiere a la reclamante y a la compañía aseguradora el correspondiente trámite de audiencia para que puedan formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que tengan por convenientes.

La interesada presenta el 3 de marzo siguiente un escrito de alegaciones, con el que adjunta diversos documentos clínicos, en el que reitera la solicitud de indemnización que presentó y, en ese sentido, insiste en el hecho de que fue dada de alta de manera temeraria el 3 de octubre de 2012 a pesar de que padecía una fibrilación auricular y de que presentaba una frecuencia cardíaca de 45-60 lpm.

Asimismo, y con fundamento en el contenido del informe emitido por la Inspección Médica, considera que el tratamiento que se le pautó fue incorrecto y que ello evidencia que el facultativo que la asistió incurrió en una mala práctica médica que le pudo haber provocado consecuencias fatales.

También destaca que desde que ingresó por primera vez en Urgencias hasta la mañana en que fue derivada al Hospital *Morales Meseguer* no fue reconocida por ningún especialista o médico internista, sino tan sólo momentos antes de ser remitida al hospital de Murcia. Resalta que durante esas 48 horas sufrió un ritmo sinusal que alternaba con fibrilación auricular paroxística de segundos de duración y en la que aparecían pausas sintomáticas de pocos segundos de duración coincidentes con reversión a ritmo sinusal. De ahí que uno de los síntomas que presentaba desde el primer momento consistía en un mareo que coincidía con las pausas referidas. Por último, manifiesta que esa situación le provocó un gran desgaste cardíaco y físico durante todo el tiempo que estuvo sin ser reconocida ni diagnosticada de manera concluyente.

Debido a esas circunstancias, reitera la solicitud de indemnización formulada.

NOVENO.- Con fecha 17 de marzo de 2017 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada por considerar que no concurren los requisitos exigidos en la Ley para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 29 de marzo de 2017.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el artículo 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Régimen legal aplicable, legitimación, plazo de interposición de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. En cuanto al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC 2015) y que este nuevo Cuerpo legal y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPAC 2015 dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos iniciados antes de su entrada en vigor, que se regirán por la normativa anterior. De conformidad con ello, el régimen legal que resulta aplicable en este caso es el que se contenía en la LPAC.

II. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien sufre los daños patrimoniales por los que reclama.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

III. En relación con el requisito del plazo, el artículo 142.5 LPAC dispone que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente supuesto, la interesada recibió el 9 de octubre de 2012 (folio 13 del expediente administrativo) el alta médica en el Servicio de Cardiología del Hospital *Morales Meseguer* -aunque erróneamente en el Informe de la Inspección Médica se haga alusión al día 8-, después de que se le implantara un marcapasos, por lo que se debe considerar que la reclamación formulada el 9 de octubre del año siguiente se presentó de manera temporánea, dentro del plazo anual establecido legalmente al efecto.

IV. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha

sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP, dado que, entre otras circunstancias, se ha debido esperar casi tres años a que la Inspección Médica emitiera su informe.

Por otra parte, hay que recordar que se imputa el daño a la actuación de dos Servicios hospitalarios distintos y conviene apuntar que, aunque se han traído al procedimiento los informes del cardiólogo que trató a la reclamante cuando acudió al Servicio de Urgencias en el mes de octubre de 2012 (folio 191 del expediente) y del que controlaba el tratamiento que seguía después de que se le colocara el marcapasos (folio 192), no se contiene en el expediente el informe del facultativo de Urgencias que le asistió, ya que cuando se remitió la historia clínica al Servicio Murciano de Salud en noviembre de 2013 ya no prestaba sus servicios en ese centro sanitario.

Como resulta conocido, el artículo 10.1 RRP, párrafo segundo, configura ese Dictamen como preceptivo cuando establece que *"En todo caso, se solicitará informe al servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable"*.

Además, ese informe resulta especialmente relevante en el ámbito sanitario si lo elabora precisamente la persona que trató a la reclamante, pues puede ofrecer explicaciones científicas o aportar justificaciones relativas a la praxis médica sobre las razones por las que actuó o no de cierta manera que pudieron no haber quedado debidamente plasmadas en los documentos que componen la historia clínica.

En este caso, sin embargo, el órgano instructor del procedimiento no ha recabado ese informe del referido facultativo, aunque en la actualidad preste sus servicios en otro centro sanitario distinto, ni lo ha solicitado tampoco del Servicio de Urgencias del Hospital de la Vega *Lorenzo Guirao*.

Aunque la falta de emisión de ese concreto informe constituye una irregularidad no invalidante del procedimiento, es cierto que se contienen en el expediente los referidos informes de los facultativos de Cardiología y, muy especialmente, uno de la Inspección Médica que contienen datos suficientes para poder emitir un juicio acerca de la corrección de la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante y sobre la supuesta relación de causalidad que pudiera existir entre ella y los daños alegados. Así pues, dado que en este caso sí que existen elementos en el expediente que permiten adoptar una decisión sobre el fondo, no resulta necesario solicitar que se retrotraiga el procedimiento para poder recabar el informe del otro servicio supuestamente implicado en la producción del daño.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, según el cual *"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"*. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son

recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como se ha puesto de manifiesto en este Dictamen en varias ocasiones con anterioridad, la interesada formula una reclamación de responsabilidad patrimonial porque considera que los facultativos que la atendieron en el Hospital de la Vega *Lorenzo Guirao* incurrieron en mala praxis médica y le dieron el alta de forma indebida después de que acudiera al Servicio de Urgencias con claros síntomas de padecer una afección cardíaca. Entiende que esa actitud la colocó en una clara situación de riesgo o de peligro para su vida. Por ese motivo, reclama 6.000 euros como indemnización por los daños físicos y psicológicos que se le ocasionaron.

A la hora de analizar este supuesto se debe partir, en primer lugar, de la constatación de que, tal y como sostiene la interesada, se produjo un mal funcionamiento del servicio público sanitario por infracción de la *lex artis ad hoc* puesto que se le concedió el alta de manera precipitada a las 9:00 horas del 3 de octubre de 2012. En el informe valorativo de la Inspección Médica se pone de manifiesto que habitualmente no resulta preciso el ingreso hospitalario para realizar el manejo de la arritmia ni para su estudio.

Sin embargo, en aquel momento la reclamante padecía una fibrilación auricular y experimentaba una frecuencia cardíaca de unos 45-60 lpm, que se puede considerar como baja, en el límite inferior de la frecuencia extrema. En esa circunstancia, según se pone de manifiesto en el informe de la Inspección Médica, no estaría indicada el alta por la posibilidad de que se produjera una bajada de frecuencia y por el gasto cardíaco que la situación de alta conlleva consigo (Conclusión 4ª).

De manera contraria, la peticionaria debió haber continuado en observación para valorar su evolución y la posible necesidad de una monitorización cardíaca, que efectivamente se llevó a cabo pocas horas después de que se le diese el alta, cuando acudió de nuevo al Hospital con una frecuencia de 40 lpm.

Además, aunque se le retiró adecuadamente el atenolol 50 mg que estaba tomando, se le pautó el betabloqueante bisoprol 2.5 mg, que no está indicado por la posibilidad de que se le provoque al paciente una bajada de la frecuencia y un gasto cardíaco (Conclusión 3ª).

No obstante, no se considera que la falta de derivación al cardiólogo constituya otra manifestación de mal funcionamiento del servicio público sanitario. Así, en el informe de la Inspección Médica (folio 216 del expediente administrativo), se explica que la interesada presentó un episodio de fibrilación auricular de reciente comienzo que se maneja generalmente por los servicios de urgencia. Tan sólo cuando se presentan complicaciones (ángor, ictus

o insuficiencia cardiaca), cuando se manifiesta la imposibilidad de controlar la frecuencia cardiaca de modo que provoca síntomas graves (palpitaciones, disnea, síncope) o cuando se evidencia una inestabilidad hemodinámica se debe remitir al Servicio de Cardiología.

A pesar de ello, hay que destacar que en este caso se consultó con el cardiólogo de guardia -según se refleja en el informe de alta de los días 3 (folios 6 y 7 y 34 y 35 del expediente administrativo) y 4 de octubre (folio 40)- que, como indica en su informe (Antecedente segundo de este Dictamen y folio 191 del expediente), no consideró que hubiera indicación de implante de marcapaso ante los registros objetivos de la paciente. Además, también resalta ese facultativo -como se menciona asimismo en el informe de alta de 3 de octubre- que se consultó con el intensivista de guardia del Hospital *Morales Meseguer*, que indicó una actitud conservadora.

De conformidad con lo que se ha señalado, se advierte que en este caso concreto se produjo un funcionamiento anormal del servicio público de asistencia sanitaria que colocó a la interesada en una situación indebida de riesgo para su salud. No obstante, lo que no se aprecia de ninguna manera es que ello supusiera un riesgo grave para la interesada, según entiende la Inspección Médica en su informe (folio 214), y menos aún que por esa razón se le hubiera causado un daño que no tuviera la obligación jurídica de soportar. De manera expresa se pone de manifiesto que ese tiempo en el que la interesada estuvo de alta (3 horas y 15 minutos) no tuvo repercusión clínica en su arritmia.

En este sentido, se debe destacar que la interesada no ha llegado a concretar en ningún momento los daños físicos que se le produjeron como consecuencia de esa concesión precipitada del alta hospitalaria y que incluso la valoración de esa supuesta lesión (los 6.000 euros que demanda) la ha realizado de manera alzada, sin referirla a secuelas concretas. Tampoco ha precisado, y mucho menos acreditado, los daños psicológicos que dice haber sufrido durante ese proceso.

Resulta necesario recordar que, de acuerdo con el principio sobre distribución de la carga de la prueba que se regula en el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC), *"Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda..."*. De ello se deduce que pesaba sobre la reclamante la obligación de probar, de manera destacada, los daños que se le han ocasionado así como la acción dañosa imputable a la Administración y la relación de causalidad que pudiera existir entre ellos.

Puesto que no se le produjo ningún daño a la reclamante como consecuencia de ese mal funcionamiento del servicio público sanitario, dado que el alta concedida no tuvo repercusión clínica en su arritmia ni, como apunta el cardiólogo en su informe (Conclusión 4ª), presenta secuelas objetivas (ecocardiograma sin alteraciones significativas y función renal normal) no cabe declarar que concurran los requisitos que exige la Ley para que se pueda declarar la responsabilidad de la Administración autonómica en la prestación de la asistencia sanitaria referida. Ello debe conducir, por tanto, a la desestimación de la reclamación formulada.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación planteada, por considerar que no concurren todos los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria y, de manera concreta, la realidad y efectividad de los daños que se alegan.

No obstante, V.E. resolverá.

