



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

**Dictamen nº 7/2022**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 12 de enero de 2022, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 28 de septiembre de 2021 (COMINTER 279118 2021 09 28 01 57), sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2021\_272), aprobando el siguiente Dictamen.

**ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** Con fecha 31 de julio de 2016 D. X, que actúa en nombre propio y -según expone- en beneficio de la comunidad hereditaria que forma junto con su madre y hermanos, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que el 18 de octubre de 2014 su padre, Z, comenzó a encontrarse mal en su trabajo y a experimentar mareos, sudor frío, mal color de cara y dolor en la boca del estómago. Por esos motivos, acudió al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Archena. Allí le atendió un médico que, tras tomarle la tensión arterial y sin realizarle ninguna otra prueba, le diagnosticó erróneamente una indigestión, le administró un *Primperán* y le prescribió hidratación oral abundante y que, en caso de que los síntomas se complicasen, acudiese a Urgencias o llamase al 112.

Con posterioridad, el padre del interesado regresó a su trabajo y, como no se encontraba bien, se trasladó hasta el domicilio de su madre -abuela del

reclamante- donde, nada más llegar, empezó a echar espuma por la boca y perdió el conocimiento y cayó al suelo.

De inmediato se avisó al 112 y un equipo médico se personó en el domicilio citado al cabo de media hora, pero sólo pudo certificar el fallecimiento de D. Z al haber sufrido un infarto de miocardio.

A juicio del interesado, lo que se ha descrito supone una negligencia médica con resultado de muerte y considera, por consiguiente, que se incurrió en una mala praxis médica ya que no se le practicó a su padre ninguna prueba a pesar de que los síntomas que presentaba eran los de sufrir una crisis cardíaca, ni tampoco lo remitió a un hospital de inmediato, ni le suministró cafinitrina ni algún otro fármaco que hubiera servido para salvarle la vida a su progenitor.

Debido a esa circunstancia, entiende que el facultativo que lo atendió ni puso los medios ni practicó un electrocardiograma ni una analítica que hubieran bastado para detectar la gravedad de la situación, ni diagnosticó correctamente la dolencia, ni siguió el protocolo previsto, lo que provocó la muerte del paciente.

Asimismo, explica que su padre dejó una viuda y tres hijos, una de ellas menor de edad que se encuentra estudiando. De igual modo, destaca que los herederos han tenido que realizar la correspondiente liquidación de impuestos, y han abonado un total de 41.000 € para hacer frente al impuesto de sucesiones, si bien todavía quedan pendientes de liquidar otros impuestos. Por ese motivo, entiende que se deben indemnizar esos perjuicios.

Por lo que se refiere a la valoración del daño por el que reclama, lo concreta en la suma de 220.262,67 €, de principal, que se desglosan como sigue, después de haber aplicado por analogía el baremo previsto para los accidentes de tráfico, correspondiente al año 2014, fecha del fallecimiento, más los intereses legales y moratorios:

- Liquidación de impuesto de sucesiones abonado por esa parte: 41.000 €.

- Indemnización para la viuda, D.<sup>a</sup> V:

- Por fallecimiento de D. Z, 115.035,21 €.
- Factor corrector por ingresos del finado, 11.503 €.

- Indemnización para el hijo, D. X:

- Por fallecimiento de su padre, 9.586,26 €.
- Factor corrector por ingresos del finado, 958,62 €.

- Indemnización para D. XX:

- Por fallecimiento de su padre, 19.172,54 €.
- Factor corrector por ingresos del finado, 1.917,25 €.

- Indemnización para D.<sup>a</sup> XXX:

- Por fallecimiento de su padre, 19.172,54 €.
- Factor corrector por ingresos del finado, 1.917,25 €.

Por último, solicita que se abra el correspondiente período probatorio.

Junto con la solicitud de indemnización se aportan copias del documento de asistencia al enfermo, de un certificado de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 en el que se identifica al médico que lo asistió a las 7:50 h en el Servicio de Urgencias de Archena y en el que se confirma asimismo que lo atendió de nuevo, a las 14:18 h, en un domicilio de la localidad citada, del certificado de defunción expedido por el Registro Civil de Archena, del Libro de Familia y de un certificado acreditativo de que M.<sup>a</sup> XXX se encuentra matriculada en -- de ESO del Instituto -- de Archena en el curso 2015/2016.

De igual forma, acompaña una copia del testamento que otorgó su padre en 2007, en el que instituye herederos por partes iguales a sus tres hijos y lega a su esposa el usufructo universal de su herencia.

Por último, adjunta una copia de la historia clínica de Atención Primaria y otra de las declaraciones que se presentaron para efectuar los pagos del Impuesto de Sucesiones correspondientes.

**SEGUNDO.-** El 3 de septiembre de 2015 una Asesora Jurídica del Servicio Murciano de Salud (SMS) solicita al reclamante que aporte los documentos que resulten necesarios para acreditar la representación con la que dice actuar en nombre de los otros interesados en el procedimiento.

**TERCERO.-** Obra en el expediente un escrito del interesado, fechado el 15 de septiembre de 2015, titulado *acta de representación*, otorgado ese mismo día a su favor por su madre y sus dos hermanos para que los represente en el presente procedimiento de responsabilidad patrimonial.

**CUARTO.-** La reclamación se admite a trámite el 29 de septiembre de 2015 y al día siguiente se informa de ese hecho a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros del SMS para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente.

Asimismo, se solicita a la Dirección Gerencia del Servicio de Urgencias y Emergencias 061 que remita una copia de la historia clínica del paciente fallecido y los informes de los facultativos que lo asistieron.

**QUINTO.-** El 15 de octubre siguiente se recibe una comunicación del Director Médico de la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061, con la que se acompaña una copia de la historia clínica del familiar de los reclamantes y el informe elaborado el día 9 de ese mes por el médico del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Archena D. M, que es del siguiente tenor literal:

*“Respecto a la reclamación por la atención médica realizada a D. Z, el día 18 de octubre de 2014, en la cual se alega negligencia médica de mi parte, refiero que dicho paciente acudió a la urgencia del 112 (SUAP de Archena), aproximadamente una hora después del desayuno, refiriendo malestar estomacal, consistente en vómitos, náuseas, cólicos abdominales y flatulencia. Refiere que la noche anterior, luego de la cena, transcurriendo una hora u hora y media más o menos, comenzó con síntomas parecidos a los descritos anteriormente. Refiriendo mejoría leve tras la ingesta de remedio casero en su domicilio.*

*A la llegada a la consulta presenta síntomas propios de indigestión (que los alimentos ingeridos no le habían sentado bien), por lo que le administré un antiemético para náuseas y vómitos y un protector gástrico para disminuir o eliminar los efectos de los síntomas y dolencias del paciente, dicha medicación fue suministrada después de la exploración clínica del paciente; que presentaba peristalsis aumentada, timpanismo a la percusión abdominal y flatulencia, en la auscultación cardíaca no se apreciaba alteración ni de ritmo ni de bomba, ya que latía con buena fuerza y ritmo; los pulsos periféricos eran normales, no hipertensión arterial, ni signos de deshidratación. El paciente refería que le parasen los vómitos.*

*En el interrogatorio de los antecedentes patológicos sólo refirió hipertensión arterial, sin alergias conocidas. Procedí a revisar la tensión arterial, la cual estaba dentro de los límites adecuados (110/80) y la frecuencia cardíaca normal con 84 latidos por minuto. Después de la administración de la medicación, el paciente se deja unos minutos en la camilla a espera de mejoría de síntomas le [dije] que podía quedarse ahí, teniendo que pasarlo al Centro de Salud, ya que terminaba el turno del Servicio de Urgencias y comenzaba el funcionamiento de dicho Centro, pudiendo ser visto por su médico de cabecera, o esperar al menos una hora u hora y media en su domicilio para mejoría de síntomas, por efecto de la medicación administrada, y que si al cabo de ese tiempo no presentaba mejoría o había complicación de los síntomas acudir al Centro de Salud por*

*Urgencias o llamar al 112 para ser atendido en su domicilio.*

*Cito: paciente en ningún momento refirió síntomas cardiológicos, ni dolor de pecho, ni que se irradie al hombro o al cuello o a la espalda, ni opresión torácica, ni síntomas de enfermedad isquémico-cardíaca o angina previa a la asistencia.*

*El paciente prefirió irse a su casa, refiriendo que volvería o llamaría de no sentirse mejor.*

*Al final de la atención médica le referí hidratación oral abundante, dieta blanda y reposo domiciliario”.*

**SEXTO.-** El 23 de octubre de 2015 se remiten sendas copias del expediente a la Inspección Médica y a la correduría de seguros para que se puedan elaborar los informes valorativo y pericial correspondientes.

**SÉPTIMO.-** Con fecha 29 de julio de 2016 se recibe una comunicación del Director Médico de la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 con la que se adjunta una copia de la Historia Clínica de la atención recibida por dicho paciente cuando se produjo su fallecimiento. También se acompaña la transcripción de dicha

documentación, de cuya lectura se advierte que el enfermo presentaba a la exploración cianosis, ausencia de pulso y ventilación espontánea y midriasis fija, sin rigidez. Y se expone como posible causa de la muerte un infarto agudo de miocardio.

**OCTAVO.-** El interesado presenta el 26 de octubre de 2016 un escrito en el que solicita que se resuelva expresamente la reclamación y facilite copia de los documentos y resto de las actuaciones practicadas.

**NOVENO.-** Obra en el expediente una comunicación, dirigida el 22 de noviembre de 2016 por la instructora del procedimiento al Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 4 de Molina de Segura, en la que se solicita que se remita un testimonio de las Diligencias Previas que se siguen con el número 1148/2015.

Esta solicitud de documentación se reitera el 15 de febrero de 2017.

**DÉCIMO.-** El 12 de mayo de 2017 se recibe un oficio del Letrado de la Administración de Justicia en el que informa que las citadas diligencias se encuentran en fase de instrucción y pendientes de que por el Médico Forense se emita informe sobre la praxis seguida en la actuación médica del investigado, el facultativo que atendió de urgencia al paciente aquel día.

**UNDÉCIMO.-** El 10 de diciembre de 2018 se solicita de nuevo al órgano jurisdiccional referido que remita copia testimoniada de las diligencias mencionadas.

**DUODÉCIMO.-** Con fecha 8 de febrero de 2019 se solicita al interesado que aporte una copia testimoniada de las Diligencias Previas referidas y del Auto de sobreseimiento que haya podido dictarse.

**DECIMOTERCERO.-** El reclamante presenta el 27 de febrero de 2019 un escrito en el que informa de que solicitó el testimonio de las actuaciones pero que el Letrado de la Administración de Justicia le ha respondido que la instrucción es secreta y que no procede proporcionar una copia completa para una finalidad distinta de la instrucción de las partes personadas. A tal efecto, aporta una copia de la providencia dictada el 14 de diciembre de 2018 en la que así se dispone.

**DECIMOCUARTO.-** Después de que se hubiese elaborado la correspondiente propuesta de resolución, el Consejero de Salud dicta una orden el 6 de marzo de 2019 en la que se argumenta que resulta necesario conocer la determinación de los hechos que se haya realizado en el proceso penal para concretar la posible responsabilidad patrimonial que afecte al SMS, pues en la vía judicial se trata de dilucidar si existió o no imprudencia médica, que es precisamente por lo que se reclama también en vía administrativa. De ese modo, lo que se acredite como probado en el proceso penal vinculará de manera ineludible el devenir del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial.

En consecuencia, se acuerda suspender el procedimiento de responsabilidad patrimonial hasta que concluya el procedimiento penal incoado ya referido.

Esta resolución se les comunica tanto al reclamante como a la correduría de seguros del SMS y a la compañía aseguradora.

**DECIMOQUINTO.-** Obran en el expediente copias de algunas actuaciones llevadas a cabo en el proceso judicial mencionado. Entre ellas pueden destacarse las siguientes:

a) En primer lugar, la declaración que prestó el 30 de noviembre de 2016 el médico e investigado D. M, en la que detalló la asistencia que le prestó aquella mañana del 18 de octubre de 2014 al padre del reclamante. Además, añadió lo siguiente:

*“Que los vómitos y náuseas referidas podrían estar relacionadas con patologías del corazón. Que no se optó por realizar alguna prueba para el corazón porque no había ninguna sintomatología que estuviera relacionada específica de un problema cardíaco. Que conforme a protocolo médico solamente se procede a realizar pruebas específicas de cardiología cuando el dolor es fijo en el epigastrio o cuadrante superior izquierdo. Y en este caso refería cólicos abdominales. Que el paciente no mostraba ninguno de los síntomas que pudieran tener relación con cardiopatías. Que solamente la sintomatología de náuseas y vómitos no se relaciona con cardiologías, ya que para sospechar de un problema cardíaco tiene que asociarse a sintomatología propia de problemas cardíacos*

*como son el dolor centrotorácico que puede ser opresivo, punzante, desgarrante, dolor en hombro izquierdo, dolor interescapular en la espalda, dolor en mandíbula o garganta. Que ninguno de estos síntomas los refería el paciente”.*

A preguntas del letrado de la acusación explicó, asimismo, *“Que el paciente presentaba sudoración leve. Que no era sudor frío. Que era un sudor propio de una persona que ha vomitado varias veces. Que no era profuso que hiciera sospechar alguna patología fuera del aparato digestivo”.*

Y como contestación a preguntas de su abogada manifestó que el paciente fallecido *“no presentaba síntomas típicos de la patología de infarto” y “Que los vómitos y náuseas son síntomas de muchas patologías estomacales, con evolución banal. Que en ningún momento el paciente le refirió que le doliera el brazo. Que no tenía ningún signo externo de sensación de muerte en el rostro, ya que el paciente no estaba pálido, no tenía taquicardia, no tenía hipotensión. Que no tenía ningún síntoma de gravedad”.*

b) El Auto de 1 de julio de 2019 del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº4 de Molina de Segura por el que se decreta el sobreseimiento provisional de la causa y se acuerda el archivo de las actuaciones.

**DECIMOSEXTO.-** Por orden del Consejero de Salud de 17 de julio de 2019 se levanta la suspensión y se acuerda continuar el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial, una vez que se ha incorporado al expediente administrativo la resolución judicial por la que se decreta el sobreseimiento provisional de la causa y se procede al archivo de las actuaciones.

Esta resolución se comunica dos días más tarde a los interesados.

**DECIMOSÉPTIMO.-** El 18 de julio se remite copia de la nueva documentación a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se tenga en cuenta cuando se elaboren los informes valorativo y pericial correspondientes.

**DECIMOCTAVO.-** El 27 de mayo de 2021 se recibe el informe realizado ese mismo día por la Inspección Médica en el que se concluye lo que seguidamente se transcribe:

*“1ª. La sintomatología que presentaba y relataba el paciente cuando acudió al SUAP de Archena el 18/10/2014 permitía perfectamente orientar el diagnóstico a un proceso digestivo sin gravedad aparente.*

*2ª. No era obligado realizar un electrocardiograma en esas condiciones porque el cuadro no era característico de patología cardíaca.*

*3ª. Podría haberse realizado un ECG si el facultativo hubiera valorado la posibilidad de que se tratara de una presentación atípica del IAM, pero su no realización no implica mala praxis por parte del médico actuante.*

*4ª. No podemos saber cómo evolucionó la sintomatología del paciente a lo largo de la mañana (durante aproximadamente unas 5 horas), ya que no volvió a solicitar asistencia médica. Al alta del SUAP se le había recomendado que si presentaba complicación de los síntomas acudiera a urgencias o llamara al 112 de inmediato.*

*5ª. Aunque parece razonable establecer el IAM como causa probable de muerte no hay certeza de ello ante la falta de autopsia”.*

El 2 de junio de 2021 se envía una copia de este informe a correduría de seguros del SMS.

**DECIMONOVENO.-** El 14 de junio se concede audiencia al reclamante y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crean convenientes, pero no consta que alguno de ellos haya hecho uso de ese derecho.

**VIGÉSIMO.-** Con fecha 20 de septiembre de 2021 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los requisitos determinantes la responsabilidad patrimonial sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante un escrito recibido en este Consejo Jurídico el 28 de septiembre de 2021.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

## **CONSIDERACIONES**

### **PRIMERA.-** Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

### **SEGUNDA.-** Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento.

I. La reclamación por daño moral ha sido interpuesta por cuatro personas interesadas que son la viuda y los tres hijos, una de ellas menor de edad, del paciente fallecido, según se deduce del contenido del expediente administrativo y, en particular, de la copia del Libro de Familia que se ha traído al procedimiento.

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

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPACAP establece 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 este sentido, se debe recordar que este Consejo Jurídico viene reconociendo de manera reiterada la opinión jurisprudencial que consagra, con carácter general, el criterio de que la iniciación de un proceso penal por los mismos hechos o acontecimientos de los que derivó el daño o perjuicio y que puedan ser relevantes o trascendentes en orden a determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración interrumpe como regla el plazo anual de prescripción de la acción para exigirla, aceptado que se trata de un plazo de prescripción y no de caducidad. Así, la previa causa penal, por su carácter atrayente y prevalente, interrumpe el plazo de prescripción para ejercitar la acción de responsabilidad patrimonial. Pero, de igual forma, también reconoce que esa interrupción deja de operar, iniciándose de nuevo el plazo, una vez que la resolución que pone fin a dicho proceso penal se notifica a quienes, personados o no en él, tienen la condición de interesados por resultar afectados por ella (Sentencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo de 7 de junio de 2011).

En este caso, el fallecimiento de familiar de los reclamantes se produjo el 18 de octubre de 2014 y el interesado formuló denuncia contra el facultativo que atendió a su padre el 31 de julio de 2015, esto es, dentro del plazo del que disponía legalmente para interponer la acción de resarcimiento.

Esa circunstancia determinó la apertura de las diligencias previas a las que ya se ha hecho mención, aunque en una fecha que no se conoce. De conformidad con lo dispuesto en el Auto de 1 de julio de 2019, del órgano jurisdiccional citado, se acordó el sobreseimiento de la causa y el archivo de las actuaciones. No consta, sin embargo, la fecha en que dicha resolución se pudo haber notificado a la representación procesal del reclamante ni se tiene plena constancia tampoco de la fecha en que hubiese devenido firme porque no se hubieran interpuesto contra ella los recursos que se prevén en la legislación procesal (reforma y subsidiario de apelación). Conviene reiterar que desde ese momento (*dies a quo*) habría empezado a transcurrir el plazo de ejercicio de la acción resarcitoria de la que aquí se trata.

Por tanto, resulta evidente que la reclamación presentada el 31 de julio de 2016, aunque de forma muy anticipada, se formuló dentro del plazo legalmente establecido y, por ello, de forma temporánea.

III. 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 aprecia que se ha sobrepasado con exceso el plazo previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

De otro lado, se advierte que la madre (y ésta, en representación de su hija menor) y el hermano mayor del interesado no le confirieron adecuadamente su representación por algún medio válido en Derecho que dejase constancia fidedigna de su existencia, como exige el artículo 5.4 LPACAP.

En la copia de las actuaciones remitidas sólo se contiene un documento privado denominado *acta de representación* que no satisface las exigencias del citado precepto legal.

Dado que el órgano instructor no requirió al reclamante para que subsanase ese defecto de representación, quizás al considerarla suficientemente demostrada, por economía procesal y dada la desestimación propuesta, no procede retrotraer actuaciones, a pesar de la clara irregularidad procedimental que supone.

### **TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.**

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, 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 32 y siguientes de la LRJSP y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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.**

Según se ha expuesto con anterioridad, los interesados solicitan que se les reconozca el derecho a percibir una indemnización conjunta de 220.262,67 € ya que entienden que el facultativo que atendió de urgencia a su padre en el Centro de Salud de Archena, el 18 de octubre de 2014, incurrió en un claro error de diagnóstico y no lo sometió además a ninguna prueba a pesar de que presentaba síntomas claros de que estaba sufriendo una crisis cardíaca. De igual modo, se lamentan de que no lo hubiera remitido a algún hospital o le hubiera prescrito algún fármaco que hubiese ayudado a revertir esa situación, que concluyó con su muerte.

Pese a ello, los reclamantes no han presentado ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que avale la imputación de mala praxis que realizan. Conviene recordar, en este sentido, que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de práctica de prueba en los procedimientos administrativos, establece que *“Corresponde al actor ... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda ... el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda...”*.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha aportado una copia de la historia clínica del fallecido y ha traído a las presentes actuaciones el informe del facultativo que lo atendió aquella mañana a primera hora, en el que da cuenta de la asistencia que le dispensó. De manera relevante, la Administración sanitaria también ha presentado el informe elaborado por la Inspección Médica en relación con este caso.

Conviene destacar de antemano, como se hace en este último informe, que se dispone de muy poca documentación clínica del paciente fallecido, tan sólo una sucinta historia clínica de urgencias de Atención Primaria, y que tampoco se sabe con certeza la causa de la muerte porque no se realizó autopsia. Así pues, resulta difícil alcanzar conclusiones relevantes en este supuesto.

No obstante, se precisa que la sintomatología que refería el paciente en aquel momento orientaba claramente a un proceso digestivo y que no parecía, independientemente del desenlace que más tarde se produjo, que el paciente impresionara de gravedad, máxime si se tiene en cuenta que se le tomó la tensión arterial, que estaba en 110/80, por tanto, en márgenes de normalidad, que se detectó pulso radial y unas pulsaciones de 84 lpm, también en rango de normalidad, y que el examen pupilar tampoco evidenció ninguna alteración. Por tanto, el Inspector Médico entiende que no había datos objetivos que aconsejasen en ese momento orientar el diagnóstico a un proceso cardiológico en general, ni al infarto agudo de miocardio en particular.

De hecho, menciona que la Guía Europea del año 2017 sobre tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST (IAMCEST), en el apartado diagnóstico inicial, establece que: *“En primer lugar, es preciso establecer el diagnóstico de IAMCEST. Este se basa normalmente en la presencia de síntomas (ej. dolor torácico persistente) y signos (electrocardiograma de 12 derivaciones) que indiquen isquemia miocárdica. Otros indicios importantes son el antecedente de EAC (enfermedad arterial coronaria) e irradiación del dolor al cuello, mandíbula inferior o brazo izquierdo. Algunos pacientes presentan síntomas menos típicos, como falta de aire, náuseas o vómitos, fatiga, palpitaciones o síncope”*.

De lo expuesto concluye que el paciente no presentaba el síntoma característico de la isquemia miocárdica (dolor de localización e irradiación características), ni tenía antecedentes de enfermedad coronaria.

No obstante, el hecho innegable de que existan presentaciones atípicas de infarto agudo de miocardio, con síntomas que van desde las palpitaciones y el síncope a la fatiga y sensación de falta de aire, o a manifestaciones digestivas como náuseas y vómitos, no implica que la presencia de cualquiera de estos síntomas obligue al facultativo a establecer la hipótesis diagnóstica del infarto e iniciar el proceso diagnóstico del mismo: electrocardiograma, analítica si se dispone de ella, etc.

De manera contraria, considera el Inspector que la sintomatología que presentaba y relataba el paciente permitía perfectamente orientar el diagnóstico hacia un proceso digestivo sin gravedad aparente (Conclusión 1ª). En consecuencia, el hecho de realizar un electrocardiograma en esas condiciones no era en absoluto obligado porque el cuadro no era característico de patología cardíaca (Conclusión 2ª). Podría haberse realizado el electrocardiograma si el facultativo hubiera valorado la posibilidad de que se tratara de una presentación atípica del infarto agudo de miocardio, pero su no realización no implica mala praxis por parte del médico actuante (Conclusión 3ª).

Por último, destaca que no se puede saber de forma concreta cómo evolucionó la sintomatología del paciente a lo largo de la mañana, ya que no volvió a solicitar asistencia médica en torno a las cinco horas que transcurrieron desde el alta anterior y el fallecimiento (Conclusión 4ª) y, aunque parece razonable establecer el infarto como causa probable de muerte, no hay certeza de ello ante la falta de autopsia (Conclusión 5ª).

Lo que se ha expuesto permite concluir que, en este caso y pese al lamentable desenlace que se produjo, no existe ningún indicio de mala praxis ni, por ello, relación de causalidad alguna entre el daño mencionado y el funcionamiento del servicio público sanitario, lo que debe determinar la desestimación de la pretensión resarcitoria promovida por los interesados.

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 por no existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y el daño moral alegado, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha acreditado.

No obstante, V.E. resolverá.