



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **241/2025**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 2 de octubre de 2025, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 13 de mayo de 2025 (COMINTER 207170) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 14 de mayo de 2025, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, en representación de D. Y, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2025_170), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 9 de agosto de 2023, un Letrado que dice actuar en nombre de D. Y presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración regional por el fallecimiento del padre de este último, D. Z, que imputa a la defectuosa asistencia sanitaria que se le prestó por los facultativos del Servicio Murciano de Salud.

Relata el reclamante que su progenitor falleció el 13 de agosto de 2022. La secuencia de los hechos es la siguiente:

- El día anterior, el 12 de agosto, sobre las 6:25 horas, D. Z, de 60 años, acudió a los Servicios de Urgencias de Atención Primaria de Mazarrón. Presentaba un importante dolor en el hombro y en el pecho, que le dificultaba la respiración y el movimiento con coherencia.

Se diagnosticó como mialgia y miositis, es decir, que el paciente tenía un dolor muscular, recomendándole tratamiento con nolotil 575 mg. durante 5 días.

Tras salir del Servicio de Urgencias, el paciente se dirigió a su domicilio.

- A las 5:30 horas del 13 de agosto de 2022, apenas 24 horas después de ser atendido en Urgencias, el paciente falleció de forma repentina en su domicilio.

Para el reclamante, el diagnóstico alcanzado en el Servicio de Urgencias de Mazarrón no fue adecuado, pues no supo advertir que el paciente presentaba en ese momento síntomas y signos de un infarto. Entiende que no se hizo una exploración adecuada ni se estudió la historia clínica del paciente, que se omitieron pruebas diagnósticas (análisis de sangre) y que los resultados de las realizadas (ecocardiograma) se debieron de interpretar de forma errónea. El resultado fue la muerte del paciente, que podría haberse evitado de haberse alcanzado el diagnóstico certero de la dolencia cardíaca que padecía. Se alega que *“el progenitor de mi representado perdió la oportunidad de ser tratado conforme a la dolencia cardíaca que efectivamente padecía, siendo únicamente diagnosticado como un dolor muscular no importante”*.

Solicita una indemnización de 175.700 euros, *“habida cuenta de la edad del fallecido, sus descendientes y la viuda de D. Z”*.

Propone prueba documental, que acompaña a su reclamación (informe de asistencia en Urgencias y certificado médico de defunción) y adjunta un supuesto encargo de servicios profesionales del reclamante al Letrado actuante.

La misma reclamación será presentada, en idénticos términos, el 11 de agosto de 2023.

SEGUNDO.- El 15 de septiembre de 2023, se requirió al Letrado actuante para subsanar el defecto de acreditación de la representación que dice ostentar, y al actor para probar su legitimación activa, mediante la aportación del Libro de Familia.

Ambos requerimientos fueron cumplimentados el 10 de octubre de 2023, mediante la presentación de copia de documento notarial de poder para pleitos otorgado por el reclamante, y el 30 de octubre de 2023, con la aportación de copia del Libro de Familia. En la copia del expediente remitida al Consejo Jurídico, la hoja del Libro de Familia correspondiente al actor resulta ilegible.

TERCERO.- Por resolución de la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud, de 29 de noviembre de 2023, se admite a trámite la reclamación y se ordena la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a comunicar al interesado la información prescrita por el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), al tiempo que recaba de la Gerencia del Área de Salud concernida por la reclamación una copia de la historia clínica del paciente y el informe de los facultativos que prestaron la asistencia sanitaria por la que se reclama.

CUARTO.- En contestación al requerimiento instructor, la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 remite la documentación solicitada. Consta el informe de la Médico de Urgencias y Emergencias de Atención Primaria, que atendió al paciente en el Centro de Salud de Mazarrón el 12 de agosto de 2002:

“El paciente acude al Centro con dolor en hombro, con irradiación en el pecho, le dura 10 minutos de evolución. Refiere que es ocasional y desaparece de repente, y no le vuelve a doler.

Se le hace Electrocardiograma con 100 impulsos por minuto, a ritmo sinusal, con un QRS estrecha, sin alteración en la repolarización ventricular.

Se le pone tratamiento para la tensión arterial, que estaba aumentada en ese momento. Tratamiento captopril de 50 miligramos sublingual.

Se le realiza exploración, con auscultación pulmonar y cardíaca normal. Y abdomen normal. Se le recomienda tratamiento de nolitil, si continúa con dolor. También se le recomienda si el dolor persiste o va a más ir a urgencias de su Hospital de referencia para su estudio y valoración.

En el diagnóstico se le prescribe mialgia y miositis, dolor muscular, que es lo que describe el paciente cuando llega a la consulta”.

Consta, asimismo, el informe del Médico de Urgencias de Atención Primaria que acudió al domicilio del paciente el 13 de agosto de 2022, y que sólo pudo certificar su fallecimiento.

QUINTO.- Requerida la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 para remitir copia de los electrocardiogramas realizados al paciente los días 12 y 13 de agosto de 2022, se indica que no se conservan los registros gráficos de dichas pruebas.

Se aportan nuevos informes de los facultativos que atendieron al paciente. La Médico que le prestó asistencia en el Centro de Salud el 12 de agosto de 2022 informa como sigue:

“...me reitero en mi anterior declaración y además quiero aclarar que el paciente acude al Centro con dolor en hombro, con irradiación en el pecho que le dura 10 minutos, de un día de evolución, ocasional, desapareciendo de repente y no volviéndole a doler.

Debido al dolor que dicho paciente refiere en ese día, le realizo un Electrocardiograma en el cual están a 100 impulsos por minuto en un ritmo sinusal con un QRS estrecho, sin alteración significativa en la repolarización. La

copia del electro se le facilita al paciente en la mayoría de los casos si se deriva al Hospital, como es el caso de este paciente, que lo derivé a la puerta de Urgencias de su Hospital de referencia.

La práctica habitual a la hora de realizar electros cuando no se lleva copia el paciente, es dejar en el Centro durante un tiempo dicha copia, para más tarde ser destruidos a diferencia de la actualidad que ya tenemos electrocardiogramas digitales”.

SEXTO.- Con fecha 27 de mayo de 2024, se recaba del Servicio de Inspección y Prestaciones Asistenciales el preceptivo informe de la Inspección Médica.

SÉPTIMO.- El 17 de marzo de 2025, la aseguradora del Servicio Murciano de Salud aporta al procedimiento un informe pericial médico elaborado por una Especialista en Cardiología, que alcanza las siguientes conclusiones:

“1. D. Z era un paciente de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes y obesidad, lo que le confería un riesgo cardiovascular elevado.

2. El 12.08.2022 a las 06:25h fue atendido en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Mazarrón por un cuadro de dolor en el hombro con irradiación al pecho. Se realizó un electrocardiograma que se interpretó como sin alteraciones significativas, recibiendo el alta a las 6:59h con diagnóstico de 'Mialgia y miositis no especificado' y prescripción de tratamiento sintomático.

3. El 13.08.2022 sobre la 5:30 h, el paciente fallece en su domicilio a consecuencia de una muerte súbita presumiblemente de origen cardíaco, aunque no se realizó autopsia.

4. La asistencia sanitaria en el SUAP de Mazarrón no fue correcta ni acorde a lex artis. La anamnesis, la exploración física y el electrocardiograma, a pesar de que fuere normal, no permitían por sí solos excluir en este caso el diagnóstico de síndrome coronario agudo, emitiéndose un diagnóstico erróneo alternativo con escaso rigor médico.

5. La actuación correcta hubiera sido remitir al paciente al centro hospitalario más cercano para realizar una valoración más completa, que incluyera al menos otras pruebas complementarias básicas como una radiografía de tórax y una determinación de marcadores de daño miocárdico”.

OCTAVO.- Con fecha 9 de abril de 2025, la Inspección Médica evacua informe, que concluye como sigue:

“1. El manejo del dolor precordial en atención primaria de urgencias debe centrarse en la rápida identificación de causas potencialmente mortales mediante la evaluación clínica, el ECG y, si es necesario, el traslado urgente a un centro especializado.

2. Las guías de manejo de síndromes coronarios agudos sin elevación del ST, mencionan que los pacientes pueden presentar dolor en el brazo, hombro, espalda, mandíbula, cuello, epigastrio o incluso en el oído.

3. El dolor de hombro puede ser un síntoma de enfermedad isquémica del corazón y debe ser evaluado cuidadosamente en el contexto de otros factores de riesgo y síntomas asociados para evitar diagnósticos erróneos y retrasos en el tratamiento adecuado.

4. La muerte súbita en enfermedades cardíacas en adultos es un evento multifactorial que puede resultar de diversas patologías cardíacas, que requieren una evaluación y manejo cuidadosos para prevenir estos eventos fatales.

5. La asistencia en el SUAP no se ajustó a los protocolos establecidos. Paciente con factores de riesgo cardiovascular conocidos, en el que no se evaluó correctamente la sintomatología, ni se descartaron adecuadamente todas las causas de dolor”.

NOVENO.- Con fecha 14 de abril de 2025 se notifica a los interesados (reclamante y aseguradora del Servicio Murciano de salud) la apertura del trámite de audiencia. No consta que ninguno de ellos hiciera uso del trámite, mediante la presentación de alegaciones o justificaciones adicionales.

DÉCIMO.- El 13 de mayo de 2025 se formula propuesta de resolución estimatoria parcial de la reclamación, al entender la unidad instructora que concurren todos los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración, en particular el nexo causal entre la inadecuada asistencia sanitaria dispensada al paciente y su fallecimiento, así como que el reclamante no tiene el deber jurídico de soportar el daño moral derivado del óbito de su progenitor.

Para la determinación del importe de la indemnización, se acude como referencia al sistema de valoración establecido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, cuya aplicación al supuesto sometido a consulta arroja un total de 55.289,31 euros, que es el importe que se propone abonar al actor en concepto de indemnización, con la correspondiente actualización.

En tal estado de tramitación, y una vez incorporado el preceptivo extracto de secretaría y un índice de documentos, se remite el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de dictamen, mediante comunicación interior del pasado 13 de mayo de 2025, complementada con diversa documentación en formato digital (CD) recibida en este Órgano consultivo el 14 de mayo de 2025.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo 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, y 81.2 LPAC, y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.

I. El reclamante es el hijo del paciente fallecido. El dolor que la muerte de D. Z pudo provocar en aquél no es cuestionable, viniendo legitimado para reclamar una indemnización por el daño moral asociado a la pérdida de un familiar tan cercano, daño que, además, no precisa de una acreditación específica toda vez que se presume sin dificultad la intensidad y efectividad del dolor causado por el quebranto afectivo.

Debe precisarse que la reclamación se presenta por un Letrado que actúa únicamente en representación de D. Y, como así se afirma de forma expresa en el escrito de reclamación inicial y se acredita con posterioridad, mediante la aportación de escritura de poder notarial otorgado por D. Y en favor del Letrado.

No consta que la acción resarcitoria se ejercite en nombre de la viuda y del otro hijo del paciente fallecido, a pesar de que, cuando en la reclamación se cuantifica el daño, se indique que existen esos otros familiares y que la indemnización se solicite en un importe muy superior al que correspondería al único hijo reclamante. Mas estas circunstancias no son suficientes para entender que la reclamación se efectúa también en nombre de la viuda y del otro hijo del fallecido, ni consta que éstos hayan otorgado su representación a D. Y o al Letrado actuante.

En consecuencia, acierta la propuesta de resolución cuando considera que la acción ha sido ejercitada única y exclusivamente por D. Y y cuando, al cuantificar la indemnización, lo hace sólo respecto del actor.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población con ocasión de cuya prestación se produjo el daño reclamado.

II. La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPAC, toda vez que el óbito del paciente se produce el 13 de agosto de 2022 y la acción se ejercita el 9 de agosto de 2023.

III. Se ha seguido el procedimiento previsto en la LPAC para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, sin que se observen carencias esenciales, obrando en el expediente los informes del

servicio cuyos facultativos prestaron asistencia al paciente y a cuyo funcionamiento se imputa el daño, el informe de la Inspección Médica y el trámite de audiencia a los interesados, que junto con la solicitud de este Dictamen constituyen los trámites preceptivos de este tipo de procedimientos.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *“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 (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 32 y siguientes LRJSP y desarrollados por abundante jurisprudencia, pudiendo sintetizarse en los siguientes extremos:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. 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 razonablemente 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.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en Dictamen 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2018, rec. n.º 1016/2016) que, *“frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituya la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento de l régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concorra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles”*.

La actuación del médico ha de regirse por 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 médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 337/22, entre muchos otros, de este 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 un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la “lex artis ad hoc” como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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. La “lex artis”, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervinientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 LPAC, su principal apoyo probatorio habrá de ser el informe de la Inspección Médica, dadas las peculiares características que reúne y que pone de manifiesto la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 430/2014, de 9 de junio, al señalar en relación con el indicado informe que “en

la valoración conjunta de la prueba se han de ponderar sus consideraciones médicas y sus conclusiones como elementos de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para la decisión de la litis, considerando que su fuerza de convicción reside, además de en su motivación y coherencia, en la circunstancia de que la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes”.

En esta misma línea, la STSJ Madrid, núm. 681/2021, de 10 de septiembre, sintetiza la doctrina jurisprudencial relativa a la exigencia y valoración de la prueba pericial médica en el proceso judicial en materia de responsabilidad patrimonial por defectuosa asistencia sanitaria y que, *mutatis mutandi*, puede hacerse extensiva al procedimiento administrativo:

“...es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados. En estos casos, los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado.

En estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen.

No obstante debemos de realizar también una consideración respecto a los informes elaborados por la Inspección Sanitaria; informes que contienen también una opinión de carácter técnico, obtenida extraprocesalmente, por lo que sus consideraciones deben ser ponderadas como un elemento de juicio más en la valoración conjunta de la prueba, debiéndose significar que los informes de los Inspectores Médicos son realizados por personal al servicio de las Administraciones Públicas, que en el ejercicio de su función actúan de acuerdo a los principios de imparcialidad y especialización reconocidos a los órganos de las Administraciones, y responden a una realidad apreciada y valorada con arreglo a criterios jurídico-legales, por cuanto han de ser independientes del caso y de las partes y actuar con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad”.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan a la Administración sanitaria.

Para el reclamante, el fallecimiento del paciente se debió al error en el diagnóstico de la afección cardiovascular que padecía el paciente cuando solicitó asistencia urgente el 12 de agosto de 2022. El juicio clínico erróneo de la facultativa que le prestó asistencia, que consideró que padecía un dolor muscular no importante en lugar de una patología coronaria-cardíaca, determinó que no se instaurara el protocolo de actuación frente a estas dolencias, con el resultado de muerte del paciente apenas 24 horas después de dicha asistencia.

Dichas alegaciones son aceptadas en su totalidad por la propuesta de resolución, sobre la base de los informes técnicos obrantes en el expediente, en particular los de la aseguradora del Servicio Murciano de Salud y el de la Inspección Médica, que coinciden en afirmar que el diagnóstico de dolor muscular que se alcanzó en el SUAP de Mazarrón no estaba firmemente asentado en las pruebas realizadas y que los antecedentes del paciente y los signos y síntomas que presentaba obligaban a derivar al paciente a un hospital para realizar más pruebas que descartaran una afección cardiovascular. La omisión de esta forma de actuar, claramente establecida en los protocolos, constituye una mala praxis que acabó con la vida del paciente.

En efecto, el informe pericial médico de la aseguradora manifiesta de forma contundente que *“se trataba de un paciente de riesgo cardiovascular elevado, que consultó por dolor en hombro irradiado al pecho de 10 minutos de duración, que se encontraba hipertenso y con tendencia a la taquicardia y al que se le realizó un electrocardiograma descritos como ‘sin alteraciones significativas’.* No es posible con estos datos hacer un diagnóstico de dolor muscular ni descartar otros diagnósticos como el síndrome coronario agudo o incluso el síndrome aórtico agudo. Las anamnesis y la exploración física realizadas orientan más a un dolor de perfil isquémico o aórtico que a un dolor muscular. Un electrocardiograma normal, no descarta estos diagnósticos. Por tanto, estaba indicada la derivación del paciente al Servicio de Urgencias del hospital más cercano donde se pudiera realizar una valoración más completa, que incluyera al menos una radiografía de tórax y una determinación de marcadores de daño miocárdico. Existió por tanto un error en el diagnóstico”. Es de destacar aquí que, aun cuando la facultativa del SUAP manifestó en su segundo informe (Antecedente quinto de este Dictamen) que derivó al paciente a un hospital, lo cierto es que, en el informe de la asistencia sanitaria dispensada en el servicio de urgencias correspondiente al 12 de agosto de 2022, que obra en la historia clínica, se indica que el destino del paciente es “domicilio” y únicamente se le traslada la necesidad de acudir a urgencias hospitalarias “si el dolor va a más”.

La Inspección Médica, por su parte, tras detallar los protocolos de actuación en urgencias de Atención Primaria ante el dolor precordial y efectuar una revisión de lo actuado en el SUAP a la luz de lo que debería haberse realizado conforme a dichos protocolos, concluye que *“la asistencia en el SUAP no se ajustó a los protocolos establecidos. Paciente con factores de riesgo cardiovascular conocidos, en el que no se evaluó correctamente la sintomatología, ni se descartaron adecuadamente todas las causas de dolor”.*

Con fundamento en dichos informes, es evidente que se produjo un error de diagnóstico, que dejó evolucionar la enfermedad cardiovascular del paciente sin aplicar los protocolos de actuación establecidos en urgencias de atención primaria para afrontar situaciones como la que presentaba el paciente cuando demandó atención sanitaria urgente, y que constituyen una verdadera emergencia sanitaria, que exige una actuación pronta y certera para poder evitar graves consecuencias en la salud del paciente o, como aquí sucedió, su fallecimiento.

De conformidad con los informes técnicos indicados, el error de diagnóstico se produjo por una mala praxis, consistente en una defectuosa apreciación de los síntomas y signos de enfermedad del paciente, una incompleta exploración física, la adopción de juicios clínicos sin suficiente evidencia médica y la omisión de pruebas diagnósticas adicionales, que eran necesarias para poder descartar la grave patología que acabó con la vida del paciente, por lo que existe nexo causal entre el anormal funcionamiento del servicio público de asistencia sanitaria y el desgraciado desenlace, que a su vez causó el daño moral por el que se reclama, cuya antijuridicidad ha de ser también declarada, ante la inexistencia de un título jurídico que obligue al actor a soportar el quebranto afectivo que la muerte evitable de su padre le hubo de producir.

Concurren, en consecuencia, todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la

responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, en particular, el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, y su antijuridicidad.

QUINTA.- Quantum indemnizatorio.

I. Admitida la efectividad de la lesión, y establecida su conexión causal con el funcionamiento del servicio público sanitario, procede analizar la valoración del daño producido y la cuantía y el modo de la indemnización. Y se deben apuntar, para ello, las dos consideraciones iniciales siguientes:

a) La primera es que, aun de modo orientativo, resulta de aplicación en este supuesto el sistema de valoración que se contempla en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, modificado por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

b) La segunda es que, como se apunta correctamente en la valoración de la indemnización contenida en la propuesta de resolución, puesto que el fallecimiento del paciente se produjo en 2022, procede aplicar la Resolución de 23 de febrero de 2022, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones actualizadas del sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

II. Se considera correcta la cuantificación de la indemnización por causa de muerte (perjuicio personal básico y perjuicio patrimonial) que se detalla en dicha valoración y que procede reconocer al reclamante:

De conformidad con la Tabla 1.A del baremo de referencia, corresponde al actor, como hijo con una edad comprendida entre los 20 y los 30 años, una indemnización de 54.850,51 euros en concepto de perjuicio personal básico, y, en atención a la Tabla 1.C., en concepto de daño patrimonial emergente, una indemnización de 438,80 euros, lo que hace un total de 55.289,31 euros. Esta cantidad deberá ser actualizada de conformidad con el art. 34.3 LRJSP.

Ha de advertirse que el Consejo Jurídico no ha podido conocer la edad que tenía el reclamante a la fecha de la muerte de su padre, pues el único documento que obra en el expediente que podría informar al respecto es el Libro de Familia. Sin embargo, en la copia remitida a este Consejo Jurídico, la página de dicho documento correspondiente al actor resulta absolutamente ilegible, por lo que se desconoce su fecha de nacimiento. Dada la relevancia de la edad del actor en la determinación de la cuantía de la indemnización, se hace esta advertencia en la confianza de que la instrucción sí ha podido contrastar este dato al cuantificar la indemnización propuesta.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución estimatoria parcial de la reclamación, toda vez que concurren todos los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, en particular el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño reclamado, y su antijuridicidad.

SEGUNDA.- La cuantía de la indemnización habrá de ajustarse a lo indicado en la Consideración quinta de este Dictamen, con la advertencia acerca de la comprobación de la edad del perjudicado a la fecha del fallecimiento del paciente, y que este Órgano consultivo no ha podido realizar dada la mala calidad de la copia del expediente remitido junto a la consulta.

No obstante, V.E. resolverá.

