



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 2 / 2 0 1 6

(Sección 2ª)

La Laguna, a 25 de febrero de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación *con la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en representación propia y de los herederos del fallecido (...), los menores (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 26/2016 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado el 13 de abril de 2011 por (...), en representación propia y de los herederos del fallecido (...), los menores (...) y (...), en solicitud de una indemnización de 400.000 euros por la negligente asistencia sanitaria prestada el 13 de abril de 2010 en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, dependiente del Servicio Canario de la Salud, a su esposo y padre, que finalmente falleció el 15 de abril.

2. La cuantía de la indemnización solicitada determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

* Ponente: Sr. Bosch Benítez.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. De conformidad con el art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado con creces (casi cinco años de demora). Sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma.

5. En la tramitación del procedimiento se han observado las prescripciones que lo regulan. En particular, se ha emitido el informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa la causación de la lesión (Servicio de Urgencias); a la reclamante se le ha dado vista del expediente y audiencia -trámite al que no comparece-; y el Servicio Jurídico ha emitido su preceptivo informe sobre la Propuesta de Resolución. En definitiva, no se ha incurrido en defectos procedimentales que impidan la emisión de un dictamen de fondo.

II

1. La interesada reclama porque «se ha producido en este caso una clara negligencia en la actuación del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), en la actuación de los médicos de Urgencias que actuaron el día 13/04/2010 respecto al paciente (...) (r.i.p.) al que diagnostican una contractura muscular dorsal -que no tenía, como posteriormente se evidencia- permitiendo que se produzcan los hechos relatados y que constan en la historia clínica aportada (incompleta), mediante una actuación contraria a la *lex artis ad hoc*, lo que ha provocado un daño, en este caso, el fallecimiento de (...), en una clara relación causal entre la deficiente actuación y el resultado dañoso.

El resultado de fallecimiento es desproporcionado a la edad y a la evolución de su situación física de haber recibido tratamiento adecuado y haber sido convenientemente abordado en su momento, lo cual revela claramente la penuria negligente de medios empleados según el estado de la ciencia y el descuido en su conveniente y diligente utilización, según la regla *res ipsa loquitur*, así como de pérdida de oportunidad.

Asimismo, es reprobable y alejada de la buena *lex artis ad hoc* la actuación profesional de los facultativos que diagnosticaron contractura muscular dorsal y lo pautaron, con el resultado de sufrimiento desproporcionado e inútil (por no sufrir realmente el paciente contractura muscular) de (...) (r.i.p.), hasta su muerte».

Del anterior relato se deduce que la interesada reclama exclusivamente por la asistencia prestada el día 13 de abril, la primera vez que ingresa su marido en Urgencias del HUNSC, no por el resto de la asistencia de los días 14 y 15 en el propio HUNSC y en (...).

2. De los distintos informes obrantes en el expediente (en particular, el informe del Servicio de Urgencias, de 29 de junio de 2011, y el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, de 2 de septiembre de 2015), el relato de los hechos es el siguiente:

«- El paciente, de 42 años de edad, ingresó en nuestro Servicio de Urgencias a las 04:05 horas del día 13 de abril de 2010.

- A su llegada al Servicio de Urgencias, el paciente refirió que sufría una contractura dorsal izquierda que se irradiaba a hemitórax izquierdo. El paciente confirmó que no tenía antecedentes patológicos personales.

- En la exploración física se comprobó que el paciente estaba consciente y orientado, con ruidos cardiacos rítmicos y murmullo vesicular conservado.

- Se le practicó un ECG que resultó dentro de la normalidad: ritmo sinusal a 60 por minuto, P-R 0,12, AQRS a + 30°, sin trastornos en la conducción ni en la repolarización.

- Se le diagnosticó contractura muscular dorsal izquierda y al no presentar alteraciones en sus constantes vitales, tener buen estado general y no detectarse signos de alarma o gravedad en su exploración física ni el ECG, se decidió administrar tratamiento sintomático: analgésico, relajante muscular y protector gástrico.

- Tras varias horas de observación, en las que el paciente mantuvo un buen estado general y manifestar que se le había aliviado la sintomatología, se le dio el alta.

- Al día siguiente, tras 24 horas de la primera visita, el paciente reingresa en el Servicio de Urgencias por un cuadro de hipotensión, con sudoración, taquicardia e hipotensión arterial (75/45), por lo que se le pasa a la Sala de Reanimación donde se inicia tratamiento con fluidos y amins. Posteriormente sedación e IOT y ventilación mecánica.

- Ante la sospecha de disección aórtica, se le realiza una ecocardiografía que no fue concluyente, por lo que se le practica un TAC torácico y abdominal urgente. Con esa exploración se comprobó la existencia de una disección de aorta torácica tipo A.

- Se le traslada en ambulancia medicalizada al Servicio de Cirugía Cardíaca de (...) para tratamiento quirúrgico.

- Ingresa en el Servicio de Cirugía Cardíaca, sedado. Poco después presenta bradicardia importante, entrando en paro cardiorrespiratorio. Se desfibrila eléctricamente por fibrilación ventricular, pasando después a asístole, manteniendo masaje cardíaco y aminas. Bajo maniobras de resucitación cardiopulmonar se traslada al paciente al quirófano.

- Se inicia circulación extracorpórea tras canulación de los vasos femorales, manteniendo el masaje cardíaco con coágulos y sangre. Tras la retirada de estos, se presenta ruptura de la aorta ascendente. Bajo hipotermia moderada, con paro circulatorio y perfusión anterógrada cerebral se realiza sustitución de la aorta ascendente, fijando las capas de la aorta con teflón en la cara interna y externa de la aorta e interponiendo un injerto.

- Reingresa en UCI, en situación hemodinámica inestable sin sangrado mediastínico, precisando aminas en aligo-anuria con datos clínicos y radiográficos de edema pulmonar. Neurologicamente no hay ningún síntoma de actividad.

- El día 15 de abril se diagnostica muerte cerebral. Se reduce tratamiento y las medidas de base. El paciente fallece a las 16:00 horas, por isquemia cerebral secundaria a paro cardíaco por taponamiento cardíaco debido a disección tipo A».

3. En el citado informe emitido por el Coordinador de Urgencias del HUNSC, de 29 de junio de 2011 (de carácter preceptivo, al ser el Servicio a cuyo funcionamiento se le imputa el daño) se expone lo siguiente:

«1) (...) de 42 años de edad. Ingresó en nuestro Servicio de Urgencias a las 04:05 horas del día 13 de abril de 2010. El paciente consultaba por dolor en la espalda. Sus constantes vitales eran: TA 143/78; FC 97 x.

2) A su llegada al Servicio de Urgencias, el paciente le refirió, al médico de Urgencias, que sufría una contractura dorsal izquierda que se irradiaba a hemitórax izquierdo. El paciente confirmaba que no tenía antecedentes patológicos personales.

3) En la exploración física se comprobó que el paciente estaba consciente y orientado, con ruidos cardíacos rítmicos y murmullo vesicular conservado. Destacaba la presencia de una contractura muscular dorsal izquierda.

4) Se le realizó un ECG que resultó dentro de la normalidad: ritmo sinusal a 60 por minuto, P-R 0,12, AQRS a + 30°, sin trastornos en la conducción ni en la repolarización.

5) Al no presentar alteraciones en sus constantes vitales, al tener buen estado general y al no detectarse signos de alarma o gravedad en su exploración física ni el ECG se decidió administrar tratamiento sintomático: analgésico, relajante muscular y protector gástrico.

6) Tras varias horas de observación, manteniendo el buen estado general y al manifestar el paciente que se le había aliviado la sintomatología, se le dio el alta aconsejándosele tratamiento analgésico y relajantes musculares con protección gástrica.

7) Al día siguiente, tras 24 horas de la primera visita, el paciente reingresa, en el Servicio de Urgencias, por un cuadro de hipotensión.

8) A su ingreso, el paciente estaba sudoroso, taquicárdico y con hipotensión arterial (75/45), por lo que se le pasa a la Sala de Reanimación donde se inicia tratamiento con fluidos y aminos. Posteriormente sedación e IOT y ventilación mecánica.

9) Ante la sospecha de disección aórtica, se le realiza una ecocardiografía que no fue concluyente, por lo que se solicita un TAC torácico y abdominal urgente. Con esta exploración se comprobó la existencia de una disección de aorta torácica tipo A. Se contacta con el Servicio de Cirugía Cardíaca de (...), que acepta el traslado del paciente, para tratamiento quirúrgico. Traslado que se realiza en ambulancia medicalizada.

10) El paciente, en la primera consulta realizada en el Servicio de Urgencias, no reunía ninguna de las características que se describen, en la literatura médica, sobre la presentación clínica de la disección de aorta y las patologías relacionadas con ella.

11) En este sentido, a continuación, citamos los textos de los autores de dos conocidos Tratados de Medicina de Urgencias: Gary A. Johnson. Capítulo 54: Aneurismas y Disección Aórticas. Medicina de Urgencias. J. E. Tintinalli.

“El grupo preponderante es el de hipertensos mayores de 50 años o pacientes con situaciones predisponentes específicas: cardiopatías congénitas, enfermedades del tejido conjuntivo y embarazo.

Las disecciones de aorta se manifiestan por dolor repentino e intenso que el paciente suele describir como lacerante o desgarrador. A menudo se acompaña de síntomas como náuseas, vómitos y diaforesis y el paciente se muestra intranquilo y expresa una sensación de muerte inminente”.

Esta es la clínica que describen prácticamente todos los autores.

S. Sarrá Moreto, J.A. G. Tejada, J. Segura Ollé. Capítulo 10.12. Disección Aórtica y Aneurismas Aórticos. Tratado de Medicina de Urgencias. M.S.Moya Mir. P. Piñera Salmerón. M. Mariné Blanco.

“Las patologías comúnmente relacionadas con la disección aórtica son: la hipertensión arterial sistémica: responsable del 75% de las disecciones aórticas. La necrosis quística de la media. Enfermedades hereditarias como el síndrome de Marfan, el de Ehlers-Danlos y el de Noonan. Patologías congénitas estructurales de la aorta, como la coartación, la presencia de válvula bicúspide. Arteritis de células gigantes, arteritis de Takayasu, el lupus sistémico. El

embarazo en mujeres sanas en el tercer trimestre. El consumo de cocaína en forma de crack. El traumatismo torácico o abdominal. Disecciones iatrogénicas derivadas de procedimientos quirúrgicos cardiacos, aórticos y carotideos. El paciente no tenía ninguna de estas patologías”».

4. Por su parte, el también mencionado informe, de 2 de septiembre de 2015, del Servicio de Inspección y Prestaciones, concluye de la forma siguiente:

«1.- El paciente, padecía de dolor de espalda desde el año 2008. Por tanto, a tenor de la sintomatología que presentaba y dados sus antecedentes de dolor de espalda, el primer diagnóstico de sospecha -contractura muscular dorsal izquierda- que se realiza en el Servicio de Urgencias del HUNSC de Tenerife, en fecha 13 de abril de 2010 fue correcto. Se solicitó electrocardiograma que resultó normal. Se cursó analítica y se le pautó tratamiento. No constan antecedentes de hipertensión arterial (HTA). Así, en el informe del Coordinador de Urgencias del HUNSC de Tenerife, se menciona lo siguiente: “El paciente, en la primera consulta realizada en el Servicio de Urgencias, no reunía ninguna de las características que se describen, en la literatura médica, sobre la presentación clínica de la disección de aorta y las patologías relacionadas con ello”.

(Fuente; Historial de salud de Atención Primaria, visita del 3 de mayo de 2008, con diagnóstico de dorsalgia, hoja de historia clínica de Urgencias Generales del HUNSC de Tenerife, en fecha 13 de abril de 2010, e informe del Coordinador del Servicio de Urgencias del HUNSC de Tenerife, de fecha 29 de junio de 2011).

2.- En la madrugada del día 14 de abril de 2010, el paciente acude de nuevo al Servicio de Urgencias del HUNSC, con cuadro de hipotensión. A la exploración se refleja dolor dorsal con irradiación precordial y a epigastrio. Sufre cuadro de shock hemodinámico, a los pocos minutos, precisando intubación, ventilación mecánica y tratamiento con aminas (fármacos simpaticomiméticos). Se sospecha de disección de aorta, por lo que se instaura tratamiento y se solicita ecografía, que evidencia derrame pericárdico, insuficiencia aórtica moderada e imagen sospechosa de disección aórtica. Se realiza un TAC, que confirma el diagnóstico. Además, se le pauta electrocardiograma y analítica, al tiempo que se suministra gasometría y se le monitoriza. También se establece un sondaje vesical, se toma una vía, la femoral derecha y se instaura oxigenoterapia, entre otras pruebas complementarias urgentes.

3.- Como dijimos, el TAC urgente de tórax-abdomen-pelvis, con y sin contraste, realizado el 14 de abril de 2010, concluyó en: disección aórtica tipo A de Stanford tipo 1 de Bakey, con afectación de arteria carótida común y subclavia derecha. Pequeño flap intimal en arteria común izquierda.

(...)

6.- Cuando un paciente describe un dolor dorsal que se irradia a hemotórax, ese dolor suele acusar unas características muy subjetivas y en tal caso, los médicos deben valorar las

particularidades del dolor, los antecedentes personales de padecimiento de dolor de espalda y la existencia o no, de hipertensión arterial, además de realizar un electrocardiograma.

Como decimos, el paciente padecía de dolor de espalda desde el año 2008 y no consta que fuese hipertenso, ni que estuviera tratado por ello. Además, en la primera visita al Servicio de Urgencias del HUNSC de Tenerife (13 de abril de 2010), se le practicó un ECG, cuyo resultado fue de normalidad, con ritmo cardiaco sinusal y sin trastornos de la conducción, ni de la repolarización.

Las constantes vitales no estaban alteradas y habla buen estado general, sin signos de gravedad.

7.- Aclarar que en un gran número de casos la subjetividad y variabilidad en el modo en el que se presenta la disección de aorta impiden, en muchas ocasiones, reunir la sintomatología sospechosa suficiente para establecer, en una primera evaluación, un diagnóstico correcto.

Ni que decir tiene, que todos los dolores de espalda no son sistemáticamente sospechosos de una disección de aorta, máxime si no hay constancia de padecer hipertensión. Insistir que el paciente sufría de dolor de espalda desde hacía tiempo y no era tratado por hipertensión arterial.

8.- El 20% de los pacientes con disección de aorta tipo A no llegan a los Servicios de Urgencias, ya que la aorta se rompe. La disección tipo A tiene una mortalidad de un 1% por cada hora que pase, con una mortalidad del 50% en las primeras 48 h. después de comenzado el dolor torácico.

La complicación presentada antes de la cirugía debe de considerarse normal -por estar dentro de lo posible-, en este tipo de patologías. La cirugía no se retrasó puesto que el protocolo exige una cirugía inmediata. Pese a ello puede producirse una rotura total de la arteria Aorta que estaría, por si sola, partiéndose/disecándose/dividiéndose; como así ocurrió.

El riesgo de lesión cerebral en un paciente con disección de aorta, que previa a la intervención se encuentra en estado de shock y además presenta una parada cardiaca, es elevadísimo, pero aun así debe intervenir, pese a las escasas posibilidades de éxito, toda vez que la isquemia cerebral podría conducir a la muerte cerebral. Pero aun teniendo conocimiento de este riesgo, no debe cejarse en el intento de salvar la vida del enfermo. Por ello se interviene quirúrgicamente, aunque lamentablemente la isquemia cerebral condujo a la muerte cerebral del paciente y su posterior exitus.

(Fuente: Copia de informe del Jefe de Servicio de Cirugía Cardíaca, del (...), de fecha 18 de junio de 2011).

(...)

10.- De los informes emitidos en el expediente se debe inferir que se ha respetado la buena práctica médica, en el curso del tratamiento otorgado al paciente.

11.- Comprobamos la correcta utilización de medios materiales y personales de los servicios asistenciales (de) la Administración sanitaria, desempeñando aquéllos (...) con lo que por normativa estatutaria se les asigna y cumpliendo con el compromiso de la sistemática médico-quirúrgica.

(...)

Por todo lo anterior, constatamos que la asistencia prestada se ajustó a la *lex artis*, toda vez que no puede establecerse nexo causal entre la actuación de los servicios asistenciales de la Administración sanitaria y el objeto de la reclamación».

5. Con base en dichos informes, la Propuesta de Resolución no aprecia la existencia de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, ya que entiende que la actuación de los servicios públicos sanitarios fue la correcta, por lo que desestima la reclamación de responsabilidad formulada al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

III

1. En su Sentencia de 11 abril 2014, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo declara:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se la producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.

Dicho de otro modo, como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que “este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria” (STS de 23 de septiembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 89/2008)».

En el mismo sentido, la anterior Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 2011 dice lo siguiente:

«(...) observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración».

Pues bien, como este Consejo Consultivo ha afirmado en otras ocasiones similares (véase el DCCC 397/2015, entre otros), conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*, puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan solo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente.

El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón, no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica, a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o los riesgos conocidos pero que se asumen porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

2. En el presente caso, la reclamante fundamenta su pretensión exclusivamente en que se diagnosticó erróneamente a su marido una contractura dorsal izquierda en vez de la verdadera patología -disección de aorta-, que finalmente fue la causante de su muerte. En su opinión, aunque no aporta prueba alguna que la sustente, ese diagnóstico erróneo es resultado de una mala praxis profesional de los facultativos que lo atendieron en el Servicio de Urgencias.

Sin embargo, de la historia clínica y de los informes obrantes en el expediente (que citan abundante literatura científica) se desprende que -no obstante la realización de analítica y ECG, cuyos resultados fueron normales-, ni la edad (42 años) ni la ausencia de antecedentes ni la sintomatología del paciente (dolor dorsal y náuseas) hacían sospechar de otra patología distinta a la contractura dorsal, por lo que no se practicaron pruebas complementarias más que las descritas (analítica y ECG).

El diagnóstico médico es un juicio clínico sobre el estado de salud de una persona que se establece a partir de los antecedentes, síntomas, signos y hallazgos de las exploraciones y pruebas a un paciente, es decir, la situación patológica en que se encuentra. Por regla general, una enfermedad no está relacionada de una forma biunívoca con un síntoma. Normalmente, un síntoma no es exclusivo de una patología. Diferentes patologías pueden expresar síntomas idénticos. Por ello, no es jurídicamente exigible para todos los supuestos el diagnóstico certero y en consecuencia el error científico médico en principio no puede originar sin más responsabilidad. Ésta solo surge cuando el error de diagnóstico se debe a una manifiesta negligencia o ignorancia, o por no emplear oportunamente los medios técnicos y pruebas médicas que ayudan a evitar los errores de apreciación.

Por esta razón, en la STS de 6 de octubre de 2005, se declara que:

«(...) no cabe apreciar la culpa del facultativo en aquellos supuestos en que la confusión viene determinada por la ausencia de síntomas claros de la enfermedad, o cuando los mismos resultan enmascarados con otros más evidentes característicos de otra dolencia (STS de 10 de diciembre de 1996), y tampoco cuando quepa calificar el error de diagnóstico de disculpable o de apreciación (STS de 8 de abril de 1996)».

En la STS de 17 de julio de 2012, se razona lo siguiente:

«Por último señalar que el motivo del recurso parte de una afirmación que es negada en la Sentencia -hace principio de la cuestión-; “existe un error diagnóstico por falta de medios diagnósticos diferenciales”.

Esta cuestión es ampliamente resuelta en la Sentencia recurrida que valorando el conjunto probatorio afirma que: “los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin mas indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización» (en el mismo sentido se pronuncian las SSTS de 19 de abril de 2011 y de 24 de abril de 2012).

Por consiguiente, como el marido de la reclamante no presentó síntomas que hicieran sospechar de la existencia de problemas cardiacos, no se puede reprochar a los facultativos que le prestaron la asistencia que no hayan realizado otras pruebas complementarias a las practicadas (analítica y ECG) cuyos resultados fueron plenamente normales, tal como se desprende de la documentación obrante en el expediente.

De lo anterior se desprende meridianamente que en el presente caso no ha habido infracción de la *lex artis* ni omisión en la prestación de los medios adecuados, cuya consecuencia lógica es, como concluye la Propuesta de Resolución que se dictamina, la inexistencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por el daño alegado.

Como reiteradamente ha afirmado este Consejo, el servicio público de salud no responde por los daños causados por la imposibilidad de diagnosticar oportunamente patologías cuyos síntomas no se manifiestan, sin que concurren datos clínicos que impongan pruebas diagnósticas para detectarlas, porque el art. 141.1 LRJAP-PAC dispone que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia existentes en el momento de su producción.

En suma, no existe nexo causal entre la asistencia médica prestada al esposo de la reclamante y su muerte, por lo que procede, tal como razona la Propuesta de Resolución, la desestimación de la pretensión resarcitoria.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución analizada es conforme a Derecho de acuerdo con el razonamiento que se contiene en el Fundamento III, por lo que procede la desestimación de la reclamación presentada por (...).