

Expediente Núm. 77/2011
Dictamen Núm. 336/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 17 de noviembre de 2011, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 18 de marzo de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 31 de julio de 2009, la reclamante, que dice actuar en su propio nombre y en el de la comunidad hereditaria formada con sus cuatro hermanos, presenta en el registro del Área de Inspección del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa) una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por su madre como consecuencia de un error de diagnóstico del que derivó una deficiente prestación de asistencia sanitaria.

Inicia su relato refiriendo que su madre ingresó en el Hospital "X" el día 11 de junio de 2008 por "una gran disnea" y que recibió el alta el día 20 del mismo mes con el diagnóstico de "agudización asmática", habiendo pasado "por la UVI del propio hospital (...) el 17-6-2008, donde se le diagnostica por primera vez una miocardiopatía dilatada que antes nunca le fue encontrada a pesar de los síntomas y de sus múltiples ingresos" hospitalarios. El día 23 del mismo mes tienen que llevar a su madre de nuevo al hospital "con el cuadro de disnea, donde recibe el alta con igual tratamiento al que traía y donde deniegan a la familia trasladarla al Hospital "Y" para tener una segunda opinión, manifestándoles que lo que tenía (la paciente) era nervioso", por lo que al día siguiente la ingresan en una clínica psiquiátrica "con un diagnóstico de probable depresión mayor y ansiedad".

Refiere que la clínica psiquiátrica exige "un nuevo control de la enferma dado los parámetros que presentaba, por lo que la ingresan en el (Hospital "Y") el 25-6-2008 en la UCI (...), le dan el alta el 30-6-2008 pasando a Medicina Interna (...) siendo el diagnóstico principal el de insuficiencia cardiaca congestiva", falleciendo el día 2 de agosto del mismo año. Indica que en el hospital se les manifiesta "que se había llegado tarde con el corazón (...) pues lo que tenía era asma cardial, proviniendo sus ahogos del corazón y no al contrario. Se la valoró para realizarle un trasplante pues estaba en la edad límite desechándolo después por ser inviable".

Reclama una indemnización por importe de ochenta y seis mil ciento cincuenta y ocho euros con treinta y nueve céntimos (86.158,39 €), más los intereses; del total, 51.695,03 € corresponderían al primer hijo y 8.615,84 € para cada uno de los cuatro hijos restantes.

2. El día 18 de agosto de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria y de Prestaciones Sanitarias (en adelante Servicio instructor) notifica a la interesada la fecha en que tuvo entrada su reclamación en dicho Servicio -3 de agosto de 2009- las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los

plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, la requiere para que en el plazo de diez días proceda a “acreditar la relación de parentesco de todas las personas que figuran en el escrito de reclamación”, así como “su capacidad de representación de los mismos en el presente procedimiento”, indicándole que, de no recibirse contestación en el plazo señalado, se le tendrá por desistida de su petición.

3. Mediante escrito presentado en el registro del Área de Inspección del Sespa el día 26 de agosto de 2009, la interesada advierte al Servicio instructor de que en su reclamación inicial ha sufrido un error al transcribir su nombre y solicita que se rectifique tal y como figura en su documento nacional de identidad, aportando para ello fotocopia del mismo. Acompaña copias del Libro de Familia y de un poder notarial de fecha 19 de agosto de 2009, en la que sus cuatro hermanos le confieren facultades, entre otras, para “realizar las reclamaciones de indemnizaciones ante la Administración que deriven del fallecimiento de su madre”.

4. Con fecha 9 de septiembre de 2009, el Gerente del Hospital “X” remite al Servicio instructor copia de la historia clínica de la paciente y el informe emitido por el Jefe de Servicio de Medicina Interna.

En la historia clínica constan, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe de alta del Servicio de Neumología de fecha 14 de abril de 2008 por ingreso el día 13 de abril con “cuadro de 72 horas de evolución con tos (...) y disnea que relaciona con ansiedad”. b) Informe de alta del Servicio de Cardiología de fecha 20 de junio, tras ingreso el día 11 del mismo mes con impresión diagnóstica de “miocardiopatía dilatada. Cuadro bronquial compatible con EPOC o asma bronquial. A descartar diabetes mellitus”; en el apartado pruebas complementarias figura “ritmo sinusal, FC 98 x. Sobrecarga ventricular izada. leve” y como tratamiento se recogen doce apartados, entre ellos, “deberá acudir al servicio de psicología (...) para el tratamiento del síndrome

ansioso-depresivo" y "acudirá a revisión en C. Externas de Cardiología (...) el 26-08-08".

En su informe, de fecha 9 de septiembre de 2009, el Jefe del Servicio de Medicina Interna expone que en relación con el electrocardiograma realizado a la paciente el día 13 de junio de 2008 -que presentó como lecturas una "taquicardia sinusal. Posible infarto anterior, edad indeterminada. Electrocardiograma anormal (...), no es confirmada"- debe aclararse que "estos equipos de electrocardiografía cuentan con unos lectores programados que tienen como finalidad orientar al médico general. Dichas lecturas no son un diagnóstico médico sino simplemente una orientación". Concluye que la paciente "fue atendida en la Consulta Externa de Neumología, posteriormente ingresada en Neumología y posteriormente ingresada en Cardiología" añadiendo que "en las tres ocasiones tuvo una mejoría importante de sus síntomas".

5. Mediante escrito de 29 de abril de 2010, el Médico Adjunto de Medicina Intensiva del Hospital "Y" remite al Servicio instructor los informes de los Servicios de Medicina Interna y Cardiología.

En su informe, de fecha 28 de abril de 2010, la Médico Adjunto de Medicina Interna recoge que la paciente ingresó en su servicio el día 1 de julio de 2008 procedente de la Unidad de Cuidados Intensivos, presentando "una insuficiencia respiratoria en relación con insuficiencia cardíaca, tromboembolismo pulmonar, además de obesidad, tabaquismo y pleuritis tuberculosa antigua". En cuanto a la evolución posterior, señala que en "los primeros días se mantiene hemodinámicamente estable (...), en el 5º día presenta episodios de hipotensión (...), se realizan estudios para descartar otras patologías (...) evidenciando en el ETT una miocardiopatía dilatada con una disfunción del VI severa (FE 17%), además de insuficiencia mitral severa e hipertensión pulmonar severa. En el 7º día presenta otro episodio de hipotensión que se trata (...) con escasa respuesta, por lo que con diagnóstico

de shock cardiogénico (...) se traslada a Unidad de Coronarias del Servicio de Cardiología”.

La Responsable del Servicio de Cardiología informa con fecha 10 de mayo de 2010 que “no hay ninguna referencia en los cursos clínicos del Servicio de Cardiología a “que se había llegado tarde con el corazón” (...), en el momento de la valoración la paciente tenía 66 años y varias contraindicaciones para trasplante cardiaco siendo la fundamental la presencia de hipertensión pulmonar severa”.

6. Con fecha 3 de junio de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que “la evolución desfavorable no guarda relación con la atención sanitaria dispensada a esta paciente, sino que es consecuencia de complicaciones surgidas dentro del ámbito de los “riesgos típicos” y por la complejidad y severidad que fue tomando el proceso morboso sufrido por la enferma”.

7. Mediante escritos de 22 de junio de 2010, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias, y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. El día 27 de septiembre de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cinco especialistas en Medicina Interna.

En él afirman que “la miocardiopatía dilatada es aquella en la que hay una alteración de la función ventricular izquierda, derecha o ambas que produce dilatación cardiaca progresiva (...), como consecuencia aparece una insuficiencia cardiaca que puede tardar meses o años en aparecer. Habitualmente la evolución es rápida, siendo rara una supervivencia mayor de cuatro años (...). El diagnóstico se establece mediante la ecocardiografía”.

Concluyen que “la paciente falleció como consecuencia de un shock cardiogénico debido a empeoramiento de una miocardiopatía dilatada diagnosticada dos meses antes (...), en las dos primeras consultas la paciente no tenía insuficiencia cardiaca, la causa de la disnea era bronquial probablemente por agudizaciones de bronquitis crónica (...). Posteriormente aparecieron signos de insuficiencia cardiaca que orientaron y permitieron el diagnóstico de miocardiopatía dilatada que no tiene ninguna relación con la patología bronquial previa, sino que es una enfermedad nueva que la enferma no tenía antes (...). Por tanto no hubo error diagnóstico (...), la enferma no tuvo un infarto de miocardio”, la onda “Q que se observó en algunos electrocardiogramas corresponden a una Q posicional (...), la actuación seguida con esta paciente ha sido correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*”.

9. El día 18 de octubre de 2010, el Jefe del Servicio instructor notifica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una copia de los documentos obrantes en el expediente.

10. El día 20 de octubre de 2010, según diligencia extendida al efecto, la interesada se persona en las dependencias administrativas y retira una copia completa del expediente administrativo. No consta que haya presentado alegaciones.

11. Previa solicitud del Jefe del Servicio Jurídico del Sespa, el Jefe del Servicio instructor envía con fecha 28 de octubre de 2010 copia foliada, indexada y autenticada del expediente para su remisión al Tribunal Superior de Justicia de Asturias.

12. Con fecha 10 de febrero de 2011, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, basándose en idénticos argumentos a los expuestos en los informes emitidos.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 18 de marzo de 2011, registrado de entrada el día 23 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están los interesados -hijos de la fallecida- activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo una de las hijas actuar en nombre propio y en representación de sus hermanos, con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 31 de julio de 2009, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae causa -el fallecimiento de la perjudicada- el día 2 de agosto de 2008, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

No obstante, observamos que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis

meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

En todo caso, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la

Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- En el presente caso, los interesados fundamentan su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, al sostener que se ha producido un error de diagnóstico de la enfermedad de su madre, que conllevó un retraso diagnóstico que impidió la realización de un trasplante de corazón, lo que condujo finalmente a su fallecimiento.

El óbito ha quedado acreditado y, dejando ahora al margen la cuantificación o valoración económica que, en su caso, deba efectuarse, cabe presumir que los interesados han sufrido un daño moral que reúne los elementos necesarios para legitimar el ejercicio de la reclamación de responsabilidad patrimonial que examinamos.

Apreciada la existencia de unos daños reales, efectivos, individualizados y evaluables económicamente, debemos analizar si aquellos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio público sanitario y si han de juzgarse antijurídicos.

No obstante, antes de efectuar cualquier consideración en relación con el supuesto objeto de consulta, hemos de recordar, como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, que el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra un paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica y sanitaria aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio se extiende a la totalidad del servicio público sanitario, y por tanto a la fase de diagnóstico, sin quedar circunscrito a la del tratamiento

médico del paciente, sin que ello comporte el derecho de este a que se le garantice un diagnóstico acertado y precoz, sino a que se le apliquen las técnicas precisas disponibles en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. La declaración de responsabilidad se vincula, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- de los síntomas manifestados.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Los interesados sostienen en su reclamación la existencia de un error en el diagnóstico de la enferma, manifestando que no se percataron de la "miocardiopatía dilatada", limitándose a "diagnosticar asma por hiperreactividad", a pesar de "haber antecedentes de un infarto antiguo que la familia desconocía", y de "atribuirle al sistema nervioso un malestar propio" de la enfermedad "tan grave" de "carácter cardiológico" que padecía, añadiendo que debido al citado error se produjo un "diagnostico retardado" -junio de 2008- momento en el que ya no fue posible "hacerle un trasplante de corazón", por lo que entienden que el "tratamiento médico" fue "inadecuado" para la "lesión que presentaba".

Sin embargo, y pese a que les incumbe la carga de la prueba de las imputaciones que realizan, los reclamantes no han desarrollado la menor actividad probatoria, dejando transcurrir incluso el trámite de audiencia sin formular alegaciones o presentar los documentos y justificaciones que estimasen oportunas en apoyo de sus pretensiones. En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio sobre la adecuación a la *lex artis* de la asistencia sanitaria prestada a la perjudicada sobre la base de la documentación

que obra incorporada al expediente, y que ha sido aportada por la Administración sanitaria.

Los documentos y los informes médicos obrantes en el expediente ponen de manifiesto que el día 13 de febrero de 2008 la enferma acude a la consulta de Neumología del Hospital "X", por disnea, presentando una clínica "sugere de asma bronquial", acudiendo de nuevo al Servicio de Urgencias el día 24 de febrero con diagnóstico de "hiperreactividad bronquial". En abril de ese mismo año ingresa en el Servicio de Neumología de dicho hospital, siendo el diagnóstico "infección respiratoria con pequeño infiltrado basal derecho". El informe emitido por los especialistas a instancia de la compañía aseguradora afirma que "la buena respuesta al tratamiento broncodilatador" pautado no podría haber ocurrido si se tratase de "una disnea por insuficiencia cardiaca en la que los broncodilatadores no son efectivos, incluso pueden empeorar la situación". En el segundo episodio -continúa el informe- la disnea era debida a una "reacción bronquial desencadenada por una pequeña neumonía" que "respondió también bien al tratamiento", y que la reacción bronquial que padecía era "de tipo asmático que podía corresponder a asma o una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tipo bronquitis crónica", posibilidades ambas que fueron consideradas por los médicos que la atendieron; lo que sí se puede asegurar "es que la paciente no tenía datos que permitiesen hacer el diagnóstico de insuficiencia cardiaca" en aquellos momentos.

Sin embargo, cuando el día 11 de junio de 2008 la paciente es ingresada en el Servicio de Cardiología del Hospital "X", según se detalla en el informe del alta, padecía "disnea de reposo más tos y expectoración escasa (...), disnea progresiva (...), edemas maleolares", y en ese momento, realizada la correspondiente exploración física y las pruebas complementarias -electrocardiograma, Rx torax, ecocardiograma- la impresión diagnóstica es "miocardiopatía dilatada. Cuadro bronquial compatible con EPOC o asma bronquial. A descartar diabetes mellitus", diagnóstico en el que coinciden los

especialistas privados: “el día 11 de junio” la paciente “tenía al menos un criterio mayor (ortopnea) y dos menores (edema y disnea de esfuerzo)” por lo que la aparición de tales síntomas permitió el “diagnóstico de insuficiencia cardiaca”.

Por lo que atañe al reproche sobre la falta de información de que la paciente hubiese sufrido un “infarto anterior”, hemos de señalar que en el informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital “X” se aclara que los equipos de electrocardiografía “cuentan con unos lectores programados que tienen por finalidad orientar al médico general”, pero que, a criterio del especialista, “la paciente no sufrió un infarto”; en idéntico sentido comprobamos que en el informe de alta del Servicio de Cardiología no se hace mención alguna al respecto y que en el informe de los especialistas privados se afirma, tras analizar los trazados de los dos electrocardiogramas del día 11 de junio, que la paciente “no tenía onda Q” y, junto con ese dato, que “el infarto de miocardio queda absolutamente descartado con la coronariografía que se hizo posteriormente y que mostró unas arterias coronarias con pocas alteraciones y sin ninguna obstrucción completa”, que es lo que “se observa en un infarto de miocardio”.

Por otra parte, el informe del Responsable del Servicio de Cardiología del Hospital “Y” indica que en el momento de la valoración, la paciente presentaba “varias contraindicaciones para trasplante cardiaco siendo la fundamental la presencia de hipertensión pulmonar severa”, y en el mismo sentido, en el informe del cateterismo realizado el día 11 de julio de 2008, en el Hospital “Y”, consta “presión arterial pulmonar: 48/26” y “gasto cardiaco: 1.9”, lo que confirma “la presencia de hipertensión pulmonar severa”, que, junto “con el resto de antecedentes, contraindica la realización de un trasplante cardiaco” - según se aclara en el informe técnico de evaluación-. Por ello, los informes incorporados al procedimiento contradicen la imputación de los reclamantes sobre el hecho de que el trasplante no se pudo efectuar por el retraso en el diagnóstico.

Finalmente, tampoco podemos considerar acreditado lo que afirman los interesados en el sentido de que se les informó que “se había llegado tarde con el corazón (...) pues lo que tenía era asma cardial, proviniendo sus ahogos del corazón y no al contrario”, manifestación que el Responsable de Cardiología en su informe niega expresamente que se hubiese realizado, afirmando que “no hay ninguna referencia (a tal afirmación) en los cursos clínicos” del Servicio.

En definitiva, todos los informes médicos sostienen que la paciente padecía inicialmente un problema bronquial, y que la enfermedad diagnosticada produce posteriormente una dilatación cardíaca progresiva que conlleva una insuficiencia cardíaca que puede evolucionar de forma variada. En esta ocasión, según el informe de los especialistas privados, la “insuficiencia cardíaca” evolucionó “rápidamente a edema agudo de pulmón y shock cardiogénico”, a pesar de que “se pusieron en marcha todas las medidas disponibles, incluido el balón de contrapulsación”. Finalmente, afirman que la “miocardiopatía dilatada” no tiene “ninguna relación con la patología bronquial previa”, sino que es una “enfermedad nueva que la enferma no tenía antes”. Igualmente, todos ellos sostienen que la atención prestada a la paciente fue correcta, acorde a la *lex artis*, y que la evolución desfavorable no guarda relación con la atención sanitaria, sino con la evolución de su grave enfermedad.

Por todo ello, este Consejo considera que no ha quedado demostrada una mala práctica médica del servicio público sanitario en forma de diagnóstico erróneo o tardío al que pudiera imputarse el fallecimiento de la perjudicada, o que pudiera haber influido en el curso de la enfermedad o imposibilitado la realización del trasplante cardíaco. A nuestro juicio, sí queda acreditado que la perjudicada falleció como consecuencia del empeoramiento de la miocardiopatía dilatada que se le había diagnosticado dos meses antes, que con anterioridad a junio de 2008 no había sufrido un infarto, y que no fue posible el llevar a cabo un trasplante cardíaco por una serie de complicaciones que la propia paciente presentaba y que contraindicaban su realización.

Por tanto, al no concurrir nexo causal entre el fallecimiento de la madre de los interesados y el servicio público sanitario no cabe estimar la responsabilidad patrimonial que se pretende, lo que nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, debe desestimarse la reclamación formulada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.