

Expediente Núm. 101/2012
Dictamen Núm. 217/2012

V O C A L E S :

Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis,
Presidente en funciones
Fernández Pérez, Bernardo,
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 19 de julio de 2012, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente acuerdo:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 23 de abril de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 29 de julio de 2011, la esposa y uno de los hijos del perjudicado presentan en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida a dicho Servicio y a una compañía aseguradora, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la deficiente asistencia prestada a su esposo y padre, respectivamente, por el servicio público sanitario, que provocó su fallecimiento.

Refieren que "falleció el 21 de agosto de 2010 (...) por insuficiencia cardíaca refractaria de origen isquémico, tras haber ingresado en Traumatología por fractura de cadera", y consideran que el fallecimiento fue "consecuencia del grave deterioro coronario que sufría desde el año 1997, en que le fue diagnosticado IAM no transmural, enfermedad vascular periférica tipo claudicación intermitente", sin que en "los 10 años siguientes nunca" se le realizase un "cateterismo para determinar el grado de necrosamiento de las arterias coronarias", de manera que cuando se le practicó "solo pudo realizarse un bypass, siendo totalmente insuficiente para evitar su muerte". Manifiestan que cuando ingresa en el Hospital el día 12 de septiembre de 1997 presenta "hipertensión arterial de larga evolución sin tratamiento. Hipercolesterolemia", además de "dolor centrotorácico de 15 minutos de duración que cedió con una cafinitrina, persistiendo cierta molestia", y que "en Urgencias aparece de nuevo, cediendo con otra CFN". Tras detallar las pruebas complementarias que se le efectuaron destacan que, a pesar de que es "común y previo al infarto" que el paciente padezca una serie de síntomas -"hipertensión arterial, cansancio, claudicación, dolor en las pantorrillas al caminar, antecedentes de fumador, mareos, palpitación", es decir, que "tenía casi todos los antecedentes (...)-, no se le tuvieron en cuenta y no se le practicó un cateterismo", que, según señala "claramente" la "guía del enfermo coronario, cuya copia se acompaña", es la "única" prueba "para detectar con precisión el alcance de una afección coronaria". Relacionan, a continuación, las distintas ocasiones en las que acudió el paciente al citado centro hospitalario: con "fecha 7 de enero de 2001" por "dolor torácico", siendo visto por "Neumología", que le diagnostica un "derrame pleural paraneumónico complicado en resolución"; el 22 de enero de 2002 es visto por el Servicio de Cardiología, siendo dado "de alta con Aspirina infantil, Nitroderm"; el 9 de mayo de 2002 por "fractura de tobillo"; el 4 de julio de 2002, debido a los "dolores que aparecen después de los ejercicios de rehabilitación", es diagnosticado de "arteriosclerosis obliterante, obstrucción iliofemoral bilateral"; el 25 de julio se "le aprecia en el eco Doppler con destino cerebral, lesiones discretas no

operables"; el 27 de noviembre de 2003 presenta "dolor torácico", siendo la impresión diagnóstica de "isquemia crónica de grado II-a, arteriosclerosis obliterante y obstrucción iliofemoral derecha y fémoro-poplítea izda."; el 7 de enero de 2003 ingresa "para arteriografía", habiéndosele "practicado anteriormente un bypass aortobifemoral a ambas femorales comunes"; el 18 de febrero de 2004 por dolor abdominal, "tiene como antecedentes prótesis de cadera izquierda y en el posoperatorio presentó cuadro de dolor precordial, siendo valorado por Cardiología", añadiendo que "nada se hace respecto a" dicho "dolor"; el 23 de noviembre de 2006 por "dolor torácico que cede tras la toma de dos CFN", tampoco se le realiza "un cateterismo, ni un bypass"; el 15 de enero de 2007 "de nuevo por angina de mínimos esfuerzos", se le realiza "ecocardiograma y coronariografía" y se decide, a la vista de los resultados, "realizar cirugía aortocoronaria con implantación de bypass sobre descendente anterior"; el 4 de febrero de 2007 ingresa de nuevo por "cateterismo cardíaco de enfermedad coronaria de tres vasos", siendo intervenido el día 6 de febrero de 2007, "realizándole un bypass aortocoronario", aclarando que no se le pudo "realizar ningún otro bypass dado el deterioro de sus arterias coronarias, que no había sido detectado previamente porque no se le había realizado el correspondiente cateterismo", de hecho, "el informe refleja que en el posoperatorio sufrió una angina y en ese momento se le realiza cateterismo".

Exponen que dada "la negligencia" con la que "fue tratado" el paciente acudieron a "la medicina privada", realizándosele en la misma un "chequeo general", y detallan que en el Hospital se "le programa" para "implantación de marcapasos definitivo" y que se "le implanta". Así, reseñan que con fecha 14 de enero de 2010 es examinado en una clínica privada, siendo el diagnóstico de "miocardiopatía isquémica. Infarto anterior antiguo. Disfunción ventricular moderada-severa. Angina crónica estable. Grado funcional 2"; el día "2 de marzo de 2010" -en realidad 14 de febrero- es visto en un centro sanitario privado, diagnosticándosele "Scasest. Insuficiencia cardíaca. EPOC"; el "3 de marzo de 2010" ingresa en la clínica privada y, tras la realización de una serie de pruebas, se le implanta el día 5 un "desfibrilador automático"; con fecha 10

de marzo de 2010 ingresa "de nuevo" en la clínica privada por "disnea progresiva con ortopnea y disnea paroxística nocturna", volviendo a acudir a dicho centro sanitario el 19 de agosto de 2010, en que es enviado al Departamento de Cardiología por un "nuevo episodio de síndrome coronario". Concluyen que la "negligencia que se predica del Hospital consiste en que no practicó la prueba idónea, consistente en un cateterismo, en el año 1997", la cual "hubiera evidenciado las lesiones coronarias que padecía" y que fueron la "causa de su pésima calidad de vida y, finalmente, de su fallecimiento".

Solicitan una indemnización por importe de 81.634,87 € para la viuda y de 9.070,54 € para cada uno de los hijos, más "los correspondientes intereses legales".

Adjuntan los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Medicina Intensiva de la clínica privada en la que ingresó "en planta de Traumatología" el día 19 de agosto de 2010 por "fractura de cadera". En él consta que es trasladado "a la Unidad el día 19/08 por un nuevo episodio de síndrome coronario agudo" y que no hay "respuesta favorable al tratamiento", por lo que fallece "el día 21/08". b) Copia de las certificaciones del Registro Civil que acreditan el parentesco de los reclamantes con el fallecido. c) Acta de notoriedad por la que se declara a los reclamantes herederos abintestato del fallecido. d) Copia de los informes citados en el escrito de reclamación, emitidos por los centros hospitalarios, públicos y privados, a los que acudió el paciente.

2. El día 4 de agosto de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente.

3. Mediante escrito notificado a los reclamantes el día 24 de agosto de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios les comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, les

requiere para que acrediten "la capacidad de representación" en relación con uno de los hijos del fallecido, "para el que se solicita una indemnización pero no figura en la reclamación".

4. Con fecha 2 de septiembre de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios el informe emitido por el Servicio de Cardiología. En él se detalla que el paciente, "con antecedentes de exfumador, bebedor de 1-2 litros de vino/día y sidra, hipertensión arterial e hipercolesterolemia sin tratamiento, intervención de leucoplasia en cuerda vocal y hernia inguinal, claudicación intermitente y hepatitis vírica por virus A", ingresa en el Servicio de Cardiología "en septiembre de 1997 por IAM lateral septal", recibe "tratamiento fibrinolítico con signos de reperfusión" y, tras ser estabilizado, se le realizó "estratificación de riesgo con ecocardiograma y ergometría" que demostraron "función de ventrículo izquierdo conservada sin asinergias significativas, negatividad clínica y positividad eléctrica a altas cargas (doble producto elevado)"; ante dichos hallazgos se "decidió alta con tratamiento para prevención secundaria y seguimiento ambulatorio", siguiendo las revisiones en el Servicio de Cardiología -consultas externas- "hasta enero de 2002", y, puesto que se mantiene "estable", es dado de "alta para seguimiento y control de factores de riesgo por su médico de Atención Primaria". Señala que en "enero de 2001 ingresó por neumonía en Neumología", en "marzo de 2002 en Traumatología por fractura de ambas piernas", en "noviembre de 2002" fue intervenido de "bypass aortobifemoral a ambas femorales", en "enero de 2004 de pancreatitis aguda", en "febrero de 2004 (...) de colecistectomía", presentando en el "posoperatorio (...) un cuadro de dolor precordial sin cambios eléctricos" que "cede con una cafinitrina", siendo "valorado por Cardiología". Añade que en "noviembre de 2006 ingresa por dolor torácico sin cambios eléctricos ni enzimáticos, por lo que una vez estabilizado se decide el alta"; en "enero de 2007 ingresa por angina de mínimos esfuerzos a pesar de tratamiento", por lo que se "decide realizar cateterismo" donde se objetiva "una

coronaria izquierda con lesión significativa y larga en tronco y origen de descendente anterior pero con buen lecho distal” y una “circunfleja con lesiones significativas y con mal lecho distal (no pontable)”, presentando la coronaria derecha “lesiones no significativas y buen lecho distal”. Tras su estudio se decide “realizar cirugía aortocoronaria con implantación de bypass”, la cual se practica “en febrero de 2007”, presentando en el “posoperatorio” una “angina”, por lo que se “realiza cateterismo observando permeabilidad del bypass”; en “octubre de 2008 acude a Urgencias por síncope” y, tras ser valorado por Cardiología, se decide la “suspensión de antagonista del calcio” y se valora el “implante de marcapasos si persiste la clínica”.

5. El día 14 de septiembre de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos y proceder a su valoración, señala que el perjudicado es un “paciente con importante pluripatología, especialmente de carácter vascular”, que fue “correctamente atendido en todo momento”, por lo que no se puede pretender que “la no realización de un cateterismo en 1997 haya modificado la evolución” del mismo “a lo largo de los trece años siguientes”, concluyendo que la reclamación debe ser desestimada.

6. Mediante escritos de 3 de octubre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite una 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.

7. El día 9 de diciembre de 2011, dos de los reclamantes presentan en una oficina de correos un escrito en el que, tras manifestar que la reclamación presentada “no se ha resuelto” y que no se les “ha dado traslado del expediente”, solicitan la “exhibición” del mismo.

8. Con fecha 9 de febrero de 2012, se notifica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente, concediéndoles un plazo de diez días para “acreditar su capacidad de representación” con respecto a uno de los hijos del fallecido, para el que se solicita una indemnización pero no figura en la reclamación.

Según diligencia extendida el día 14 del mismo mes, una de los reclamantes se persona en las dependencias administrativas y obtiene una copia de los doscientos diecinueve (219) folios numerados que integran el expediente.

Con fecha 20 de marzo de 2012, la interesada, “en nombre propio y en el de su hijo” -aporta poder al efecto de quien formula la reclamación con ella-, presenta en el registro del Servicio de Salud de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se opone al informe emitido por el Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios, ya que “en ningún momento puede justificar la ausencia de (...) un cateterismo en el año 1997”. Añade que un doctor que “conocía personalmente al fallecido” afirma en su informe que “el cateterismo practicado en el mes de enero de 2007 debería haberse realizado a raíz de su cuadro de IAM no transmural de localización lateral y septal el día 12 de septiembre de 1997”. Adjunta el informe mencionado de fecha 16 de febrero de 2012.

Posteriormente, el día 26 de marzo de 2012, la reclamante, en nombre propio y en el de su hijo, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un nuevo informe elaborado por un especialista en Traumatología y Ortopedia en el que se detalla la evolución del paciente. En él se ratifica la conclusión a la que se llegó en el informe anterior y añade que una vez realizado el cateterismo en el año 1997 se debería haber practicado “el tratamiento adecuado que posteriormente se efectuó, con lo cual” la calidad de vida durante esos “diez años hubiera sido satisfactoria”.

9. Mediante escrito de 27 de marzo de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite una copia “de las alegaciones presentadas” a la compañía aseguradora.

10. Con fecha 28 de marzo de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, basándose en argumentos similares a los recogidos en el informe técnico de evaluación. Señala, además, que en el “escrito inicial” firmado por la viuda y por uno de los hijos se solicita “una indemnización para la primera y para cada hijo”; sin embargo “no han acreditado tener la representación” del otro hijo “en cuyo nombre dicen actuar, solicitando para él una indemnización”, consecuentemente “cabe desestimar la reclamación efectuada en su nombre por falta de representación”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de abril de 2012, registrado de entrada el día 2 del mes siguiente, 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 Sanidad, 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 la esposa y los hijos del fallecido activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

Ahora bien, advertimos que quienes suscriben el escrito de reclamación solicitan una indemnización tanto para ellos -viuda e hijo- como para otro hijo, aunque no consta que tengan atribuida la representación de aquel. La Administración, que había dirigido a los reclamantes dos requerimientos de subsanación -18 de agosto de 2011 y 31 de enero de 2012- relativos a la acreditación de la representación, ha continuado la tramitación del procedimiento, concluyendo al respecto que "cabe desestimar la reclamación efectuada" en nombre de dicho hijo del fallecido "por falta de representación". Dado que no consta la acreditación de la representación del mencionado hijo, a pesar de los requerimientos realizados, debemos entender que los interesados no están legitimados para reclamar en su nombre. En consecuencia, la reclamación de daños morales de ese hijo debe ser desestimada.

Con respecto a la legitimación pasiva, hemos de señalar que, a pesar de que consta recogido en los antecedentes que la reclamación se dirige contra el Servicio de Salud del Principado de Asturias y una compañía de seguros, entendemos que la terminología empleada no desvirtúa la pretensión de los interesados, que no es otra que reclamar la responsabilidad patrimonial a la Administración sanitaria. Por ello, a la vista del escrito presentado por los reclamantes, resulta correcta la tramitación del oportuno procedimiento de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, estando el Principado de Asturias 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 29 de julio de 2011, habiendo tenido lugar el fallecimiento del que trae origen el día 21 de agosto de 2010, 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.

Sin embargo, se aprecia 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.

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 no se ha realizado “la prueba idónea, consistente en un cateterismo, en el año 1997”, la cual hubiera “evidenciado” las lesiones coronarias que padecía su esposo y padre, respectivamente, lo que impidió aplicar un tratamiento adecuado a la afección que finalmente condujo a su fallecimiento.

La realidad del fallecimiento ha quedado acreditada 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 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 opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, 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- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del

carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

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.

En el supuesto que nos ocupa, los reclamantes imputan a la Administración sanitaria el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, como consecuencia de un diagnóstico incompleto o insuficiente por la falta de realización de una prueba -cateterismo- que, según sostienen, hubiera permitido conocer al alcance de la lesión coronaria que padecía y así llevar a cabo de forma inmediata la intervención de cirugía aortocoronaria a la que fue sometido después de años.

Los interesados plantean en su reclamación la existencia de "una negligencia" que "consiste en que no se practicó la prueba idónea" -cateterismo- en el año 1997 que "hubiera evidenciado las lesiones coronarias" que padecía y que fueron "la causa de su pésima calidad de vida y, finalmente", del "fallecimiento". En concreto, entienden que "a raíz de su cuadro de IAM" y de los antecedentes -hipertensión arterial, cansancio, mareos, palpitaciones- no se le realizó "la única prueba para detectar con precisión el alcance de una afección coronaria". Refieren, asimismo, que no es hasta su ingreso de "15 de enero de 2007" cuando se decide practicar cirugía aortocoronaria con implantación de bypass"; intervención que se lleva a cabo "el 6 de febrero de 2007" sin que se le pueda "realizar ningún otro bypass dado el deterioro de sus arterias", que "no había sido detectado previamente porque no se le había realizado el correspondiente cateterismo".

Los reclamantes aportan como base de su reclamación dos informes médicos privados en los que se detalla la evolución del paciente y se concluye que el cateterismo que se le realizó en el mes de enero de 2007 debería

haberse efectuado el día 12 de septiembre de 1997; añadiendo el segundo de ellos que "tras" el mismo habría de pautársele "el tratamiento adecuado", que resultó "positivo", al obtener el paciente "una mejoría clínica importante".

La necesidad de haber efectuado un cateterismo en los momentos iniciales de la atención sanitaria prestada al enfermo en el año 1997 la defienden los interesados indicando que, puesto que sufrió un infarto y dada la sintomatología que presentaba, se debió seguir la "guía del enfermo coronario", que señala "claramente que el cateterismo es la única prueba para detectar con precisión el alcance de una afección coronaria"; afirmación esta última que en modo alguno resulta corroborada por ninguno de los dos informes privados por ellos aportados, los cuales se limitan a indicar que se debería haber realizado en aquellos momentos -una vez conocida la evolución del paciente-, pero sin señalar en ningún momento que el cateterismo en el año 1997 fuese la única prueba para detectar una afección coronaria, ni que las pruebas que se le efectuaron al paciente no fueran las indicadas en función de los síntomas que manifestaba y de los resultados obtenidos. Por el contrario, y en relación con ese periodo, en el informe del Servicio de Cardiología del hospital público donde fue atendido consta que el paciente ingresó -26 de septiembre de 1997- por "IAM", que recibió "tratamiento fibrinolítico" y que una vez "estabilizado" se le "realizó estratificación de riesgo con ecocardiograma y ergometría" que demostraron "función de ventrículo izquierdo conservada sin asinergias significativas, negatividad clínica y positividad eléctrica a altas cargas", por lo que ante dichos "hallazgos se decidió alta con tratamiento para prevención secundaria y seguimiento ambulatorio" en consultas externas; concluyendo, al respecto de dicha actuación, el informe técnico de evaluación "que en ningún caso" estaba "justificado otro tipo de pruebas o tratamientos" y que "la realización de un cateterismo" en aquel momento no "hubiese modificado la evolución posterior del proceso".

También reprochan los reclamantes que cuando el paciente, el día "18 de febrero de 2004, ingresa por dolor abdominal" y presenta en el "posoperatorio" un cuadro de "dolor precordial", aunque es "valorado por

Cardiología”, nada “se hace respecto” a dicho dolor, y que lo mismo ocurre el “23 de noviembre de 2006”, cuando nuevamente ingresa por “dolor torácico” y tampoco “se le realiza un cateterismo”. Sin embargo, los informes médicos aportados por los propios reclamantes, tras detallar los citados ingresos hospitalarios, en ningún momento afirman que las pruebas realizadas no fueran las apropiadas a las patologías que presentaba, ni que los diagnósticos no fueran los adecuados. Tampoco corroboran, como indican los interesados, que “se le realizó el único baypass posible”, ni que fuera “demasiado tarde”; al contrario, consta en el informe emitido el día 1 de julio de 2009 por una clínica privada -incorporado al expediente por los propios reclamantes-, dentro del apartado impresión diagnóstica, cardiopatía isquémica “compensada con baypass bilateral y medicación”, isquemia de miembros inferiores “controlada por baypass bilateral y medicación”.

Además, en el informe elaborado por el Departamento de Cardiología de otra clínica privada, en relación con una consulta efectuada el 14 de enero de 2010, se citan en el apartado anamnesis únicamente el diagnóstico de 1997, “IAM lateral y septal”, y el de 2007, “angina de mínimos esfuerzos”, sin que conste referencia alguna a los episodios ocurridos entre ambas fechas, lo que supone que no debieron considerarse relevantes, resultando corroborada dicha apreciación por el informe del Servicio de Cardiología del Hospital, en el que se señala que en los procesos sufridos entre enero de 2001 y enero de 2004 -neumonía, fractura de ambas piernas, bypass aortobifemoral, pancreatitis aguda- el paciente no tuvo “ninguna complicación cardiológica”, añadiendo que en febrero de 2004 es intervenido de “colecistectomía” y presenta en el posoperatorio un cuadro “de dolor precordial sin cambios eléctricos” que cede con “una cafinitrina”, siendo “valorado por Cardiología” y constando al respecto en el informe de alta que en dicho momento se encuentra “asintomático”. Precisa, asimismo, este último informe que en noviembre de 2006 ingresa “por dolor torácico, sin cambios eléctricos ni enzimáticos”, por lo que una “vez estabilizado se decide el alta”, detallándose en el informe correspondiente que el paciente “refiere dos episodios de dolor centrotorácico” que “ceden tras la

toma de 2 CFN". Por último, consigna el informe emitido por el Servicio de Cardiología del hospital público que en enero de 2007 ingresa "por angina de mínimos esfuerzos a pesar del tratamiento", por lo que se decide realizar "cateterismo" y, tras los resultados, "cirugía aortocoronaria con implantación de bypass", obteniendo así una mejoría en su estado clínico importante y una calidad de vida muy satisfactoria, a tenor de los dos informes privados aportados por los interesados.

Por tanto, no podemos estimar retraso o conducta negligente en la asistencia prestada, dado que se analizaron y trataron en cada instante los síntomas que el paciente presentaba. Tal como se señala en el informe técnico de evaluación, consideramos que "fue correctamente atendido en todo momento", siendo la actuación sanitaria "correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la lex artis".

En definitiva, este Consejo considera acreditado que desde el año 1997 hasta el año 2007, en los distintos ingresos hospitalarios que tuvo el paciente, se le realizaron numerosos estudios y distintas intervenciones quirúrgicas en función de las patologías que presentaba. La apreciación realizada en los informes médicos aportados por los interesados, de que debería haberse realizado el cateterismo en el año 1997 y a continuación el bypass, conlleva la presunción de que en aquel momento el paciente ya tenía la patología coronaria que manifestó diez años después, lo que no deja de ser una sospecha diagnóstica que se construye una vez conocido el resultado final, buscando retrospectivamente sus posibles causas. No queda probado que el enfermo mostrase entonces ni posteriormente -hasta el año 2007- clínica ni dato alguno que aconsejase la realización de pruebas o de tratamientos o conductas asistenciales diferentes a las seguidas, por lo que no ha quedado demostrada una mala práctica médica del servicio público sanitario a la que pudiera serle imputable el fallecimiento del perjudicado.

Por tanto, al no concurrir nexo causal entre el fallecimiento del esposo y padre de los interesados y el servicio público sanitario no cabe estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial que se pretende, no habiendo

quedado acreditado un retraso diagnóstico, ni un seguimiento inadecuado del enfermo, 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, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.