

Expediente Núm. 293/2014  
Dictamen Núm. 1/2015

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*García Gutiérrez, José 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 9 de enero de 2015, con asistencia de los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 9 de diciembre de 2014 -registrada de entrada el día 16 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios derivados de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 17 de junio de 2014, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Manifiesta que “sobre el mes de enero de 2011” comienza a sentir “extrasístoles en reposo”, por lo que acude varias veces “al médico de cabecera y a los Servicios de Urgencia de Atención Primaria”, siendo remitido al Servicio

de Cardiología del Hospital "X", que en marzo de 2011 informa "que no existe cardiopatía". Sin embargo, en noviembre de 2011 y junio de 2012 se dirige nuevamente a los Servicios de Atención Primaria con los mismos síntomas, sin que se le practiquen pruebas ni se le efectúe diagnóstico alguno. Señala que el 27 de junio de 2012 es atendido de nuevo por el Servicio de Cardiología, que acuerda citarlo para realizar un "Holter", y que el 18 de noviembre del mismo año vuelve al Servicio de Urgencias del Hospital "X" al sentir "taquicardias, mareos y sensación nauseosa", precisando que en ese momento no se observan síntomas de patología cardíaca y que en diciembre de 2012 su médico de Atención Primaria le prescribe tranquilizantes.

Refiere que dada la persistencia de los síntomas, y "a la vista de que los servicios médicos públicos no le diagnostican nada, descartando cualquier patología y prescribiéndole únicamente tranquilizantes", el 27 de noviembre de 2012 acude a la Clínica "Y". Resalta que el 29 de noviembre de 2012 "la médica de cabecera" le diagnostica "angina de pecho sin ningún tipo de base médica", y que desde esa fecha "queda en situación de baja laboral". Reseña que encontrándose en dicha situación "acude asiduamente al médico de cabecera, el cual únicamente le comenta cuestiones relativas a su situación de baja laboral (...), sin que se solicitara la realización de ninguna otra prueba (...); incluso le llega a sugerir la posibilidad de que sea un problema psicológico". Por ello, acude a una psicóloga privada entre diciembre de 2012 y enero de 2013, que descarta "una causa psicológica en la problemática, e indica una causa física, señalando que un factor ansioso no explica (la) subida repentina de pulsaciones".

Añade que el 8 de enero de 2013 acude al Servicio de Urgencias del Hospital "X" "por los mismos problemas de palpitaciones y mareos". En ese momento es valorado por un psiquiatra que informa que "no se exploran síntomas psicóticos ni alteraciones de la sensopercepción. No ideación o intencionalidad autolítica. No heteroagresividad", anotándose en el apartado de impresión diagnóstica "a descartar trastorno de pánico con agorafobia vs patología orgánica".

Afirma que a pesar de que se objetivaba una "taquicardización inapropiada" no se prestó una atención adecuada a su problemática, ya que se

le diagnosticó un "síndrome de ansiedad" y se le prescribieron tranquilizantes. Especifica que en febrero de 2013 se le realiza el "Holter" y se informa "que no precisa tratamiento por el Servicio de Cardiología", por lo que ha de valorarse "su remisión a Medicina Interna para descartar una disfunción del sistema autonómico". Indica que "a pesar de ello los servicios médicos siguen considerando como causa de su problemática la (...) psicológica, sin remitirle a ningún otro servicio".

Ante esta situación decide "acudir a servicios médicos privados", reseñando que "durante los primeros meses de 2013 (...) realiza diversas pruebas (...) hasta que el 20 de junio de 2013 se emite informe por el Servicio de Medicina Interna del Centro `A´", en el que se concluye que "este paciente presenta un cuadro de disautonomía de causa no esclarecida, quizá primaria, de expresión simpático-cardíaca, en forma de taquicardias sinusales, autolimitadas (...), todo lo cual, al ser muy repetitivo, explicaría la sintomatología y la limitación funcional que presenta (...). Los estudios cardiológicos no han mostrado aparente lesión estructural, aunque sería necesario realizar una valoración por una Unidad de Arritmias (...). Los estudios endocrinológicos tampoco han mostrado alteraciones significativas (...). Los estudios digestivos han mostrado un reflujo gastroesofágico (...). El estudio psicológico tampoco parece mostrar psicopatología de fondo, si acaso una comprensible reacción de ansiedad ante la limitación funcional que produce toda esta clínica en el paciente". Se le recomienda "una consulta preferente con la Unidad de Arritmias" del Hospital "Z", que "se eviten los esfuerzos" y "proseguir con la baja laboral".

Refiere que a pesar de esta recomendación recibe el alta el 1 de julio de 2013, por lo que, "puesto que continuaba con los problemas de salud que le impedían trabajar (...), se ve obligado a solicitar una excedencia en su puesto de trabajo; situación en la que continúa en la actualidad". El 24 de julio de 2013 acude al Servicio de Cardiología del Hospital "X", que refiere "por primera vez" la posibilidad de un "(síndrome) de disautonomía primaria con taquicardia sinusal refleja como parte de la sintomatología (...). Se le explica que este problema no corresponde a la presencia de taquiarritmias patológicas y que es improbable que se solucione con un EEF. Se contactará con (la) Unidad de

Arritmias para confirmar que comparten esta opinión. Recomiendo valoración por Neurología (hago solicitud)". Añade que el 5 de agosto de 2013 acude al Servicio de Neurología del Hospital "X", que hace constar como impresión diagnóstica "disautonomía primaria. No hay datos de afectación neurológica a otro nivel en el momento actual". En septiembre de 2013 acude a la Unidad de Arritmias del Hospital "Z" y se le prescribe "el tratamiento que actualmente está siguiendo, siendo esta la primera ocasión en que la medicación (...) mejora ligeramente la problemática".

Con fecha 13 de noviembre de 2013 acude al Servicio de Urgencias del Hospital "Z", "ya que se encuentra pendiente de revisión con el Servicio de Cardiología de arritmias", informándosele que "no tiene revisión con la Unidad de Arritmias hasta febrero de 2014, y continúa con su problemática sin mejoría, siendo derivado" a dicha consulta "por si fuera posible adelantar la consulta y ajustar el tratamiento". Indica que acude "al Servicio de Neumología del Centro "A" por sensación de obstrucción localizada a nivel de la garganta, con ruidos al respirar". El informe emitido el 21 de noviembre de 2013 señala que es "probable que tenga una hiporreactividad con inflamación a nivel laringotraqueal (...), y (que) quizás pueda tener alguna relación con el dermatografismo tan positivo que presenta".

El 8 de noviembre del mismo año es atendido en el Servicio de Otorrinolaringología del mismo centro privado "por pérdida de audición con acúfenos debido a la disautonomía que presenta". En diciembre de 2013 "decide acudir a un centro especializado en Málaga", donde se "deja constancia de que se aprecia un gran desequilibrio entre el sistema autónomo simpático y parasimpático, simplemente apreciable durante una conversación normal en reposo".

Considera que "los servicios sanitarios públicos nunca llegaron a diagnosticar correctamente la problemática", y que ha tenido que ser el reclamante quien, "acudiendo a servicios médicos privados, consiguió que le fuera diagnosticada la problemática sanitaria que padece./ Los servicios médicos públicos únicamente habrían ido asumiendo el diagnóstico que constaba en los informes médicos privados que (el reclamante) les facilitaba". Por ello, entiende que se produjo "una ausencia de diagnóstico de la dolencia

(omisión diagnóstica), así como en el retraso del diagnóstico correcto”, que supuso una “pérdida de oportunidad para el paciente en orden al tratamiento de la enfermedad”, por lo que estima que se cumplen los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Valora el daño ocasionado en ciento dos mil quinientos noventa y nueve euros con veintitrés céntimos (102.599,23 €), que desglosa en los siguientes conceptos: daños sufridos, 90.000 €; lucro cesante debido a la situación de excedencia en su puesto de trabajo, 10.800 €, y gastos médicos, 1.799,23 €.

Adjunta, entre otros, los siguientes documentos: a) Hojas de episodios de su centro de salud, en las que se recogen los de arritmia cardíaca el 9 de febrero de 2011 y el de angina de pecho el 29 de noviembre del mismo año. b) Informe del Servicio de Cardiología del Hospital “X”, de fecha 17 de marzo de 2011, en el que se indica “no datos que sugieran cardiopatía”. c) Informe del mismo Servicio, emitido el 27 de junio de 2012, en el que no figura diagnóstico y se precisa que “se le citará para Holter”. d) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital “X”, de 18 de noviembre de 2012, en el que se establece la impresión diagnóstica de “palpitaciones sin signos de patología cardiológica aguda en el momento actual”, y como tratamiento “evitar excitantes y ejercicio físico intenso hasta que realice el Holter”. e) Informe de la Clínica “Y”, donde consta la práctica de Holter y se señala “sin evidencia de cardiopatía estructural (...). Taquicardia supraventricular (a descartar taquicardia sinusal inapropiada vs. taquicardia supraventricular)”. f) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital “X”, de 8 de enero de 2013, en el que se consigna como impresión diagnóstica “(síndrome de) ansiedad”. g) Informe psicológico privado, de 10 de enero de 2013, en el que señala que “un factor ansioso no explica dicha subida de las pulsaciones (...). Recomendando exploración médica”. h) Informe del Servicio de Cardiología del Hospital “X”, de 11 de febrero de 2013, en el que tras la realización de “Holter” se considera que “no precisa tto. por nuestra parte” y “valorar remitir a MI para descartar disfunción del sistema autónomico”. i) Informe del Servicio de Medicina Interna del Centro “A”, emitido el 20 de junio de 2013, en el que se indica que “este paciente presenta un cuadro de disautonomía de causa no esclarecida, quizá primaria, de expresión simpático-cardíaca, en forma de taquicardias sinusales,

autolimitadas". j) Informe del Servicio de Cardiología del Hospital "X", de 24 de julio de 2013, en el que se consigna como impresión diagnóstica "posible (síndrome) de disautonomía primaria con taquicardia sinusual refleja como parte de la sintomatología", y que se explica que "este problema no corresponde a la presencia de taquiarritmias patológicas (...). Recomendando valoración por Neurología". k) Informe del Servicio de Neurología del mismo hospital, de 5 de agosto de 2013, en el que se diagnostica "disautonomía primaria. No hay datos de afectación neurológica a otro nivel en el momento actual". l) Informe del Área de Urgencias, de 4 de febrero de 2014, de la Unidad de Neurofisiología de la Fundación General de la Universidad de Málaga, en el que se indica como juicio clínico "posible síndrome de hiperactividad adrenérgica de predominio cardíaco./ Posible primer estadio de una intolerancia ortostática asociada a probable taquicardia postural ortostática". ll) Partes médicos de alta de incapacidad temporal. m) Varias nóminas correspondientes a su puesto de trabajo. n) Facturas de dos centros médicos privados por importes de 445,90 € y 1.353,33 €.

**2.** El día 23 de junio de 2014, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a las Gerencias de las Áreas Sanitarias III y IV una copia de las historias clínicas del paciente obrantes en los archivos de los respectivos centros, así como la emisión de un informe por parte de los servicios afectados.

**3.** Mediante escrito notificado al perjudicado el 24 de junio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le 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.

**4.** Con fecha 4 de julio de 2014, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios la historia clínica del interesado.

Los días 8 y 30 del mismo mes, le envía los informes elaborados por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital "Z" y por el responsable de la Unidad de Arritmias del mismo centro.

En el informe realizado el 7 de julio de 2014 por el Servicio de Urgencias se señala que el 30 de septiembre de 2013 el paciente "acudió a Urgencias (...) refiriendo malestar general, náuseas y cefalea. Fue valorado por un facultativo y se solicitaron pruebas diagnósticas (hemograma y bioquímica básica) sin objetivarse alteraciones de interés (...), derivándolo a control por su médico de Atención Primaria". El 10 de mayo de 2012 fue atendido en el mismo Servicio "refiriendo escasa mejoría con el tratamiento pautado en la Unidad de Arritmias de Cardiología (...) y 'buscando una solución a su problema, porque refiere no tener consulta en la Unidad de Arritmias hasta febrero'. Es derivado (...) a la Unidad de Arritmias para intentar adelantar la consulta".

La Unidad de Arritmias señala el día 25 del mismo mes que "el paciente (...) acudió a la consulta (...) el día 23 de septiembre de 2013 remitido desde el Servicio de Cardiología del Hospital "X"./ El motivo de consulta fue el de sensación de taquicardización en relación a cambios posturales y ejercicio físico. Previamente se había realizado una evaluación cardiológica con ecocardiograma ergometría, Holter y mesa basculante sin detectar patología orgánica y arrojando una sospecha diagnóstica de disautonomía primaria./ El ECG realizado el 23 de septiembre de 2013 no mostraba alteraciones. Se pautó ivabradina y se remitió a una nueva consulta que se realizó el 3 de marzo de 2014. En dicha consulta el paciente refiere mejoría sintomática de sus palpitaciones (...). El 3 de junio de 2014 se realizó test de esfuerzo (...) que demostró (...) una taquicardización precoz sin otras alteraciones. El 8 de julio de 2014 se realizó Holter en el que se aprecia una frecuencia cardíaca (...) que se considera como normal./ Respecto a la clínica cardiológica, esta puede ser secundaria a la disautonomía diagnosticada, por lo que no se trata de una patología orgánica sino más bien de un síntoma que, como tal, se trató con ivabradina, mejorando clínicamente (...). El planteamiento es mantener dicho tratamiento sin plantearse otras medidas por parte de la Unidad de Arritmias".

5. El día 9 de julio de 2014, el Director Económico y de Recursos Humanos de la Gerencia del Área Sanitaria III envía al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios la historia clínica del reclamante y los informes emitidos por los Servicios de Neurología, Urgencias, Cardiología y Psiquiatría. El 18 del mismo mes le traslada el informe elaborado por un facultativo de su centro de salud.

En el informe realizado por el Servicio de Neurología el día 4 del mismo mes se indica que el reclamante "fue valorado una única vez (...), el día 05-08-2013 (...), emitiendo el diagnóstico de disautonomía primaria. Diagnóstico correcto./ Se solicitó Datscan para completar estudios valorando la vía dopaminérgica./ La solicitud se hizo a S. Medicina Nuclear" del Hospital "Z". Dicha "solicitud consta como emitida./ Desconocemos si el paciente llegó a hacer o no la prueba, e incluso si fue citado o no por el (...) Servicio (...). Nunca se ha recibido el resultado./ No constan más consultas en Neurología del citado paciente".

El Jefe de la Unidad de Urgencias informa en la misma fecha que "esta persona ha sido atendida en tres ocasiones (...) por la causa motivo de la reclamación./ El 1 de junio de 2012 acude por palpitaciones relacionadas con esfuerzo, siendo la impresión diagnóstica de palpitaciones sin signos de patología cardiológica aguda en ese momento, solicitando consulta para estudio al Servicio de Cardiología./ La consulta en Cardiología se realiza el día 27 de junio de 2012, no precisando un diagnóstico concreto y citando al paciente para Holter. Hacía poco más de un año había sido valorado por Cardiología, no apreciando datos sugestivos de cardiopatía./ Acude de nuevo a Urgencias (...) los días 18 de noviembre de 2012 y 8 de enero de 2013 por palpitaciones y mareo, no apreciando signos de cardiopatía y siendo valorado por el Servicio de Psiquiatría. Todavía pendiente de Holter./ El 11 de febrero de 2013 se realiza Holter en el que no se aprecian alteraciones significativas, indicando el cardiólogo la posibilidad de remitir al paciente a Medicina Interna para descartar disfunción del sistema autonómico".

El 7 de julio de 2014 el Servicio de Cardiología emite informe en el que consta que "el paciente fue valorado en las siguientes fechas: 17-03-2011 (...), tanto la exploración clínica como el electrocardiograma son normales, por lo

que se concluye que no hay datos de cardiopatía./ 27-06-2012 (...), la clínica que refiere el paciente es compatible con extrasistolia en relación con el esfuerzo, sin objetivarse otros datos que sugieran cardiopatía". Se solicita "estudio con Holter", que se realiza el 11 de febrero de 2013. De los datos objetivados en la misma se extrae que los "parámetros de frecuencia pueden ser considerados normales para la edad del paciente", añadiéndose que "no obstante, dado que (...) sigue refiriendo clínica de palpitaciones (...), se sugiere que (...) sea remitido a Medicina Interna para descartar una disfunción del sistema autonómico". El 27 de julio de 2013 es valorado de nuevo "por persistir con síntomas de taquicardia refleja con mínimos esfuerzos, y se le explica que (...) su problema no corresponde a taquiarritmias patológicas", aunque se remite a la Unidad de Arritmias para su valoración. Concluye que "lo que se deduce del cuadro clínico (...) es que no se encuentra ninguna patología cardíaca estructural subyacente y que el cuadro podría corresponder a una disautonomía primaria (...). Los informes de otros centros que aporta el paciente hablan de posible síndrome de hiperreactividad adrenérgica o posible primer estadio de intolerancia ortostática asociada a probable taquicardia postural ortostática. En ninguno de los informes se llega a un diagnóstico de certeza".

En el informe elaborado por el Servicio de Salud Mental el 7 de julio de 2014 se indica que el "paciente acude por primera vez (...) el 14 de enero de 2013 derivado tras ser visto en Urgencias del Hospital "X". Tras dos consultas con el psiquiatra del Equipo no se le pautó tratamiento farmacológico y es derivado para seguimiento por psicólogo clínico./ En la exploración psicopatológica destaca:/ No síntomas psicóticos. No sintomatología ansiosa. No clínica afectiva. El paciente refiere haber sido diagnosticado de disautonomía, lo que afirma interfiere significativamente en su vida cotidiana y laboral (...). Continuará tratamiento psicoterapéutico en el centro. No existe demanda de ayuda clara por parte del paciente, si bien se le derivó a terapia de relajación, acudiendo a las citas programadas, y se le dio cita de seguimiento con el fin de valorar su evolución y el afrontamiento de las limitaciones que refiere actualmente".

El facultativo de su centro de salud informa, el 16 de julio de 2014, que ve "por primera vez al paciente el día 3 de abril de 2013, solicitándome baja laboral por consejo del Servicio de Medicina Interna de un hospital privado (...). Lo mantengo de baja hasta el 1 de julio de 2013 y no volví a tener contacto con él. Durante este tiempo estuvo haciendo pruebas para descartar un (síndrome) de disautonomía cardiovascular./ Fue visto también por Salud Mental (...) y por Cardiología (...), que (le) remitió a la Unidad de Arritmias" del Hospital "Z".

**6.** Con fecha 27 de agosto de 2014, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras reseñar los antecedentes del caso, aclara que "las disautonomías pueden clasificarse en primarias, o de etiología desconocida, o secundarias, cuando son el resultado de una enfermedad que afecta a las fibras autonómicas de forma secundaria (...). Las disautonomías primarias son un grupo de enfermedades neurodegenerativas en las que las neuronas autonómicas centrales o las periféricas, o ambas, degeneran y mueren. Clínicamente se presentan como síndromes característicos: fallo autonómico puro (...), enfermedad de Parkinson (...), demencia con cuerpos de Lewy (...) y atrofia multisistémica".

Señala que "nos encontramos con un paciente que por presentar clínica de arritmias ocasionales (...) acudió a su centro de salud en febrero de 2011, donde realizan analítica y ECG (...) y solicitan una interconsulta al Servicio de Cardiología (...), donde es valorado en marzo de 2011 no apreciando cardiopatía (...). Posteriormente (...) acude en dos ocasiones más a su centro de salud, quienes repiten analítica y ECG y derivan de nuevo a Cardiología (...), donde es valorado en junio de 2012, repitiendo ECG y solicitando la realización de un Holter. Tras acudir al Servicio de Urgencias (...) en noviembre de 2012 (...), a iniciativa propia (...) acude a la medicina privada (...) ese mismo mes", donde le practican un Holter de 24 horas en el que se concluye que "no hay evidencia de cardiopatía estructural./ En noviembre de 2012 le prescriben en su centro de salud el tratamiento pautado en la sanidad privada, y en enero de 2013 derivan al paciente a Urgencias (...), donde valoran los informes privados aportados (...) y es visto (...) por Psiquiatría (...). En Holter realizado en febrero

de 2013 no se encuentran alteraciones y Cardiología recomienda valoración por Medicina Interna para descartar disfunción del sistema autonómico (...). A iniciativa propia (...) acude a la sanidad privada (...) los meses de marzo a junio de 2013, quienes descartan cardiaca estructural, llegando a la conclusión de que (...) presenta una 'disautonomía de causa no esclarecida', recomendando valoración por Unidad de Arritmias". El médico de Atención Primaria "deriva al paciente a Cardiología (...), y desde este Servicio se solicita valoración por Neurología (quienes ven al perjudicado en agosto de 2013 y con la impresión diagnóstica de disautonomía solicitan Datscan) y, aunque consideran poco probable que se beneficie de un estudio electrofisiológico, canalizan al paciente a la Unidad de Arritmias" del Hospital "Z", "donde es visto en septiembre de 2013 pautando ivabradina, siendo valorado por segunda vez en marzo de 2014, presentando (...) ligera mejoría con el tratamiento pautado, solicitando test de esfuerzo y Holter para tener datos objetivos en el hospital".

Concluye que "tanto en la sanidad pública como en la privada se descartó que el paciente presentase cardiopatía orgánica, siendo diagnosticado de disautonomía; patología que ya se sospechó en el servicio público de salud, cuyo estudio no se llegó a completar por dirigirse el interesado a la sanidad privada cuando se indicó la necesidad de realizar estudios complementarios y valoración por especialista en Medicina Interna. No obstante, en el servicio público se facilitó al paciente la medicación prescrita y fue derivado a especialistas, Neurología y Unidad de Arritmias, para completar su estudio". Por ello, considera que "procede desestimar la reclamación" presentada.

**7.** Mediante escrito de 29 de agosto de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario 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.

**8.** Con fecha 23 de septiembre de 2014, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe una especialista en Medicina Interna.

En él explica que "el fallo del sistema nervioso autónomo es una enfermedad de neurotransmisión noradrenérgica en (la) que las neuronas

simpáticas posgangliónicas no liberan noradrenalina de forma adecuada. Los niveles inferiores a lo normal de noradrenalina condicionan una disminución de la respuesta de vasoconstricción, con lo que se reduce el volumen intratorácico vascular y aparece hipotensión ortostática. Hay una ausencia de respuesta adecuada de los reflejos que deben producir un aumento de frecuencia cardíaca al disminuir la tensión arterial./ Las enfermedades neurodegenerativas son las que suelen producir disfunción clínica relevante (...). A este grupo pertenecen: la demencia de cuerpos de Lewy, el Parkinson, el síndrome de Shy-Drager y el fallo autonómico primario./ El fallo autonómico primario o síndrome de Bradbury-Eggleston es un fallo autonómico que tiene como único síntoma la hipotensión ortostática (...). Otro grupo de enfermedades, como las neuropatías, también pueden causar disfunción autonómica. El origen de la neuropatía puede ser diverso (...). Existe otro cuadro conocido como síndrome de taquicardia postural e intolerancia crónica al ortotastismo (...) caracterizada por un aumento de frecuencia cardíaca que ocurre al levantarse (...). Los síntomas clínicos son variados e inespecíficos. Se deben excluir otras causas de las disautonomías (...). No tiene ningún tratamiento específico”.

Manifiesta que “lo importante” es “hacer un estudio ordenado para excluir enfermedades tratables, como así se realizó./ En este caso se realizaron todos los estudios médicos necesarios de forma ordenada, tanto por Cardiología como luego por Neurología, determinando que no existía ninguna lesión estructural y que por tanto no requería ningún tratamiento específico. El diagnóstico preciso de disautonomía del sistema nervioso adrenérgico no es más que la definición de los fenómenos fisiológicos anormales que le ocurren a este paciente, a los que no se encuentra causa alguna tratable./ La decisión del paciente de acudir a la práctica privada solo sirve para defender que todas las pruebas realizadas en el servicio público son las correctas”, y subraya que ninguno de los tres centros médicos privados consultados pudo “indicar ningún tipo de tratamiento frente a un cuadro que no lo tiene”.

Considera que “no existe por tanto ninguna pérdida de oportunidad, ni retraso diagnóstico, más allá de la angustia que padece el paciente frente a un problema que le condiciona la vida y sobre el que no se puede hacer nada”. Concluye que “la atención de los servicios médicos es correcta. No se

demuestra ninguna patología estructural que pueda ser tratada. El diagnóstico de disautonomía primaria del sistema nervioso autónomo es un diagnóstico de exclusión y no genera ningún tipo de tratamiento específico porque no lo tiene. No existe por tanto ninguna pérdida de oportunidad”.

**9.** Consta incorporado al expediente, igualmente, el informe emitido por un gabinete jurídico privado el 25 de septiembre de 2014 a instancia de la entidad aseguradora. En él se concluye que “la actuación médica fue conforme a la *lex artis*, sin que exista retraso alguno en el diagnóstico de disautonomía primaria del sistema nervioso autónomo”, y que “no consta acreditada la existencia de nexo causal”, por lo que no procede otorgar indemnización alguna.

**10.** Mediante escrito notificado al interesado el 17 de octubre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Obra en este una diligencia en la que se consigna que el perjudicado toma vista y obtiene una copia del mismo el 20 de octubre de 2014.

**11.** El día 5 de noviembre de 2014, el reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que manifiesta que las “visitas a médicos de carácter privado sirvieron para adelantar las pruebas que los servicios de salud del Principado no hacían o que estaban tardando excesivamente; muestra de ello es el hecho de que tuviera que esperar más de 10 meses para realizar un simple Holter”, y destaca que ante “su progresivo empeoramiento los servicios de salud públicos únicamente le indicaban que debía esperar o que adelantara pruebas en la medicina privada si podía y si quería”. Añade que el Servicio de Cardiología del Hospital “X” “no fue quien aconsejó el acudir a Medicina Interna para valorar la disfunción del sistema nervioso autónomo, sino que lo que hizo fue aprovechar la información de los servicios médicos privados”.

Asimismo, considera que, “si bien es cierto que la consulta con Arritmias la pide Cardiología del Hospital “X”, ello es debido a que es el internista (privado) quien la aconseja”. Señala que “en los informes se refleja que (...) el

diagnóstico (de) disautonomía (...) ya había sido sospechado por los servicios médicos públicos, que no pudieron completar el estudio por dirigirse el paciente a la sanidad privada cuando se indicó la necesidad de acudir a Medicina Interna por parte de la sanidad pública, siendo esta afirmación totalmente incorrecta”, e insiste en que se dirigió a los servicios sanitarios privados por indicación de su médica de Atención Primaria al objeto de evitar largos tiempos de espera. Finalmente, manifiesta su desacuerdo con la afirmación de que “se hizo un estudio ordenado para descartar todas las enfermedades posibles”, puesto que “las únicas pruebas de la sanidad pública (...) son analíticas y electros básicos”.

Concluye que “aunque cuando en principio parece ser que esta enfermedad no tiene posibilidad de total curación resulta incierto que el paciente no haya recibido tratamiento, ya que de hecho el tratamiento farmacológico que está siguiendo, unido a las medidas dietético-higiénicas, han conseguido controlar mejor los síntomas y disminuir su brusquedad”.

**12.** Con fecha 18 de noviembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario traslada a la compañía aseguradora una copia de las alegaciones presentadas.

**13.** El día 25 de noviembre de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella sostiene que “tanto en la sanidad pública como en la privada se descartó que el paciente presentase cardiopatía orgánica, siendo diagnosticado de disautonomía; patología que ya se sospechó en el servicio público de salud, cuyo estudio no se llegó a completar por dirigirse el interesado a la sanidad privada cuando se indicó la necesidad de realizar estudios complementarios y valoración por especialista en Medicina Interna. No obstante, en el servicio público se facilitó al paciente la medicación prescrita y fue derivado a especialistas, Neurología y Unidad de Arritmias, para completar su estudio”.

Respecto a las alegaciones del interesado, señala que “analizadas las mismas no varían las conclusiones respecto a este caso”, y añade que “consta en la historia del paciente la referencia o el resultado de estudios realizados en

la sanidad privada, siendo lógico que los facultativos que lo trataron lo reflejasen, pues es una información clínica adicional”.

**14.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 9 de diciembre de 2014, 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), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 17 de junio de 2014, constando en el expediente que el interesado acude a diversas consultas médicas para establecer un diagnóstico y un tratamiento hasta el 3 de marzo de 2014, 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, y en relación con la obligación de comunicar al interesado, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, la fecha en que su solicitud ha sido recibida por el órgano competente, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación del procedimiento-, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, debemos advertir que el escrito remitido señala como fecha de recepción de la reclamación el 13 de junio de 2014, a pesar de que consta en el expediente que la misma se recibe el día 17 de ese mes. La necesidad de ofrecer al perjudicado una correcta información sobre este extremo se justifica en que dicha fecha

determina el *dies a quo* del cómputo del plazo máximo para resolver el procedimiento y notificarlo.

Vista la fecha de recepción en este Consejo Consultivo de la solicitud de emisión de dictamen -16 de diciembre de 2014-, la concreción del momento en el que se inicia el procedimiento determina además que el plazo para resolverlo haya finalizado o no con anterioridad a la referida petición. Puesto que -como hemos señalado- la fecha de presentación de la solicitud es el 17 de junio de 2014, resulta que el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa establecido en el artículo 13.3 del mencionado Reglamento, aún no se había rebasado en la fecha de entrada del expediente en este órgano, pero sí los plazos parciales para la adopción de los actos de trámite e instrucción que, junto al plazo de dos meses para la emisión de dictamen por este Consejo - artículo 12.2 *in fine* de la misma norma-, constituyen el tiempo reglamentariamente fijado para la resolución del procedimiento. Por tanto, no podrá la Administración aprobar en tiempo la correspondiente resolución. No obstante, ello no impide que esta se adopte, 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.-** El interesado reclama una indemnización por los daños y perjuicios derivados de una “deficiente actuación y asistencia médica (que) supuso en todo caso una pérdida de oportunidad para el paciente en orden al tratamiento de la enfermedad”. Refiere que en enero de 2011 comienza a sentir “extrasístoles en reposo”, por lo que se dirige a su médico de Atención Primaria, y que tras la realización de diversas pruebas y la remisión a distintos especialistas “no le diagnostican nada, descartando cualquier patología”, por lo que, a la vista de esta situación, decide “acudir a servicios médicos privados”. El reclamante, diagnosticado finalmente en el año 2013 de disautonomía primaria, considera que “los servicios sanitarios públicos nunca llegaron a diagnosticar correctamente la problemática (...). Ha tenido que ser (él) el que, acudiendo a

servicios médicos privados, consiguió que le fuera diagnosticada la problemática sanitaria que padece”.

Planteada la cuestión en los términos expuestos, el daño alegado se circunscribe al causado por una pérdida de posibilidades terapéuticas durante el tiempo en el que el reclamante entiende que no recibió ni el diagnóstico ni el tratamiento adecuado. Es en este contexto en el que resulta plenamente admisible, a efectos de su estudio, la presencia de un daño cuya evaluación económica, a efectos de una eventual indemnización, realizaremos si concurren el resto de los requisitos legalmente exigibles para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria del Principado de Asturias.

Ahora bien, incluso formulada en términos hipotéticos, como acontece en el presente supuesto, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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 el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica 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 favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante 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 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 un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. 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 este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, el interesado no desarrolla actividad probatoria alguna al respecto. En consecuencia, dado que en el procedimiento administrativo que analizamos aquel no ejercita el derecho que la ley le confiere a presentar pruebas o pericias que apoyen sus imputaciones, este Consejo Consultivo habrá de formar su convicción sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente.

Así las cosas, y aplicando lo razonado al supuesto que nos ocupa, nos encontramos con que el informe técnico de evaluación y el elaborado a instancias de la entidad aseguradora de la Administración resultan coincidentes al considerar adecuada a la *lex artis* la actuación realizada por el servicio público de salud. De los hechos relatados se desprende que el reclamante acudió a su centro de salud el 9 de febrero de 2011 describiendo un cuadro de arritmias ocasionales. Allí le realizan una analítica y un electrocardiograma y lo derivan al Servicio de Cardiología del Hospital "X", donde es valorado el 17 de marzo del mismo año, informando "que no existe cardiopatía". Posteriormente, y ante la persistencia de los síntomas, se dirige de nuevo a los servicios de Atención Primaria, que lo remiten nuevamente al citado Servicio, que solicita el 27 de junio de 2012 la realización de un Holter. El 18 de noviembre de 2012 acude al Servicio de Urgencias del Hospital "X" refiriendo "taquicardias, mareos y sensación nauseosa". En ese momento no se observan síntomas de patología cardíaca. El día 26 del mismo mes consulta con la Clínica "Y", que tras la realización de un electrocardiograma, un ecocardiograma, una prueba de esfuerzo y un Holter concluye que no existe "evidencia de cardiopatía estructural". Dos días más tarde su médico de Atención Primaria le prescribe el tratamiento pautado en la sanidad privada. El 8 de enero de 2013 se dirige al Servicio de Urgencias del Hospital "X" "por los mismos problemas de palpitaciones y mareos", consignándose en el informe de alta "estudios dentro de la normalidad". En ese momento es valorado por un psiquiatra que informa que "no se exploran síntomas psicóticos" y que descarta un trastorno del pánico, pese a lo cual es visto posteriormente por el Servicio de Salud Mental. El 11 de febrero de 2013 se le practica un Holter en el que no se muestran alteraciones cardiológicas, por lo que el Servicio de Cardiología considera innecesario tratamiento por su parte y recomienda que se efectúe una valoración por el Servicio de Medicina Interna para descartar disfunción del sistema autonómico. Entre el 29 de marzo y el 20 de junio de 2013 el reclamante acude al Centro "A", cuyo Servicio de Medicina Interna, tras la realización de diversas pruebas, concluye que el "paciente presenta una disautonomía de causa no esclarecida, quizá primaria", y recomienda que se valore el caso por la Unidad de Arritmias del Hospital "Z". El 24 de julio de 2013

es atendido por el Servicio de Cardiología del Hospital "X", que diagnostica "(síndrome) de disautonomía primaria con taquicardia sinusal refleja como parte de la sintomatología". En el informe emitido se consigna que "se le explica que este problema no corresponde a la presencia de taquiarritmias patológicas y que es improbable que se solucione con un EEF. Se contactará con (la) Unidad de Arritmias para confirmar que comparten esta opinión. Recomiendo valoración por Neurología (hago solicitud)". El 5 de agosto de 2013 el Servicio de Neurología del Hospital "X" atiende al reclamante, y en el informe emitido recoge como impresión diagnóstica "disautonomía primaria. No hay datos de afectación neurológica a otro nivel en el momento actual". El 23 de septiembre de 2013 acude a la Unidad de Arritmias del Hospital "Z", donde no se observan alteraciones cardiológicas, se le pauta "ivabradina" y se le remite a una nueva consulta el 3 de marzo de 2014. Posteriormente, el interesado se dirige a la Unidad de Neurofisiología de la Fundación General de la Universidad de Málaga, que el 4 de febrero de 2014 emite el juicio clínico de "posible síndrome de hiperactividad adrenérgica de predominio cardíaco./ Posible primer estadio de una intolerancia ortostática asociada a probable taquicardia postural ortostática".

A la vista de ello, resulta que el reclamante realiza un largo camino de consultas y pruebas médicas hasta que es diagnosticado de "disautonomía primaria". Refiere que la primera vez que recibió tal diagnóstico fue en el Centro "A" el 20 de junio de 2013, siendo confirmado más tarde por los Servicios de Cardiología y de Neurología del Hospital "X". No obstante, como recoge el informe técnico de evaluación, esta "patología (...) ya se sospechó en el servicio público de salud, cuyo estudio no se llegó a completar por dirigirse el interesado a la sanidad privada cuando se indicó la necesidad de realizar estudios complementarios y valoración por especialista en Medicina Interna". Efectivamente, el 11 de febrero de 2013 el Servicio de Cardiología del Hospital "X" recomienda "valoración por el Servicio de Medicina Interna para descartar disfunción del sistema autonómico". No consta en el expediente que el reclamante haya solicitado tal cita en el servicio público de salud, sino que voluntariamente se dirige al Centro "A". Así se recoge en una hoja de las notas de progreso del Servicio de Salud Mental emitida el 16 de abril de 2013, según

la cual "le pregunto por los estudios de los que se hallaba pendiente. ` Sí, por la SS ya los acabé pero yo los estoy haciendo por la privada (...). En la SS dijeron que el corazón está bien según ellos, y lo mismo que podría ser una disautonomía en general que afecta a más cosas y pidiera cita a MI (...). Lo comenté al (médico de Atención Primaria) y como ya estoy bastante afectado en la privada sería tontería seguir (...)"'. Resulta, por tanto, que esta vía de diagnóstico no se explora por decisión expresa del reclamante.

Con independencia del momento en el que se produce el diagnóstico, el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora señala que en estos casos "se deben excluir otras causas de disautonomías" que, además, "no (tienen) ningún tratamiento específico. Manifiesta que "lo importante" es "hacer un estudio ordenado para excluir enfermedades tratables, como así se realizó". Afirmar que "se realizaron todos los estudios médicos necesarios de forma ordenada, tanto por Cardiología como luego por Neurología, determinando que no existía ninguna lesión estructural y que por tanto no requería ningún tratamiento específico". Efectivamente, constan en el expediente actuaciones de los Servicios de Urgencias y de la Unidad de Arritmias del Hospital "Z" y de los Servicios de Cardiología, Neurología, Psiquiatría y Urgencias del Hospital "X", así como la realización de múltiples pruebas dirigidas a identificar la patología sufrida por el reclamante. El informe señalado anteriormente añade que "el diagnóstico preciso de disautonomía del sistema nervioso adrenérgico no es más que la definición de los fenómenos fisiológicos anormales que le ocurren a este paciente, a los que no se encuentra causa alguna tratable". Considera que "no existe por tanto ninguna pérdida de oportunidad, ni retraso diagnóstico, más allá de la angustia que padece el paciente frente a un problema que le condiciona la vida y sobre el que no se puede hacer nada".

Frente a la afirmación de inexistencia de "tratamiento específico", el interesado sostiene en su escrito de alegaciones que "resulta incierto que (...) no haya recibido tratamiento, ya que de hecho el tratamiento farmacológico que está siguiendo" ha conseguido "controlar mejor los síntomas y disminuir su brusquedad". Sin embargo, la disautonomía que sufre el paciente nunca se ha tratado, pues tan solo han sido objeto de tratamiento sus síntomas, entre los

que se encuentra “la clínica cardiológica”, tal y como señala el informe emitido por la Unidad de Arritmias del Hospital “Z”.

En el curso del trámite de audiencia el reclamante insiste en que lo que hizo el sistema público de salud “fue aprovechar la información de los servicios médicos privados”. Sobre este extremo, la propuesta de resolución señala que ciertamente “consta en la historia del paciente la referencia o el resultado de estudios realizados en la sanidad privada, siendo lógico que los facultativos que lo trataron lo reflejasen, pues es una información clínica adicional”. El informe elaborado a instancias de la compañía aseguradora estima que “la decisión del paciente de acudir a la práctica privada solo sirve para defender que todas las pruebas realizadas en el servicio público son las correctas”, y añade que ninguno de los tres centros médicos privados consultados pudo “indicar ningún tipo de tratamiento frente a un cuadro que no lo tiene”. Por ello, podemos concluir que se ha realizado un uso adecuado de los informes privados aportados por el reclamante y siempre en beneficio de aquel.

Sobre los retrasos en la práctica de las pruebas -“más de 10 meses para realizar un simple Holter”-, debe recordarse, como ya hemos señalado, que la mera constatación de un retraso en el diagnóstico no entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*. A ello debe añadirse que el reclamante había realizado dicha prueba con carácter previo en la medicina privada y el resultado de la misma no localizó la existencia de cardiopatía alguna. La prueba finalmente practicada en la sanidad pública concluyó con los mismos resultados que aquella, por lo que su ejecución en un tiempo inferior no habría aportado ningún elemento nuevo al caso.

En estas condiciones debemos concluir que los síntomas presentados por el paciente fueron objeto de un estudio pormenorizado a través de la atención de varios especialistas y de la realización de diversas pruebas. Se trató de localizar una patología susceptible de tratamiento, siendo el diagnóstico final de “disautonomía primaria” un “diagnóstico de exclusión” para el que no existe “tratamiento específico”. Por ello, este Consejo Consultivo entiende que no se ha producido violación alguna de la *lex artis* y que el reclamante no ha sufrido ninguna pérdida de oportunidad terapéutica, por lo que la reclamación ha de ser desestimada.

La anterior conclusión 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,

V.º B.º  
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.