

Expediente Núm. 76/2015
Dictamen Núm. 96/2015

V O C A L E S :

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

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 14 de mayo de 2015, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 21 de abril de 2015 -registrada de entrada el día 28 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 del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 3 de julio de 2014, un hijo de la perjudicada, que dice actuar en su propio nombre y en el de sus hermanas, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre el 18 de julio de 2013 que atribuye a un deficiente funcionamiento del servicio público sanitario.

Señala que el día 13 de julio de 2013 se requiere asistencia sanitaria a través del 112 porque a mediodía “sigue acostada en la cama de su domicilio y no acaba de despertar”. Tras la valoración que detalla es trasladada al Hospital, donde queda ingresada y se le pauta un “‘antídoto’ para las benzodicepinas”.

Manifiesta que el domingo -día 14- sigue ingresada “sin más medicación que el antibiótico y el oxígeno”, y que “transcurre el día en calma”. Precisa que al día siguiente, lunes, “los tres hermanos” le recuerdan al médico asignado del Servicio de Medicina Interna “la medicación estricta que hasta el sábado mantenía nuestra madre, entre cuyos fármacos se encontraba el ansiolítico ‘alprazolam (...)’, que tal como nos habían indicado en su día (...) podría producir ‘síndrome de abstinencia’ si se suprime de forma repentina”. Refiere que “desde últimas horas de la tarde (20:00) (la perjudicada) comienza a mostrar signos de nerviosismo, con aumento significativo de pulso y tensión arterial, cuya medicación para mantenerlos controlados (...) seguía también suspendida (...) desde su ingreso, continuando así hasta la medianoche, donde además aparecen nuevos síntomas, como sudoración fría y ansiedad exagerada (...) y fuerte dolor de cabeza acompañado de dolor abdominal”, sin obtener respuesta por parte del personal de turno, que sostiene que “todo está normal”.

Al día siguiente, 16 de julio, “después de una noche infernal (...), con todos los síntomas aparentes de un cuadro incontrolado de abstinencia”, el médico “nos informa hacia media mañana, con la máxima tranquilidad y casi en el pasillo, que ha sufrido un ‘infarto masivo’ sumiéndola en un estado de máxima gravedad que puede terminar a corto plazo en un trágico desenlace, y ante nuestra perplejidad nos dice que por la tarde acudirá personal del Servicio de Cardiología para ver si se puede hacer algo (...). Y, efectivamente, a media tarde acuden dos médicos de guardia del Servicio de Cardiología que reconocen, auscultan y realizan nuevo electrocardiograma, pero ya todo demasiado tarde. Había que haber actuado antes, durante la noche o durante la mañana, mientras sufría el infarto o en las horas siguientes”. Por último, reseña que el fallecimiento se produce el jueves 18 de julio de 2013.

De ello deduce que la perjudicada presentaba “todos los síntomas aparentes de un `síndrome de abstinencia´” y que no se actuó correctamente al suprimir el ansiolítico, “lo que hubiese evitado los alarmantes y significativos síntomas (...) y muy probablemente el infarto consecuente./ Por otra parte (...), sorprende que el infarto se notifique a la familia como un hecho irreversible acaecido durante la misma mañana pero sin que se tomara ninguna medida urgente para evitarlo o al menos aminorar sus efectos (...). No se plantea ni el acceso a la UVI, dando la sensación que desde el conocimiento del grave accidente cardíaco (que insisto, no saben exactamente en qué momento se produce y por tanto no atajan de ninguna manera) queda abandonada a su suerte, sin más elección que el tratamiento paliativo”.

Termina solicitando que “se me indemnice” en la cantidad de ciento veinticinco mil euros (125.000,00 €), fija el despacho profesional de un letrado como “domicilio a efectos de notificaciones” e insta una “copia íntegra del expediente médico de la fallecida”.

2. El día 21 de julio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica al interesado 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 del silencio administrativo. A su vez le requiere para que, en el plazo de diez días, acredite “el parentesco con la perjudicada y (...) su representación en nombre de sus hermanas”.

3. Durante la instrucción del procedimiento se incorporan al expediente la historia clínica de la paciente, remitida por el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones del Área Sanitaria IV, y el informe librado por el Servicio de Medicina Interna del Hospital sobre el episodio objeto de reclamación.

En el informe del Servicio de Medicina Interna, de 4 de agosto de 2014, se indica que la perjudicada ingresa “el 13 de julio de 2013 por un cuadro de insuficiencia respiratoria global secundaria a un episodio súbito de

broncoaspiración que ha sido propiciado por una sobredosificación de benzodiazepinas”. Refiere los tratamientos y la asistencia prestada durante los días 14 y 15, y consigna que “durante la tarde y noche del día 15 de julio (...) desarrolla indicios de ansiedad e inquietud, por lo que tras ser valorada por el equipo de guardia se comienza con lorazepam (...) y haloperidol al encontrarse parcialmente agitada, con mejoría de su estado./ En la mañana del día 16 se pauta clorazepato dipotásico (...), por lo que desde el punto de vista terapéutico la posibilidad señalada por la propia familia de desencadenar un síndrome de abstinencia quedó contemplada en las acciones llevadas a cabo por el equipo médico. En ningún momento refirió dolor torácico, aunque sí disconfort abdominal./ La paciente (...) tenía 78 años, con un amplio historial desde el punto de vista patológico y sería repercusión orgánica para su edad cronológica. Era una enferma de severo riesgo cardiovascular, con antecedentes de cardiopatía hipertensiva (...). Había sufrido un episodio de insuficiencia cardíaca (2009), AIT hemisférico derecho de naturaleza cardioembólica (2010) y presentaba múltiples eventos isquémicos cerebrales (TAC). Estaba diagnosticada de una leucemia mielomonocítica crónica (...), aunque sin necesidades terapéuticas (...). Su situación orgánica era de total dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, con deambulación dificultosa (prácticamente vida cama-sillón). Presenta deterioro cognitivo leve-moderado desde hacía meses./ No sorprenden, por tanto, las complicaciones cardiológicas que surgen el día 16 de julio cuando desarrolla disnea intensa, signos de insuficiencia cardíaca y edema agudo pulmonar, y se diagnosticó un IAM ínfero-lateral extenso. En este momento se tomaron todas las medidas de naturaleza médica para esta situación y se avisa al Servicio de Cardiología, que desestima intervencionismo terapéutico y mantiene el tratamiento médico puesto en marcha por el facultativo responsable de Medicina Interna”.

4. Con fecha 28 de agosto de 2014, el interesado presenta un escrito en el que afirma proceder a la “corrección” de la solicitud inicial, en el sentido de que la reclamación se suscribe a título personal por los tres hermanos, “no por

representación como se contenía en la redacción inicial presentada". Firman el escrito, junto con él, sus dos hermanas, todos ellos hijos de la perjudicada, según se acredita con las fotocopias del Libro de Familia que aportan.

5. El día 17 de diciembre de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él destaca, en lo que se refiere a la asistencia prestada, que tras una inicial evolución positiva el día 15 de julio de 2013, a "las 23:50 horas presenta un cuadro de `agitación importante´ con verborrea y sin agresividad (...), interpretándose (...) como derivado de la supresión de benzodiazepinas + deterioro cognitivo + síndrome confusional asociado./ En la mañana del día 16-7-2013, a las 4:40 horas, la paciente sigue con agitación psicomotriz, desorientada y verborreica (...). A las 11:40 (...) está `quejosa´ con dolorimiento abdominal, malestar general polipnea en reposo y pulso de 100 latidos/min. A las 13:00 horas se aprecian en la Rx de tórax (...) signos de insuficiencia cardíaca. El EKG mostró `signos de necrosis en cara inferior y lateral complicada con fallo de bomba´, siendo la impresión diagnóstica `síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST complicado con fallo de bomba e insuficiencia respiratoria´. Aumento CPK y troponina (...). Se solicita interconsulta preferente al Servicio de Cardiología que, `de acuerdo con Medicina Interna, y dados los hallazgos del EKG (...), decide manejo conservador´, y se informa de ello a la familia". A continuación relata lo sucedido los días 17 y 18 hasta las 21:30 horas, en que fallece.

En relación con la retirada del ansiolítico que se le administraba en su domicilio, afirma que ingresó en el Hospital por "una sobredosificación de alprazolam y por una broncoaspiración que le ocasionó una insuficiencia respiratoria global, lo que hace que la administración de esta benzodiazepina esté absolutamente contraindicada (...), ya que por su efecto miorrelejante agravaría, quizás de forma letal, la insuficiencia respiratoria".

En cuanto a la "retirada de la medicación hipotensora", sostiene que consta en la historia clínica que fue tratada con medicación hipotensora

(Losartan), junto con un diurético “eficaz también contra la HTA”, y un nuevo hipotensor “Coropres”, pautado el día 16 de julio.

Por último, señala el Inspector que “también se reprocha al servicio público sanitario el tratamiento recibido tras el infarto agudo de miocardio (IAM)”. Sin embargo, “dada la gravedad del mismo (gran extensión, disnea intensa, signos de insuficiencia cardíaca), los Servicios de Cardiología y de Medicina Interna decidieron de manera conjunta realizar un tratamiento conservador, descartando el intervencionismo terapéutico y procediéndose en el tramo final de la vida (...) a realizar una sedación para evitar un sufrimiento innecesario”.

A la vista de ello, concluye que la reclamación “debe ser desestimada”.

6. Mediante escritos de 26 de diciembre 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.

7. El día 13 de febrero de 2015, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Cardiología y Enfermedades Cardiovasculares. En él señala que, “tras el ingreso en planta procedente de Urgencias se retira el alprazolam debido a la intoxicación medicamentosa con buena respuesta” inicial y que “el día 16-07 la paciente es diagnosticada de un IAMCEST evolucionado, esto implica en principio una necrosis miocárdica evolucionada de más de 12 horas”. Según afirma, “en la historia clínica (...) constan los puntos necesarios para el diagnóstico, que entendemos como cierto, dado que mostraba cambios electrocardiográficos sugerentes de IAMCEST evolucionado (...), conjuntamente con enzimas cardíacas elevadas (...), en incluso se realiza un ECOTT (prueba complementaria de imagen) que justifica y apoya el diagnóstico. Como es bien sabido (...), los pacientes por encima de 60 años, y sobre todo aquellos con estados neurológicos alterados, como era el caso, pueden mostrar síntomas de

isquemia miocárdica diferentes a la angina clásica, que es el síntoma guía, mostrando molestias atípicas como la angustia e irritabilidad o malestar abdominal que dificultan y retrasan habitualmente el diagnóstico del IAM”.

Descarta la retirada del alprazolam como desencadenante del infarto, “ya que queda claramente acreditada en la historia clínica la sustitución por otra farmacología”, así como la de la “medicación antihipertensiva por otra diferente”. Por ello, atribuye la muerte a las “comorbilidades que presentaba la paciente, conjuntamente con el infarto de miocardio evolucionado con cuadro de intoxicación medicamentosa, insuficiencia respiratoria global con acidosis parcialmente compensada, anemia crónica, plaquetopenia severa, deterioro neurológico e infección de probable origen broncoaspirativo”. Todo ello llevó “a un deterioro progresivo del estado físico de la paciente produciendo su muerte.

Concluye que “el proceso de intoxicación medicamentosa por alprazolam fue correctamente diagnosticado y tratado (...). Que la retirada de alprazolam y la sustitución de otra mediación antihipertensiva no implicaron la aparición de un infarto agudo de miocardio en esta paciente (...). Que el diagnóstico de infarto fue realizado y tratado según las medidas habituales correspondientes a infarto evolucionado”.

8. Con fecha 17 de febrero de 2015, y también a instancias de la compañía aseguradora, emite informe un gabinete jurídico privado. A la vista de los informes médicos incorporados al expediente, considera que la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias “se ha adecuado a la *lex artis*, tanto en el manejo del problema surgido por la sobredosificación de alprazolam, como en la medicación suministrada (...), como en el manejo del infarto agudo de miocardio (...). No existe nexo de causalidad entre la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias y el fallecimiento de la paciente (...). Además, se produce un abandono del tratamiento por parte del paciente, lo que en cualquier caso interrumpe el nexo de causalidad./ Dado lo anterior, procede desestimar la reclamación formulada”.

9. Mediante escrito notificado a los interesados el 3 de marzo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

10. El día 11 de marzo de 2015, uno de los reclamantes comparece en las dependencias administrativas y obtiene una copia del expediente, compuesto en ese momento por 553 folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

Con fecha 19 de marzo de 2015, presentan un escrito de alegaciones en él que dejan constancia, en primer lugar, de que “se nos habla de pruebas realizadas de las cuales desconocemos su resultado. No están aportados los informes y pruebas realizadas en el último ingreso de la paciente, y concretamente a los que se alude se realizan tras el diagnóstico de infarto masivo”.

Señalan que “el proceso de intoxicación medicamentosa por alprazolam fue correctamente diagnosticado y tratado”, pero que las pruebas que se realizan a la paciente el día 16 de julio de 2013 se hacen “ante la insistencia de la familia, `que demanda médicos´”, y que en ese momento es cuando “se revela que existe un infarto agudo”, precisando el especialista en su informe que “la evolución del mismo es de al menos 12 horas./ Coloquialmente, la paciente estuvo infartando 12 horas en la cama del hospital sin que se le prestara atención alguna (...). Solamente cuando, sin conocer el criterio médico, se deciden hacer pruebas se detecta un infarto del cual se reconoce que lleva 12 horas evolucionando, y por el cual se da un informe de `mala evolución´. Coloquialmente también, de que nada se puede hacer ya”. Y este “dato, el retraso claro en el diagnóstico (...), es obviado y pasado por alto en los informes” del Servicio de Medicina Interna y del Inspector que realiza el informe técnico de evaluación.

Por ello, entienden que existe “una más que negligente actuación de tener a una persona infartando 12 horas en una cama sin que nadie le preste

atención”, y que “está fuera de lugar, como se pretende de modo insinuante, culpar a la familia de las decisiones que han de tomar profesionales o de interferir en el trabajo de los mismos”, reiterando su solicitud de indemnización por los hechos descritos.

11. Con fecha 6 de abril de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. A la vista de los informes médicos incorporados al procedimiento, sostiene que “la asistencia prestada a la paciente fue correcta y adecuada a la *lex artis*, siendo la causa del fallecimiento, no la deficiente asistencia alegada (...), sino las graves complicaciones que (...) desarrolló debido al severo riesgo cardiovascular que presentaba (cardiopatía hipertensiva en fibrilación auricular paroxística, episodio de insuficiencia cardíaca en 2009, accidente isquémico transitorio en hemisferio izquierdo de naturaleza cardioembólica en 2010 y múltiples eventos isquémicos cerebrales apreciados mediante TAC)”.

En relación con el retraso diagnóstico del infarto de miocardio, resalta que “la paciente no presentó la sintomatología clásica de este proceso (posiblemente debido a su edad), mostrando molestias atípicas (angustia e irritabilidad o malestar abdominal); aun así, ante la sospecha de infarto, se solicitan enzimas cardíacas”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 21 de abril de 2015, 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 los interesados activamente legitimados 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 3 de julio de 2014, habiendo tenido lugar el hecho que la motiva -el fallecimiento de la madre de los interesados- el día 18 de julio de 2013, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

Ahora bien, en el escrito inicial el reclamante afirmaba actuar también en nombre de sus hermanas, pero sin acompañar justificación alguna de tal

supuesta representación. Requerido formalmente para que la aportara al procedimiento, el día 28 de agosto de 2014 las dos hermanas suscriben un nuevo escrito en el que afirman que la reclamación ha de entenderse efectuada en nombre de los tres. Sin embargo, teniendo en cuenta que el poder de representación no existía -o al menos no se aporta, pese a ser requerido- en el momento de presentación de la reclamación, solo cabe entenderla realizada por la persona que la suscribe, en su propio nombre y derecho, y, teniendo en cuenta que la "rectificación" de la misma se efectúa el día 28 de agosto de 2014, cuando ya había transcurrido el plazo de un año desde el fallecimiento de la paciente, hemos de concluir que las dos hermanas plantean la reclamación una vez vencido el plazo de prescripción, por lo que, en su caso, ha de ser desestimada. Lo contrario significaría dejar al libre arbitrio de la parte la posibilidad de incumplir el plazo de prescripción legalmente dispuesto.

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.

El interesado reclama por el fallecimiento de su madre mientras se encontraba ingresada en el hospital. Ya en su escrito inicial atribuye el fatal

desenlace a la privación de determinados medicamentos, pero también a una tardía reacción ante los síntomas que presentaba la paciente el martes 16 de julio de 2013, y afirma que cuando se le presta atención "a media tarde" ya nada se puede hacer porque "había que haber actuado antes, durante la noche o durante la mañana, mientras sufría el infarto o en las horas siguientes".

Con mayor rotundidad, y a la vista de los diferentes informes médicos que se incorporan al expediente, en el trámite de alegaciones insiste en la misma imputación al sostener que "la paciente estuvo infartando 12 horas en la cama del hospital sin que se le prestara atención alguna", y que "el retraso claro en el diagnóstico (...) es obviado y pasado por alto en los informes" del Servicio de Medicina Interna y del Inspector que realiza el informe técnico de evaluación. Por último, también aduce que "no están aportados los informes y pruebas realizadas en el último ingreso de la paciente, y concretamente a los que se alude se realizan tras el diagnóstico de infarto masivo".

Pese a tales alegaciones, este Consejo considera que en el informe emitido por el Servicio de Medicina Interna no se analiza concretamente la cuestión del supuesto retraso diagnóstico. En efecto, por lo que se refiere al infarto masivo, el referido informe se limita a recoger que tales complicaciones "no sorprenden" a la vista de los antecedentes patológicos de la paciente, entre los que cita "antecedentes de cardiopatía hipertensiva en FA paroxística", que "había sufrido un episodio de insuficiencia cardíaca (2009), AIT hemisférico derecho de naturaleza cardioembólica (2010) y presentaba múltiples eventos isquémicos cerebrales (TAC)", a lo que añade una "leucemia mielomonocítica crónica en seguimiento (...) sin necesidades terapéuticas". Sin embargo, se limita a reseñar que "las complicaciones cardiológicas (...) surgen el día 16 de julio", sin ninguna concreción sobre la hora en la que aparecen los síntomas que impresionan como reveladores de una insuficiencia cardíaca, hora de realización de las pruebas diagnósticas que se consideraron precisas y hora de establecimiento del diagnóstico, sin que dichos datos se puedan obtener de la historia clínica. Por otra parte, el informe técnico de evaluación tampoco se pronuncia de modo expreso sobre el alegado retraso diagnóstico, y solo lo hace

de forma muy lacónica la propuesta de resolución al sostener que “la paciente no presentó la sintomatología clásica de este proceso (posiblemente debido a su edad), mostrando molestias atípicas (angustia e irritabilidad o malestar abdominal); aun así, ante la sospecha de infarto, se solicitan enzimas cardíacas”, pero no se indica, ni figura en la historia, cuándo se estableció esa sospecha o cuándo se solicitaron tales pruebas diagnósticas.

A estos efectos, resulta oportuno recordar que el artículo 10.1, *in fine*, del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial dispone que, “En todo caso, se solicitará informe al servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable”, y este Consejo viene reiterando que el informe no puede suplirse por la remisión de los documentos obrantes en la historia clínica, sino que ha de pronunciarse de modo expreso sobre las concretas imputaciones realizadas. En el asunto examinado, si bien es cierto que en el escrito inicial la posible imputación de un retraso diagnóstico pudo pasar desapercibida, dado que el reclamante parece centrar su reproche en la privación de determinados medicamentos, su invocación en el trámite de audiencia es rotunda, llegando a afirmarse que la paciente permaneció durante más de 12 horas infartando en la cama del hospital sin recibir ningún tipo de atención específica, precisamente por la demora en alcanzar el diagnóstico.

Así las cosas, y a la vista de la repercusión que el esclarecimiento de tales extremos pudiera tener en la resolución de la reclamación formulada, este Consejo Consultivo estima necesaria la retroacción del procedimiento, de modo que el servicio al que se imputa el daño pueda responder a las concretas imputaciones que se realizan.

Por otra parte, y en línea con lo manifestado también por el interesado, consideramos que no se han incorporado al expediente todos los datos de la historia clínica, dado que faltan algunos de los informes de las pruebas realizadas en la tarde del día 16 de julio de 2013; en concreto, los correspondientes a la radiografía de tórax y al electrocardiograma, a los que se hace referencia en la historia clínica, y el relativo a las “enzimas cardíacas”, al que se alude en la propuesta de resolución. Por último, tampoco figura en

aquel (pese a que consta su solicitud formal al servicio responsable -folio 462-) el "informe de alta" por exitus, el cual, según ese escrito de solicitud, "es uno de los principales, ya que recoge la mayor información clínico-asistencial del episodio de hospitalización (...) a cuya cumplimentación (...) obliga la ley".

Tal y como hemos señalado en anteriores dictámenes, la finalidad de la instrucción del procedimiento no es otra que la de proporcionar al órgano competente para resolver los elementos de juicio imprescindibles para dictar una resolución acertada. Por ello, al término de la instrucción deberán estar claros los hechos y las circunstancias en las que se produjo el daño que da lugar a la reclamación, con arreglo a los cuales habrá de pronunciarse la resolución. Así lo establece el artículo 7 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, que encomienda al instructor la práctica de los actos "necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la resolución".

A la vista de ello, este Consejo Consultivo considera que en el estado actual de tramitación no resulta posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta planteada, y que debe retrotraerse el procedimiento a fin de incorporar al expediente todos los documentos de la historia clínica relacionados con el episodio de infarto agudo de miocardio sufrido por la perjudicada, junto con el informe de alta que corresponda, así como un informe del Servicio de Medicina Interna responsable de la paciente, que habrá de pronunciarse sobre el supuesto retraso diagnóstico imputado por el interesado. Una vez evacuado el correspondiente trámite de audiencia y formulada otra propuesta de resolución, deberá instarse nuevamente el dictamen de este órgano.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta planteada; que debe retrotraerse el procedimiento en los términos expuestos

en el cuerpo del presente dictamen y, una vez formulada nueva propuesta de resolución, habrá de recabarse de este Consejo el preceptivo dictamen.”

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.