

Dictamen Núm. 53/2021

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

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*Menéndez Sebastián, Eva María*  
*García García, Dorinda*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 8 de abril de 2021, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 18 de enero de 2021 -registrada de entrada el día 21 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por #reclamante#, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia recibida en el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 14 de mayo de 2020, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos “como consecuencia de la actuación profesional de algunos integrantes del Servicio de Cardiología del Hospital ‘X’” durante su estancia “como paciente en dicho centro sanitario tras haber sufrido un infarto agudo de miocardio”.

Señala, a la vista del informe de alta del Servicio de Cardiología de 29 de mayo de 2019, que en el ecocardiograma realizado en la Unidad Coronaria “consta explícitamente que existía ‘mala ventana’”, lo que “significa que debido a las características de (su) tórax y (posiblemente) otras circunstancias concurrentes en ese momento (*ad hoc*) los ultrasonidos no eran capaces de atravesar los tejidos hasta llegar a (su) corazón, ser reflejados y regresar de nuevo al transductor para dar lugar a las imágenes deseadas”, y ello le lleva a estimar que el “estudio (...) no ofrecía una información fiable acerca de las características de las valvulopatías que sufría”, y que “la información procedente de dicho estudio no era suficiente (...) a la hora de planificar el tratamiento clínico”. Afirma que en el informe de alta “no aparece ninguna referencia a la adopción de medidas cuyo objetivo fuera proporcionar al equipo médico responsable (...) elementos de juicio suficientemente fiables como para eliminar (o al menos reducir sustancialmente) los perjuicios inherentes a las limitaciones derivadas de la existencia de la ‘mala ventana’ ecocardiográfica señalada”, deduciendo de ello que “algunos integrantes del Servicio de Cardiología no prestaron la debida atención, ni dieron la importancia adecuada, a la nula (o al menos muy escasa) fiabilidad del estudio ecocardiográfico referido”, lo que -entiende- condujo a que se tomaran decisiones que “constituyen vulneraciones de la *lex artis ad hoc*” y a que sufriera “unos graves perjuicios que no estaba obligado a soportar”.

Considera una vulneración de la *lex artis* la “decisión médica de no utilizar, con el objetivo de suplir la carencia de imágenes ecocardiográficas fiables derivada de la existencia de una ‘mala ventana’”, diversas “técnicas de imagen/ultrasonido” que menciona, con cita de literatura científica, y sostiene que ello ha supuesto “una gran limitación en la estimación de la gravedad de (su) situación clínica, no permitiendo (por ejemplo) una estimación fiable de la presión sistólica de (su) arteria pulmonar”.

En segundo lugar, a la falta de medios denunciada anuda causalmente un error de diagnóstico que “dio lugar a que los doctores responsables (...)”

ignoraran la situación real de (sus) válvulas mitral y aórtica”, y adjunta al efecto una serie de informes médicos en los que se recoge la asistencia sanitaria que le fue prestada en un centro sanitario privado al que decidió confiar el tratamiento de su patología cardíaca y en el que el finalmente sería intervenido en octubre de 2019. Con base en los hallazgos del “ecocardiograma transesofágico” efectuado en el centro sanitario privado al que acudió, el reclamante invoca un error de diagnóstico, toda vez que “la existencia de cuerdas tendinosas rotas en (su) válvula mitral y la presencia de prolapso” (en su caso anterior) “exige calificar la insuficiencia mitral aguda que (...) padecía como primaria./ Su descripción como insuficiencia mitral secundaria a disfunción isquémica supuso un error de diagnóstico que puso (su) vida en peligro”.

En tercer lugar reprocha, también con abundante cita y análisis de guías de práctica clínica, que “teniendo en cuenta la gravedad y naturaleza real de (sus) valvulopatías el hecho de recibir (el) alta clínica sin haber sido intervenido quirúrgicamente durante el periodo transcurrido (o que hubiera podido transcurrir si hubiera sido operado) antes de ser dado de alta, o al menos haber sido incluido en la sección de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada con la clasificación de prioridad 1 (en virtud del contenido del artículo 20, párrafo 2, del Decreto 59/2018, de 26 de septiembre, del Principado de Asturias) constituyó una vulneración de la *lex artis ad hoc*”.

Finalmente, da cuenta del “peligroso empeoramiento que sufrió (su) salud tras haber sido dado de alta sin que (sus) valvulopatías hubieran sido tratadas”, y reseña los “síntomas y signos más amenazantes” que presentaba su cuadro clínico a los pocos días de ser dado de alta: “mala situación clínica con fatiga, clase funcional III, se moviliza con andador. Ortopnea, duerme prácticamente incorporado (...). Hipertensión pulmonar severa (...). Insuficiencia cardíaca”.

Considera que ha sufrido, como daños morales, “la pérdida de (su) autonomía personal (...). La pérdida de (su) capacidad de desarrollo personal

(...). Depresión (...). Zozobra”, y cuantifica la indemnización que solicita en diecisiete mil ochenta y dos euros con treinta y tres céntimos (17.082,33 €), que desglosa en los siguientes conceptos: indemnización por pérdida temporal muy grave de la calidad de vida durante los 130 días que pasaron entre el 29 de mayo de 2019 (fecha en la que recibió el alta) y el 7 de octubre de 2019 (fecha en la que fue intervenido quirúrgicamente), 13.000,00 €; 1 hora diaria de ayuda de una tercera persona que necesita al padecer “una enfermedad cardíaca que produzca una incapacidad funcional de grado III en la escala NYHA”, 1.035,46 €, e indemnización por los 130 días que pasaron entre que recibió el alta y el día en que fue intervenido quirúrgicamente, 3.046,87 €.

**2.** El día 5 de junio de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** Mediante oficio de 15 de julio de 2020, el Gerente del Área Sanitaria V traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente relativa al episodio de referencia y un informe emitido el día 6 de ese mismo mes por un facultativo del Servicio de Cardiología del Hospital “X”.

En este último se recuerda la respuesta dada a la queja formulada por el ahora reclamante el 14 de febrero de 2020 y se indica, con relación a la práctica de cirugía durante su ingreso en el Hospital “X”, que “presentaba una oclusión crónica de la coronaria derecha (...), los ramos diagonales eran de escaso calibre, la bisectriz tenía un lecho regular y se había procedido a revascularizar de forma exitosa la lesión significativa de la descendente anterior (...), por lo tanto se había logrado una revascularización del territorio más importante para preservar la función ventricular en un futuro, por lo que no tendría indicación quirúrgica en el ingreso de revascularización con *bypass*”.

En cuanto a su patología valvular señala, respecto a la válvula mitral, que “los hallazgos del ecocardiograma con la restricción al velo posterior de la válvula mitral, sumados a las alteraciones regionales, a la coronariografía y a su infarto previo, hacen que la interpretación más adecuada es que se trataba más de una insuficiencia mitral funcional crónica (...) que a una disfunción mitral isquémica aguda, y, por lo tanto, la actitud a seguir era el tratamiento farmacológico y el seguimiento clínico posterior ambulatorio (en este, en función de la situación clínica y su grado funcional posterior, podría valorarse la necesidad de un intervencionismo con mitraclip o cirugía en caso de que la clase funcional no fuera adecuada)”. Por lo que se refiere a la válvula aórtica, afirma que “presentaba tan solo una estenosis moderada”, por lo que la “cirugía solo estaría indicada en caso de que hubiera que realizar un abordaje quirúrgico de la válvula mitral o de las coronarias que, como ya he comentado, no estaba indicado”.

Considera que “todo el supuesto en el que se basa es (..) erróneo”, pues la reclamación “se centra fundamentalmente en las valvulopatías y las indicaciones que tendrían (...) de intervención (en especial la válvula aórtica) por la sintomatología asociada, obviando que la sintomatología a la que se refiere es consecuencia no de su valvulopatía (hasta el momento del ingreso no se refería clínica, ni se había solicitado asistencia (...), por lo que es obvio inferir que estaba asintomático), sino del síndrome coronario agudo por el que de hecho ingresa (...). No se le traslada porque presente una patología valvular sino porque presenta un síndrome coronario agudo y con posterioridad encontramos asociada una doble valvulopatía”.

En segundo lugar hace referencia al informe de “un ecocardiograma transesofágico para reforzar la sesgada idea de que su valvulopatía mitral era orgánica y no funcional”, y pone de manifiesto que “el ETE no es contradictorio con el ETT, coincidiendo ambos en que la mayor parte del mecanismo es la restricción del velo posterior (o sea funcional). Sería interesante ver el informe entero (...) para ver si en su conclusión diagnóstica (se) afirma que la IM es

orgánica (lo dudo) o más bien mixta o funcional. De hecho (...), si fuera orgánica y con solo unas pequeñas cuerdas rotas (entiendo que se referirá a cuerdas de 2 o 3 orden) habría sido reparable y no se hubiera, como así se hizo, colocado una prótesis biológica. Quiero apuntar también que el hecho de que tengas unas pequeñas cuerdas rotas con el antecedente previo del IAM haría imposible discernir si ya estaban o no rotas antes del nuevo evento, aunque como también expone correctamente si hubieran roto en este evento y hubieran provocado una IM aguda muy severa lo mas probable es que hubiera entrado en una situación de shock cardiogénico en la que afortunadamente no estuvo”.

Respecto a la válvula aórtica, después de transcribir parcialmente el informe que facilita el interesado, afirma que para discernir si se trataría de una planimetría que podría ser severa “habría que haber realizado un test con dobutamina que no me refiere que hiciera, supongo que no se realizó porque si su GF se deterioró y se decidió intervencionismo de la mitral al ser una válvula aórtica degenerativa y con una estenosis al menos moderada la actitud no cambiaría y habría que cambiarla igualmente fuera moderada o severa”, considerando que “el valor absoluto de 1 cm<sup>2</sup> es justo el punto de corte entre moderada y severa, o sea que únicamente el valor indexado cumpliría el criterio de severidad, y como he comentado antes si se calculó por planimetría y con bajo gasto y sin un test de dobutamina ni siquiera se podría afirmar que lo fuera”.

Indica que una vez que pasó a la planta de hospitalización “la evolución clínica, lejos de lo que hubiera sucedido en un paciente con rotura de cuerda aguda e IM severa asociada, fue adecuada, y como no se iba a prolongar en exceso el alta se comentó con el paciente y en vez de remitirlo a su hospital de referencia se dejó en nuestro centro. Como se puede comprobar en la historia clínica, tanto en los cursos médicos como en los de enfermería desde el día 24 hasta el 29 (en) que fue dado de alta estuvo asintomático y deambulando, sin disnea, y como única incidencia presentó un cuadro compatible con podagra

(...); al alta su GF no era un GF III por lo que el deterioro de su situación funcional debió ser posterior”.

Manifiesta que “dada su patología se estableció un seguimiento al alta (...). Se recomendó (...) control por su médico de atención primaria y cardiólogo de área. Revisada la historia electrónica, acude a su (médico atención primaria) quien le solicita la interconsulta de seguimiento a Cardiología (...) el día 3 de junio, día que por cierto (...) le baja la dosis de furosemida a 20 mg al día, lo que parece indicar que no estaba congestivo en ese momento (...). No acudió a la consulta de Cardiología (tenía cita el 19 de julio) (...). Tal y como consta en nota del día 17-07-2019 (...), también se intenta seguimiento en nuestro centro `el paciente consulta en Cirugía Cardíaca de Centro Médico (...) por insuficiencia cardíaca´” y se “`contacta conmigo para reevaluar al paciente. Considera que puede tener opción de reparación/mitraclip sobre válvula mitral, sería preciso ETE y se cita en consulta de valvulopatía, donde se valorará solicitar ETE (...) en sesión (médico-quirúrgica), se contacta telefónicamente a paciente -responde su nuera, le explico el planteamiento y le indico que (...) puede acudir a Urgencias en su hospital de referencia o en este-´. Se le da cita, una vez más no acude, ni en esa ocasión ni con posterioridad en 2020, tampoco hay constancia de que (...) acudiera a Urgencias (...). Paradójicamente el día 12 de septiembre de 2019 sí que acude a Urgencias del (Hospital `Y´) por un cuadro clínico diferente de dispepsia, sin que en ese momento ni refiera ni se constate cuadro de descompensación cardiológica (el único fármaco que se modificó fue pantoprazol por nexium)”.

Concluye que “la actuación fue la adecuada, resolución de la patología aguda y posterior seguimiento clínico para valorar en función de este las posibles (...) actuaciones./ A pesar de que dicho seguimiento se indicó, no se realizó ni en su centro de referencia ni en el nuestro, decidiendo acudir por propia voluntad a medios privados a pesar de que se ofertó tanto seguimiento en consulta de Cardiología como la posibilidad de acudir a Urgencias en caso de que el empeoramiento clínico no le permitiera esperar”.

4. Obra en el expediente, a continuación, un escrito presentado por el interesado el 24 de septiembre de 2020 en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que señala efectuar reclamación de responsabilidad patrimonial por “el padecimiento de daños significativos como consecuencia de la actuación profesional de algunos integrantes del Servicio de Urgencias Generales del Hospital ‘Y’” el día 12 de septiembre de 2019.

En él manifiesta que las “decisiones médicas que justifican” esta nueva reclamación radicarían en que los facultativos que le “atendieron (...) no procedieron a llevar a cabo (su) ingreso en planta de hospitalización a pesar de conocer la insuficiencia mitral aguda orgánica muy severa, la estenosis aórtica severa y la hipertensión pulmonar severa que padecía”. Considera, tras repasar los protocolos médicos y guías de actuación clínica que cita, que “la decisión” de no ingresarle “en planta de hospitalización padeciendo las dolencias cardíacas señaladas constituye (...) una vulneración de la *lex artis ad hoc*”, y que “como consecuencia directa” de ello se vio obligado a enfrentarse a “un peligroso deterioro de (su) salud en las semanas siguientes que hizo imprescindible (su) intervención quirúrgica el día 7 de octubre de 2019; es decir, 24 días después de no haber sido ingresado en planta de hospitalización”.

Solicita en esta segunda reclamación una indemnización de tres mil ciento cincuenta y tres euros con cincuenta céntimos (3.153,50 €), que desglosa en los siguientes conceptos: indemnización por pérdida temporal muy grave de la calidad de vida por los 24 días que pasaron entre el 12 de septiembre de 2019 (fecha en la que recibió el alta) y el 7 de octubre de 2019 (fecha en la que fue intervenido quirúrgicamente), 2.400 €; 1 hora diaria de ayuda de tercera persona que necesita por padecer “una enfermedad cardíaca que produzca una incapacidad funcional de grado III en la escala NYHA”, 191 €, e indemnización por los 24 días que pasaron entre el alta procedente del Servicio de Urgencias y el día en que fue intervenido quirúrgicamente, 562,50 €.

5. Mediante escrito notificado al interesado el 20 de octubre de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de la documentación incorporada al procedimiento hasta ese momento.

El día 18 de noviembre de 2020, el interesado presenta un escrito de alegaciones en el que pone de manifiesto que “el objeto de la presente reclamación (...) es única y exclusivamente la actuación profesional de los facultativos del Servicio de Cardiología del Hospital ‘X’ durante el periodo de tiempo en el que permanecí allí ingresado./ Esta reclamación de responsabilidad patrimonial no versa, en absoluto, acerca del comportamiento de los profesionales de otros centros sanitarios pertenecientes al Servicio de Salud del Principado de Asturias”.

A continuación formula diversas apreciaciones relacionadas con la asistencia sanitaria recibida el día 19 de julio de 2019 con ocasión de la cita con el cardiólogo del Hospital “Z”, y refiere que “dicho cardiólogo, tras la correspondiente anamnesis, reconocimiento médico y electrocardiograma, nos recomendó encarecidamente que accediéramos a que yo permaneciera ingresado en dicho hospital./ La negativa tajante de mis hijos, combinada con la delicada situación psicológica en la que me hallaba en aquel momento (...), me llevó a rechazar la recomendación de ingreso hospitalario (...). Un cuadro clínico de vómitos me obligó a acudir dos veces en 48 horas al Servicio de Urgencias del (Hospital ‘Y’). Me acompañó mi hijo (...), el cual no solo informó acerca de mis valvulopatías a la doctora que me atendió sino que, además, proporcionó todos los informes clínicos sobre mis dolencias cardíacas (...). A pesar de ello, los facultativos del (Hospital ‘Y’) no realizaron ninguna prueba de imagen/sonido de cara a valorar la situación de mis valvulopatías en ese momento (...). Dicha doctora y la facultativa que me atendió 48 horas después en mi segundo ingreso en el Servicio de Urgencias (...) confirmaron que la cita

preferente había sido formalmente solicitada (...). Mi hijo (...) recibió algunas semanas después un SMS concretando dicha cita (...). No acudí (...) porque ya había sido operado y me encontraba hospitalizado luchando por mantenerme vivo./ La situación de zozobra que padecía como consecuencia del riesgo vital que yo sabía que estaba asociado a la gravedad de mis valvulopatías me hizo decantarme por ser intervenido con la máxima urgencia (...). Desde la primera consulta con el doctor” de la sanidad privada “este mostró claramente su deseo de que el abordaje quirúrgico de mis valvulopatías fuera realizado por facultativos integrados en el (Servicio de Salud del Principado de Asturias), que la sanidad pública se hiciera cargo de la operación quirúrgica que necesitaba urgentemente. Como consecuencia de ello (...) se puso en contacto con los colegas del Hospital `X` que estimó conveniente./ Estos doctores se pusieron en contacto con alguno de mis familiares. El cuadro de zozobra que sufría impidió que yo atendiera sus llamadas personalmente./ La realización de la intervención quirúrgica a la que fui sometido el día 7 de octubre de 2019 se debió, única y exclusivamente, al temor que se apoderó de mí, enfrentado a la elevada posibilidad de mi muerte si mis valvulopatías no eran abordadas quirúrgicamente con carácter de urgencia (...). La reducción por parte de mi médico de atención primaria (...) de la dosis de furosemida que había sido pautaada en el Hospital `X` se debió en parte, según me comentó, al recelo que le suscitaba la administración de una dosis bastante elevada de diuréticos dados los graves problemas renales que había padecido durante mi hospitalización (...), y de los que dicho doctor era perfecto conocedor (...). No acudí a los servicios de urgencias de los hospitales públicos con el fin de solicitar ayuda médica para el tratamiento de mis valvulopatías una vez que había abandonado el Hospital `X` debido al síndrome de evitación de los estímulos asociados con el trauma que, lamentablemente, generó el hecho de sufrir una disnea que me incapacitaba para realizar las actividades de la vida cotidiana unas 48 horas después de haber recibido el alta clínica”. Muy a mi pesar, “enfrentarme al sufrimiento físico (...) generado por unas valvulopatías

que sentía en lo más profundo de mi ser estaba acabando con mi vida, me llevó (entre otras disfunciones psicológicas) a perder la confianza en cualquiera que no fuera alguno de mis hijos o (...) nuera./ Únicamente la perseverancia de mis hijos hizo posible que accediera a acudir (...) en busca de ayuda médica (...). Que en septiembre de 2019 no presentara una descompensación hemodinámica lo suficientemente evidente y significativa como para justificar mi ingreso hospitalario en la unidad o área de Cardiología del (Hospital `Y´) sin haberme sido realizada ninguna prueba de imagen/sonido diagnóstica en dicho hospital fue, probablemente, fruto del eficaz tratamiento farmacológico que me había pautado el doctor (...) a mediados de julio de ese mismo año./ Llevaba ya dos meses intensamente polimedicado cuando acudí al Servicio de Urgencias del (Hospital `Y´). Tal vez mis vómitos estuvieran relacionados con dicho tratamiento farmacológico, necesario pero con evidentes efectos secundarios./ En mi primera visita a la consulta del doctor (...) en julio de 2019” este “comentó (...) `está gravemente descompensado. De momento no podemos pensar en operarle. Hay que estabilizarle primero. Si le metemos ahora en el quirófano lo matamos´”.

Reitera que “la no utilización de otras pruebas diagnósticas de imagen/sonido (por ejemplo, la ecocardiografía transesofágica, la resonancia magnética, la ecocardiografía usando un contraste o el doppler 3-D) por parte de los facultativos (...) vulnera la obligación de medios vinculada a la actuación de los profesionales de la sanidad pública en nuestro país”, e indica que “la calificación de la insuficiencia mitral severa que padecía como primaria u orgánica procede de la consideración del contenido de los protocolos de actuación, guías de práctica clínica y artículos de la literatura médica” a los que se refiere en su escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, afirma que “el mecanismo correspondiente a la insuficiencia mitral” que sufrió “se corresponde con el característico de una insuficiencia mitral orgánica”.

Considera que “la existencia de unas jornadas sin síntomas significativos es compatible con el padecimiento de una insuficiencia mitral primaria severa

vinculada a un elevado riesgo vital”, y sostiene que “el uso de cuantas técnicas de imagen diagnóstica estaban a disposición de los facultativos del Servicio de Cardiología del Hospital `X´ (...) hubiera permitido identificar el prolapso de velo interior (...) y la rotura de cuerdas tendinosas que caracterizaban a mi insuficiencia mitral orgánica y realizarme una intervención quirúrgica que los protocolos de actuación, las guías de práctica clínica y los artículos de literatura médica sobre insuficiencia mitral consideran muy urgente e incluso, en numerosas ocasiones, de rescate vital”.

Estima “improbable que las cuerdas tendinosas que tenía rotas antes de ser intervenido quirúrgicamente fueran cuerdas de segundo o tercer orden”, e insiste en que “la afectación de cuerdas tendinosas de la válvula anterior, asociada al prolapso (...) que caracterizaba a (su) insuficiencia mitral primaria severa, constituye una indicación de la realización de una intervención quirúrgica consistente en un recambio valvular (en mi caso la implantación de una prótesis biológica) y no una reparación”.

Puntualiza que “la ausencia de síntomas significativos (permanecer `asintomático´) durante unos días habiendo estado sometido durante más de una semana a un tratamiento farmacológico caracterizado por su intensidad y la probada eficacia de sus componentes no debió demorar (...) la realización de la apropiada intervención quirúrgica con la que abordar, siguiendo las indicaciones de los protocolos de actuación y guías de práctica clínica sobre valvulopatías, eficazmente (su) insuficiencia mitral primaria severa”.

En relación con la afirmación que figura en las notas de enfermería correspondientes al 20 de mayo de 2019 -“parece que la IM es la causante de la evolución lenta del cuadro por lo que se valorará si el paciente podría ser subsidiario de tratamiento con mitraclip”-, señala que para “llevar a cabo dicha valoración adecuadamente habría sido necesario” realizar “cuantas pruebas diagnósticas de imagen/sonido estuvieran disponibles en un centro hospitalario de referencia como el Hospital `X´. Considero sensato afirmar que la realización de dichas pruebas hubiera sido la estrategia exigida por la obligación

de medios ya reseñada con el objetivo de evaluar con la precisión deseable las características clínicas de mi insuficiencia mitral y, de esta forma, valorar conforme a la *lex artis ad hoc* si (...) era subsidiario de tratamiento con mitraclip”.

Respecto a la aseveración que hace el facultativo del Servicio de Cardiología en el informe de 6 de julio de 2020 -“para discernir si realmente era severa” la estenosis aórtica “habría que haber realizado un test con dobutamina”-, el interesado considera que “la obligación de medios asociada a la actuación profesional de los facultativos del Servicio de Cardiología del Hospital `X` se hubiera debido materializar en la realización de dicho test en este centro hospitalario durante (su) estancia en el mismo con el fin de llevar a cabo un diagnóstico diferencial fiable entre estenosis aórtica moderada y severa”.

Al hilo de la afirmación de que “el hecho de que tengas unas pequeñas cuerdas rotas con el antecedente previo del IAM hacía imposible discernir si ya estaban rotas antes del nuevo evento”, el reclamante razona que “parece sensato considerar que la realización de un ecocardiograma transesofágico o cualquier otra prueba diagnóstica de imagen/sonido adecuada para valorar (sus) valvulopatías, consecuencia de la obligación de medios ya aludida y dada la mala ventana propia del ecocardiograma transtorácico mencionado, habría hecho posible discernir si las cuerdas tendinosas (...) estaban rotas en el momento en el que (...) estaba ingresado en el Hospital `X`./ Saber si estaban rotas cuando (...) permanecía ingresado en este centro hospitalario de referencia habría permitido haber adoptado las decisiones clínicas contenidas (...) en los protocolos de actuación y guías de práctica clínica sobre valvulopatías que constituyen la *lex artis ad hoc*”.

El perjudicado se muestra de acuerdo con el facultativo del Servicio de Cardiología en que “sería interesante ver el informe entero” del centro privado donde fue atendido, y pone de manifiesto que por ello aportó “una fotocopia de su contenido íntegro como documento adjunto a (su) escrito de reclamación de

responsabilidad patrimonial". Respecto a la manifestación que se hace en el referido informe de que "el ETE no es contradictorio con el ETT, coincidiendo ambos en que la mayor parte del mecanismo es la restricción del velo posterior", el reclamante aduce que no concibe "cómo puede compararse una prueba diagnóstica caracterizada por su mala ventana ecocardiográfica, que (según los profesionales que llevaron a cabo dicha prueba) hace difícil la valoración de la entidad de (sus) valvulopatías en ese contexto, con el ecocardiograma transesofágico realizado por un prestigioso experto en imagen cardíaca (...) sin ningún tipo de incidencia que pueda limitar su utilidad diagnóstica y que permite (...) elaborar unas conclusiones muy claras que aporta en su informe clínico y dieron lugar a que (...) (se) sometiera a una intervención quirúrgica preferente./ Dichas conclusiones son las siguientes: (Su) válvula mitral se caracteriza por tener pequeñas cuerdas tendinosas rotas y presenta un prolapso anterior (...). La mala ventana propia del ecocardiograma transtorácico que (le) fue realizado en el Hospital 'X' impidió ofrecer información como la que generó el ETE realizado (...). Por ello (...), señalar que el ETE no es contradictorio con el ETT no es una manifestación de la medicina basada en la evidencia que debe caracterizar a la sanidad pública española del siglo XXI".

Finalmente, subraya que "el hecho de que sea tras la intervención del doctor" que especifica "cuando se (le) cite para, tal vez, solicitar la realización de un ETE que pueda conducir, quizá, a una nueva valoración en sesión (médico-quirúrgica) -teniendo en cuenta la no realización de prueba de imagen/sonido diagnóstica alguna capaz de proporcionar información fiable que hubiera podido sortear las limitaciones impuestas por la mala ventana propia del ETT que (le) había sido realizada- parece difícilmente conciliable con la diligencia que forma parte de las obligaciones de los profesionales sanitarios conforme al contenido de la *lex artis ad hoc*".

**6.** A la vista de la solicitud contenida en el escrito de alegaciones de que se recabe la opinión de diferentes especialistas en Cardiología y Cirugía Cardíaca, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas acuerda, con fecha 9 de diciembre de 2020, “denegar la realización de las pruebas solicitadas” al considerar que “la documentación que (...) se encuentra incorporada al expediente permite analizar correctamente la asistencia que le fue dispensada por el Servicio de Salud del Principado de Asturias”.

Si bien consta en el expediente un asiento de registro de salida fechado el 17 de diciembre de 2020, mediante el que se procede a dar traslado de este acuerdo al reclamante, no hay constancia fehaciente de ello entre la documentación incorporada a aquel.

**7.** El día 14 de diciembre de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio al considerar que “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*”. En ella se razona que “el reclamante atribuye toda su sintomatología a la patología valvular que presentaba, pero antes del ingreso de mayo de 2019 por el IAM no la presentaba ni había solicitado asistencia por ese motivo. La valvulopatía mitral que presentaba era de tipo funcional (así se reconoce en el informe del centro privado) y, por tanto, lo adecuado era realizar tratamiento farmacológico como primera opción, hacer un seguimiento clínico ambulatorio y valorar las opciones quirúrgicas si se producía un empeoramiento del estado cardiológico. Al alta hospitalaria el paciente estaba en situación estable (de hecho, días después su MAP le bajó la dosis de diurético). El paciente optó por (...) abandonar la sanidad pública y acudir a un centro privado”.

**8.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 18 de enero de 2021, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita

dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ...., de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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.

En la documentación incorporada al expediente remitido nos encontramos con dos reclamaciones de responsabilidad patrimonial que presenta la misma persona. En la primera de ellas, formulada el 14 de mayo de 2020, el interesado cuestiona "la actuación profesional de algunos integrantes del Servicio de Cardiología del Hospital `X´ durante (su) estancia (...) en dicho centro sanitario tras haber sufrido un infarto agudo de miocardio" entre los días 15 y 29 de mayo de 2019, y solicita una indemnización de 17.082,33 €. En la segunda, presentada el 24 de septiembre de 2020, cuestiona "la actuación profesional de algunos integrantes del Servicio de Urgencias Generales del Hospital `Y´ (...) durante (su) estancia (...) en dicho centro sanitario" el día 12 de septiembre de 2019, y cuantifica la indemnización que reclama en 3.153,50 €; cantidad que se encuentra enteramente subsumida, a tenor del reparto que

hace el propio reclamante, en la indemnización solicitada en la primera reclamación.

Dispuesta por el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas la apertura del trámite de audiencia, en el escrito de alegaciones presentado el 18 de noviembre de 2020 el perjudicado aduce que “el objeto de la presente reclamación de responsabilidad patrimonial es única y exclusivamente la actuación profesional de los facultativos del Servicio de Cardiología del Hospital `X´ durante el periodo de tiempo en el que permaneció allí ingresado”, precisando que “esta reclamación de responsabilidad patrimonial no versa, en absoluto, acerca del comportamiento de los profesionales de otros centros sanitarios pertenecientes al Servicio de Salud del Principado de Asturias”.

En estas condiciones, acotada la acción de responsabilidad a la asistencia prestada por el Servicio de Cardiología y teniendo en cuenta que la segunda reclamación no rebasa el límite de los 6.000 € que determina la competencia que con carácter preceptivo le corresponden a este Consejo a tenor de lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, tras la modificación operada por la Ley del Principado de Asturias 1/2006, de 16 de febrero, debemos señalar que este dictamen queda circunscrito a la formulada el 14 de mayo de 2020.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 14 de mayo de 2020, y en ella se cuestiona la asistencia prestada al reclamante en el Hospital “X” entre los días 15 y 29 de mayo de 2019, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

**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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 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 la presente reclamación el interesado solicita una indemnización por los daños y perjuicios morales que considera le han sido causados a raíz de la asistencia médica que le fue prestada en el Hospital "X" entre los días 15 y 29 de mayo de 2019, en que permaneció ingresado por posible infarto agudo de miocardio. Califica como contraria a la *lex artis ad hoc* la asistencia recibida en dicho centro hasta el momento del alta hospitalaria, apreciando una insuficiencia de medios y pruebas de la que se derivaría un error de diagnóstico, al que asocia los daños y perjuicios cuya indemnización postula. Alega un deterioro en su estado de salud tras el alta hospitalaria y considerando su "vida en peligro", tras perder la confianza en el sistema sanitario público, decidió acudir a la sanidad privada para el tratamiento de su patología, en la que sería intervenido el 7 de octubre de 2019.

En cuanto a la efectividad de los daños cuya indemnización se insta, conviene tener presente que el reclamante no alega ningún perjuicio patrimonial, tal y como suele acontecer en reclamaciones similares a la que nos ocupa, en las que normalmente se solicita el reintegro de las cantidades satisfechas a la medicina privada so pretexto de una inadecuada respuesta por parte de los servicios públicos sanitarios. En el presente caso, el perjudicado se limita a reclamar una indemnización por los daños que él mismo califica expresamente como "morales", y que considera se le han causado por haber sido dado de alta hospitalaria el 29 de mayo de 2019 sin haber sido operado, o cuando menos incluido "en la sección de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada con la clasificación de prioridad 1", tal y como exigía en aquel momento una correcta *lex artis ad hoc*.

La documentación incorporada al expediente acredita que con posterioridad al alta hospitalaria del episodio clínico cuestionado, con un

diagnóstico principal que incluía entre otras patologías una “IM severa secundaria a disfunción isquémica” y una “EOA moderada”, para lo que le fue pautado “control por su médico de atención primaria y cardiólogo de área”, el 17 de julio de 2019 decide consultar su patología en el Servicio de Cardiología de un centro sanitario privado. Al facultativo que le atiende le refiere que presenta “desde el alta (...) situación clínica con fatiga, clase funcional III, se moviliza con andador. Ortopnea, duerme prácticamente incorporado”, y tras realizársele un ecocardiograma se establece el diagnóstico de “insuficiencia mitral severa, funcional”, pautándosele “optimización de tratamiento médico y en función de evolución se recomendaría completar estudio con ETE para valorar posibilidades de actuación sobre problema valvular”. Con posterioridad, un ecocardiograma transesofágico efectuado el 23 de agosto de 2019 objetiva una “IM muy severa”, lo que condujo a que el 6 de octubre de 2019 ingresara en dicho centro privado “para cirugía cardíaca por insuficiencia mitral y estenosis aórtica severas”, procediéndose al día siguiente a un “implante de prótesis biológica mitral” y “de prótesis aórtica biológica”.

Ante esta cronología de hechos que permite apreciar la desfavorable evolución de la patología cardíaca sufrida por el perjudicado tras el alta hospitalaria acordada por el Hospital “X” el 29 de mayo de 2019, y siquiera sea a efectos puramente dialécticos, podemos dar por acreditada la existencia de un daño de índole moral efectivo cuyo alcance y evaluación económica determinaremos si concurren el resto de los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial.

Ahora bien, basándonos también en esa misma cronología de hechos, adelantamos ya que la reclamación no puede prosperar, toda vez que la documentación incorporada al expediente pone de manifiesto que lo que el interesado trata de presentar como una pérdida de confianza en la forma en que el servicio público sanitario venía tratando la patología que le fue diagnosticada en el Hospital “X”, hasta el punto de considerar su “vida en peligro”, carece de justificación objetiva. Al contrario, lo que prueba dicha

documentación es que por las razones que fueran el ahora reclamante decidió en un momento determinado simultanear y completar su proceso asistencial en el ámbito de la medicina privada, advirtiéndose que hasta en dos ocasiones no acudió a las citas programadas para el seguimiento de su dolencia y que en el ínterin entre la asistencia recibida con motivo de su ingreso hospitalario el 15 de mayo de 2019 y la operación que se le practica en el centro privado el 7 de octubre de 2019, había acudido al Servicio de Urgencias los días 10 y 12 de septiembre de 2019, si bien por un cuadro clínico diferente de dispepsia, náuseas y vómitos, sin que los facultativos intervinientes apreciaran una sintomatología cardíaca tal que determinara su inmediato ingreso hospitalario.

En efecto, se desprende del expediente que el 15 de mayo de 2019 el interesado es trasladado al Hospital "X" desde el Hospital "Z" al detectársele tras la realización de una serie de pruebas por dolor en un hombro tras una caída un "síndrome coronario agudo". Puesto en contacto el Servicio de Urgencias del Hospital "Z" con el Servicio de Cardiología del Hospital "X" es este último el que, ante la sospecha de "un infarto lateral evolucionado en un paciente con antecedentes de un infarto previo en 2005", decide el traslado. El ingreso en este último centro se prolonga entre los días 15 y 29 de mayo de 2019, estableciéndose al alta el diagnóstico principal, entre otras patologías, de una "IM severa secundaria a disfunción isquémica" y una "EOA moderada". Al respecto, interesa señalar que según consta en el informe del servicio "los hallazgos del ecocardiograma con la restricción al velo posterior de la válvula mitral, sumados a las alteraciones regionales, a la coronariografía y a su infarto previo, hacen que la interpretación más adecuada es que se trataba más de una insuficiencia mitral funcional crónica (...) que a una disfunción mitral isquémica aguda, y, por lo tanto, la actitud a seguir era el tratamiento farmacológico y el seguimiento clínico posterior ambulatorio (en este, en función de la situación clínica y su grado funcional posterior, podría valorarse la necesidad de un intervencionismo con mitraclip o cirugía en caso de que la clase funcional no fuera adecuada)". Por lo que se refiere a la válvula aórtica,

afirma que “presentaba tan solo una estenosis moderada”, por lo que la “cirugía solo estaría indicada en caso de que hubiera que realizar un abordaje quirúrgico de la válvula mitral o de las coronarias que, como ya he comentado, no estaba indicado”. A partir de este diagnóstico, que no evidenciaba la sintomatología propia de una insuficiencia mitral aguda, consta igualmente que “la evolución clínica, lejos de lo que hubiera sucedido en un paciente con rotura de cuerda aguda e IM severa asociada, fue adecuada”. De hecho “como no se iba a prolongar en exceso el alta se comentó con el paciente y en vez de remitirlo a su hospital de referencia se dejó en nuestro centro. Como se puede comprobar en la historia clínica, tanto en los cursos médicos como en los de enfermería desde el día 24 hasta el 29 (en) que fue dado de alta estuvo asintomático y deambulando, sin disnea”. En este contexto se produce el alta hospitalaria pautándosele “control por su médico de atención primaria y cardiólogo de área”.

Atendiendo a esta recomendación el reclamante acude a su médico de atención primaria el 3 de junio de 2019, que solicita ese mismo día interconsulta a Cardiología del Hospital “Z”, que queda fijada para el 19 de julio de 2019. Sin embargo, dos días antes de la fecha prevista para esta consulta es valorado en el Servicio de Cardiología de un centro sanitario privado. Conviene retener que durante esa visita, según reconoce el propio reclamante en su escrito de alegaciones, el doctor le comenta que “está gravemente descompensado. De momento no podemos pensar en operarle. Hay que estabilizarle primero. Si le metemos ahora en el quirófano lo matamos”. Desde el centro sanitario privado se contacta telefónicamente con el Servicio de Cardiología del Hospital “X”, y ante la consideración de que pudiera “tener opción de reparación/mitraclip sobre válvula mitral”, para lo cual sería preciso realizar un “ETE”, el Servicio de Cardiología del Hospital “X” lo cita “en consulta de Válvulas. Se valorará solicitar ETE para presentar en (sesión médico quirúrgica)”; avisado “telefónicamente (...) -responde su nuera, le explico el

planteamiento y le indico que (...) puede acudir a Urgencias en su hospital de referencia o en este-”.

A pesar de que en la historia clínica incorporada al expediente no hay constancia de la consulta prevista para el 19 de julio de 2019 en el Servicio de Cardiología del Hospital “Z”, así se desprende de lo manifestado por el reclamante en su escrito de alegaciones cuando afirma que “el día 19 de julio de 2019 acudí junto a mis hijos a la cita que tenía con el cardiólogo correspondiente del Hospital “Z”. Dicho cardiólogo, tras la correspondiente anamnesis, reconocimiento médico y electrocardiograma, nos recomendó encarecidamente que accediéramos a que yo permaneciera ingresado en dicho hospital. La negativa tajante de mis hijos, combinada con la delicada situación psicológica en la que me hallaba en aquel momento (...) me llevó a rechazar la recomendación de ingreso hospitalario”.

Tras este rechazo, no consta que el interesado demandara asistencia de ningún tipo de los servicios públicos sanitarios a lo largo de agosto de 2019. Sí se constata, por el contrario, que acudió a la sanidad privada para el seguimiento de su patología; en concreto, el día 1 de agosto de 2019 a “revisión”, en la que se apreció una “mejoría clínica” y se solicita un “ecocardiograma transesofágico” que se realiza el 19 de agosto de 2019, anotándose en la revisión del día 23 de ese mismo mes que “se considera muy satisfactorio el resultado del seguimiento médico realizado, logrando la estabilidad clínica óptima. No obstante, la severidad de sus lesiones requiere valoración por Cirugía Cardíaca, a considerar viabilidad de solución quirúrgica y características de la misma”.

En septiembre de 2019 sí figura un requerimiento de asistencia con cargo a los servicios públicos sanitarios, pero no lo hace ante su médico de atención primaria, ni en el Hospital “Z”, y tampoco en el Hospital “X”, tal y como se le había indicado, sino que acude en dos ocasiones al menos al Servicio de Urgencias del Hospital “Y”. Solo tenemos constancia documental de la asistencia prestada el 12 de septiembre de 2019 en el referido Servicio,

reflejándose en el informe correspondiente que el día 10 de ese mismo mes había sido atendido, siendo el motivo de la consulta en ambos casos un “cuadro de náuseas y vómitos”.

En cuanto a la asistencia recibida el 12 de septiembre de 2019, el interesado ha formulado una reclamación de responsabilidad patrimonial que resulta ajena a la competencia de este Consejo por lo razonado en la consideración primera. Al respecto, en el escrito de alegaciones el reclamante ofrece una versión que altera en cierto modo los términos de la asistencia recibida al señalar que “un cuadro clínico de vómitos (le) obligó a acudir dos veces en 48 horas al Servicio de Urgencias del (Hospital `Y´)./ Me acompañó mi hijo (...), el cual no solo informó acerca de mis valvulopatías a la doctora que me atendió sino que además proporcionó todos los informes clínicos sobre mis dolencias cardíacas a esta doctora./ A pesar de ello, los facultativos del (Hospital `Y´) no realizaron ninguna prueba de imagen/sonido de cara a valorar la situación de mis valvulopatías en ese momento./ El doctor” que me atendió en la medicina privada insistió en que “fuera atendido urgentemente por algún cirujano cardiovascular (...), o en su defecto rogara al personal médico que estaba en contacto conmigo que gestionara una cita preferente con algún miembro del servicio de Cirugía Cardiovascular” del Hospital `Y´. Mi hijo “hizo dicha solicitud, que fue gestionada por la doctora de Urgencias mencionada(..). Dicha doctora y la facultativa que me atendió 48 horas después en mi segundo ingreso en el Servicio de Urgencias del (Hospital `Y´) confirmaron que la cita preferente (...) había sido formalmente solicitada (...). No acudí a esa cita porque ya había sido operado y me encontraba hospitalizado luchando por mantenerme vivo./ La situación de zozobra que padecía como consecuencia del riesgo vital que (...) sabía que estaba asociado a la gravedad de mis valvulopatías me hizo decantarme por ser intervenido con la máxima urgencia”. Como hemos señalado, el interesado sería finalmente intervenido en el centro sanitario privado de su elección el día 7 de octubre de 2019, procediéndose al “implante de prótesis biológica mitral” y “de prótesis

aórtica biológica". Tras esta operación retornó al servicio público sanitario para revisión, en concreto a la consulta del Servicio de Cardiología del Hospital `X`, donde fue visto el 27 de febrero de 2020.

Esta cronología de hechos, avalada además de por las propias manifestaciones del reclamante por la documentación clínica obrante en el expediente, tanto la facilitada por los servicios públicos sanitarios como por los privados, pone de relieve la atención continuada de los servicios sanitarios y la justificada actitud expectante y de observación -compartida incluso por el facultativo de los servicios de la medicina privada que el 17 de julio de 2019 descartó una intervención quirúrgica precipitada- en la asistencia prestada por el servicio público sanitario al interesado, no solamente durante su ingreso entre los días 15 y 29 de mayo de 2019 en el Servicio de Cardiología del Hospital "X", sino también tras el alta hospitalaria a la vista del seguimiento y atención especializada pautada.

En este contexto, la decisión del perjudicado de no esperar el desarrollo normal del curso asistencial en la sanidad pública y de buscar una segunda opinión en el ámbito de la medicina privada, confiando a esta última, a la vista de los nuevos hallazgos, su ulterior tratamiento quirúrgico, no pasa de ser la expresión de una opción en todo punto legítima y perfectamente entendible desde una perspectiva enteramente personal, pero no puede anudarse causalmente con un pretendido déficit asistencial del servicio público, que a lo largo de todo el proceso clínico descrito se mostró no solamente activo a los requerimientos que le eran demandados por el paciente, haciendo un seguimiento constante de la evolución de su patología, sino incluso colaborador con los facultativos de la sanidad privada.

En consecuencia, este Consejo Consultivo entiende que la responsabilidad patrimonial planteada no resulta imputable al funcionamiento del servicio público sanitario. La indemnización pretendida tiene su origen en una decisión personal y voluntaria del reclamante de acudir a la medicina privada abandonando los servicios de la sanidad pública cuando esta se

encontraba en el normal proceso asistencial, y ello sin dar opción a estos a su conclusión, por lo que tiene la obligación de soportar las consecuencias que se derivan de sus propias decisiones.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial tramitada, y, en consecuencia, debe desestimarse la solicitud presentada por .....”

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.