



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **5/2014**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 8 de enero de 2014, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 31 de mayo de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **206/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 21 de junio de 2006, x, actuando en nombre y representación de x, y, z...., cónyuge e hijos, respectivamente, de x, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial en solicitud de una indemnización por el fallecimiento de este último a consecuencia de la asistencia sanitaria que se le dispensó en el Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", de Murcia.

Relatan los reclamantes que x falleció el 22 de junio de 2005 en el indicado Hospital, cuando se le practicaba una coronariografía programada. Consideran que el fallecimiento fue consecuencia de una actuación negligente, *"ya que el facultativo que le intervino se extralimitó en el consentimiento informado que había expresado el paciente, y sobre todo, se incumplió la obligación de medios en que consiste la Medicina, ya que se vulneró la lex artis al no poner a disposición del paciente y de la asistencia que se estaba prestando en ese momento, todos los medios que la ciencia ofrece actualmente"*.

Los interesados solicitan ser indemnizados en una cantidad que no concretan, dejando para una fase posterior del procedimiento tal determinación, si bien dicha indemnización no será inferior a la cuantía prevista en la normativa sobre accidentes de tráfico, pero completada con las circunstancias personales, familiares y económicas que la muerte del paciente hubieran ocasionado, que se comunicarían a la Administración *"en el momento procedimental oportuno"*.

Se adjunta al escrito de reclamación la siguiente documentación:

- Escritura de apoderamiento de tres de los herederos de x a favor del Letrado que suscribe la reclamación, anunciando la acreditación de la representación del resto para más adelante.

- Copia de certificado de defunción de x.

- Copia del Libro de Familia y de los DNI del paciente y de su esposa.

- Copia del informe de alta por *exitus* del Servicio de Cardiología del Hospital "Morales Meseguer", de Murcia, de fecha 22 de junio de 2005.

Dicha prueba documental se completa con la solicitud de entrega del historial médico completo del paciente fallecido y se anuncia la futura presentación de informes forenses acreditativos de la alegada negligencia médica.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS), se ordena su instrucción al Servicio Jurídico del ente público sanitario, que procede a comunicar a los interesados la información prescrita por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Asimismo se da traslado de la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Dirección de los Servicios Jurídicos y a la aseguradora del SMS, al tiempo que se recaba del Hospital "Virgen de la Arrixaca" el envío de copia de la historia clínica del paciente y de informe de los facultativos que le prestaron asistencia.

TERCERO.- En contestación a dicho requerimiento, se remite informe del Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital, que es del siguiente tenor literal:

"El paciente SHG, de 68 años, era un paciente hipertenso, dislipémico, diabético en tratamiento con insulina y exfumador. Había sufrido en el 89 un infarto agudo de miocardio de localización inferior y en la coronariografía posterior se demostró que tenía lesiones significativas en las tres coronarias. Además, tenía signos de arteriopatía periférica con claudicación intermitente en las extremidades inferiores y estaba pendiente de tratamiento quirúrgico. Precisamente como estudio preoperatorio, se realizó una prueba de isquemia que demostró ser positiva para la cara lateral y posterior.

Podría resumirse como un paciente con múltiples factores de riesgo, arterioesclerosis avanzada al menos desde 1989, sintomática a nivel cardíaco con un infarto y cirugía coronaria previa y a nivel periférico, pendiente de cirugía, con signos evidentes actuales de isquemia cardíaca a pesar de la operación.

En un paciente de estas características, la realización de una coronariografía es un requisito previo ineludible a la operación de extremidades inferiores ya que la mortalidad y morbilidad del paciente, están más en relación a su problema cardíaco que al periférico.

PRIMERO.

Es falsa la afirmación que se hace en la primera página, cuando se afirma que el paciente falleció cuando se realizaba una coronariografía programada.

Al paciente se le realizó una coronariografía programada en la que, se constató la mala situación del paciente. Los tres troncos coronarios epicárdicos; descendente anterior, circunfleja y coronaria derecha estaban cerrados al 100% en su parte proximal. Del árbol nativo, solo tenía permeable una rama intermedia que no regaría más de un 10% del músculo cardíaco. Los puentes de la intervención quirúrgica realizada en 1989, una mamaria a descendente anterior muy fina y enferma en su tramo distal y una safena a CD con una lesión significativa en su zona media.

Tras poner de manifiesto la gravedad y severidad de sus lesiones coronarias y de su estado y el riesgo de quedarse así, que haría inviable la intervención quirúrgica en las piernas, se le explicó que una segunda intervención quirúrgica siempre sería de mucho más riesgo que la angioplastia, por lo que optamos por este segundo procedimiento revascularizante.

El paciente no murió como consecuencia de una coronariografía programada como se afirma, sino de una complicación durante la angioplastia aceptada por el paciente, en un paciente de alto riesgo por la operación previa y por el estado actual de su árbol coronario.

SEGUNDO.

También es falso que "el fallecimiento del paciente se produjo por una negligencia médica, ya que el facultativo se extralimitó en el consentimiento informado que había expresado el paciente, y sobre todo, se incumplió la obligación de medios en que consiste la medicina, ya que se vulneró la lex artis, al no poner a disposición del paciente y de la asistencia que estaba prestando en ese momento, todos los medios que la ciencia ofrece actualmente. Como consecuencia de lo antedicho, el paciente falleció".

El paciente no falleció de ninguna negligencia médica, sino de una complicación descrita y publicada: una perforación coronaria. La perforación coronaria consiste en la rotura incompleta de un vaso, ya sea de una coronaria nativa o un puente venoso o arterial de una antigua intervención quirúrgica. El grado es variable, desde mínimo: tipo 1, prácticamente sin consecuencias, al 3, muy grave. Al ser además de una safena, hace que la salida de la sangre sea al espacio pericárdico, originando bruscamente un taponamiento cardíaco, que impide el llenado del corazón y acarrea con frecuencia la muerte del paciente. Todos los puentes de safena, degeneran con el tiempo, calculándose que al menos a los 10 años, el 50% están degenerados con estrecheces significativas y abundante material de fibrina en su interior.

En un reciente artículo de Lansky y colaboradores publicado en el American Journal of Cardiology en el 2006, (Lansky A et al . AJC 2006; 98:370-374), se habla precisamente de esta rara complicación del intervencionismo cardíaco y su modo actual de tratamiento, que dicho sea de paso es exactamente el que se realizó en este paciente. En su revisión, se calcula que esta complicación ocurre en el 0,5% de los procedimientos

intervencionistas, siendo de grado 3, como fue este caso, la cuarta parte de los que sufren la perforación, conllevando un 19% de mortalidad, un 50% de infarto y un 65% de taponamiento cardiaco. El tratamiento actual consiste en el implante de una o varias prótesis intracoronarias (stents) especiales para estos casos, en el sentido que tienen una membrana de teflón por dentro y fuera del stent metálico en sí, por lo que al implantarlo sellan la perforación y la salida de la sangre.

Precisamente fue así como se trató este paciente, con el implante de 2 stents de la casa JOMED a la zona de la safena donde se observó la perforación. Junto a ello se tomaron las medidas generales de una perforación coronaria como una pericardiocentesis inmediata, administración de volumen, intubación y todas las maniobras rutinarias para el soporte del paciente. La causa del fallecimiento fue por lo tanto, la aparición de una complicación que no negligencia, tratada como hoy debe tratarse, pero que el paciente dada la mala situación de base al no tener prácticamente riego por otras coronarias, no respondió adecuadamente.

Por último, con respecto a extralimitarse en el consentimiento informado, es difícil entender lo que es extralimitarse. A todos los pacientes se les explica en su hospital de origen, el procedimiento que se va a realizar, sus riesgos y posibles complicaciones, se les da una hoja escrita y una vez leída y entendida, la firman si están de acuerdo. Posteriormente, cuando llegan al Hospital Virgen de la Arrixaca, se les vuelve a preguntar si entienden por qué están ahí y sus posibles riesgos. Se realiza la coronariografía diagnóstica tras lo cual, se le explica al paciente lo que hay y lo que habría que hacer y sólo con la total aceptación por parte del paciente realizamos el intervencionismo cardiaco. Esto es todavía más importante en los pacientes de alto riesgo como era éste paciente, pues como se puede entender por pura lógica, nadie está por la labor de realizar un procedimiento con alta posibilidad de complicaciones incluida la muerte y menos sin la aceptación completa del paciente.

En resumen, el paciente x, falleció de una rara complicación de una angioplastia coronaria claramente indicada y aceptada por el paciente. La complicación de ninguna forma puede ser asociada a negligencia médica, pues en todo momento el procedimiento se realizó siguiendo las guías del buen hacer médico. El tratamiento que se utilizó tras advertir la complicación fue rápido y correcto. La causa de la muerte fue realmente la situación basal del paciente, su arterioesclerosis generalizada y la obstrucción de sus tres arterias coronarias epicórdicas agravada por una complicación no provocada y tratada de manera correcta".

CUARTO.- Tras reiterar de nuevo la instrucción su solicitud de remisión de copia de la historia clínica, el Hospital remite dos soportes digitales -CD-R programa X- CELERA, y CD-R, copia de procedimiento intervencionista coronario realizado a x, el 22 de junio de 2005-, que no han sido incorporados al expediente remitido al Consejo Jurídico.

Solicitada copia de la historia clínica del paciente al Hospital "Morales Meseguer" de Murcia, centro que derivó al paciente al "Virgen de la Arrixaca" para el procedimiento intervencionista coronario durante cuyo desarrollo se produjo la muerte, es enviada e incorporada al expediente.

QUINTO.- Con fecha 19 de julio de 2007, se recaba informe del Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias (Inspección Médica).

SEXTO.- Por la aseguradora del SMS se presenta un informe médico-pericial elaborado por un especialista en Cardiología, que alcanza las siguientes conclusiones:

"1. El paciente tenía un perfil de alto riesgo quirúrgico de cara a una cirugía vascular por lo que el hacerle un estudio no invasivo de provocación de isquemia antes de operarle fue correcto, es el tipo de paciente que se beneficia de una revascularización coronaria antes de la cirugía.

2. Hacerle la coronariografía fue adecuado ya que el eco stress demostró que había isquemia inducible; la finalidad de la misma no era solo diagnóstica y la falta de revascularización ante la presencia de lesiones severas en el injerto no tenía sentido. La experiencia actual favorece la estrategia de revascularización con ACTP.

3. El fallecimiento se produjo por una complicación que puede ocurrir en estos casos y no por una negligencia médica ni por falta de medios en el Hospital.

4. La atención al paciente fue en todo momento correcta y se atuvo a la lex artis ad hoc".

SÉPTIMO.- El 9 de octubre de 2012 la Inspección Médica evacua su informe, en el que se alcanzan las siguientes conclusiones:

"1. X de 68 años de edad, presentaba cardiopatía isquémica con antecedentes de IAM (infarto agudo de miocardio) y cirugía cardiovascular de doble bypass realizada en 1986 (sic) e isquemia crónica de extremidades inferiores.

2. Para tratar la isquemia en los miembros inferiores que presentaba, se planteó tratamiento quirúrgico, antes del mismo se debe valorar la situación cardiológica previa, que fue lo que se realizó.

3. En la valoración cardiológica se constató la existencia de isquemia inducible, por lo que es correcta la petición de una coronariografía para objetivar el estado del árbol coronario y la necesidad de revascularización cardiaca. El paciente conocía que se le iba a realizar el cateterismo, 4 meses antes de su realización y firmó los documentos de CI (consentimiento informado) para la realización de cateterismo diagnóstico y terapéutico.

4. Durante el procedimiento se produjo una complicación en la angioplastia, hubo una perforación en el puente de safena a DA (arteria descendente anterior), que se trató de manera correcta con la adopción de medidas generales y específicas, pese a lo cual, desafortunadamente, el paciente falleció. El Servicio de Cardiología Intervencionista del HUVA dispone de los medios necesarios para la realización de estas técnicas.

5. La actuación de los profesionales fue correcta".

OCTAVO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados, no consta que hayan hecho uso del mismo, al no

presentar alegaciones, documentos o justificaciones adicionales.

NOVENO.- Con fecha 14 de mayo de 2013 el órgano instructor formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren los elementos generadores de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitario y el fallecimiento del paciente.

DÉCIMO.- Consta en el expediente que por los reclamantes se interpuso recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta de su reclamación por silencio administrativo. Las actuaciones derivadas del mismo, seguidas ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Murcia con el número de procedimiento ordinario 803/2008, finalizan por auto de 31 de enero de 2011, que acuerda tener por desistidos a los actores.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 31 de mayo de 2013.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

1. En principio, la legitimación activa, cuando se trata de un paciente fallecido, recae en el cónyuge y en los hijos del finado, al ostentar la condición de interesados para deducir la reclamación de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 LPAC, en relación con el artículo 4.1 RRP. En el caso de que actúen a través de un representante, como ocurre en el presente caso, ha de resultar acreditada tal representación conforme a los requisitos establecidos en el artículo 32 LPAC.

Ahora bien, en el presente caso la representación del letrado actuante sólo se ha acreditado respecto a tres de los interesados (la cónyuge y dos hijos, x, y), que son los únicos que otorgan el apoderamiento que se aporta por los

reclamantes junto al escrito inicial, anunciando allí la aportación posterior de los apoderamientos restantes, sin que conste en el expediente que ello se haya realizado de forma efectiva.

Ante la falta de acreditación de la representación invocada respecto de dos de los hijos del fallecido, por la instrucción debió requerirse al Letrado para que procediera a su subsanación, con advertencia expresa de que, de no atender tal requerimiento, se tendría por desistidos a x, y.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que titular del servicio público de atención sanitaria a la población, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

2. La acción resarcitoria ha de considerarse temporánea, toda vez que se ejercitó el 21 de junio de 2006, antes del transcurso del año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 142.5 LPAC, toda vez que el *dies a quo* para el cómputo de dicho plazo ha de fijarse en el del óbito del paciente, el 22 de junio de 2005.

3. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, sin perjuicio de destacar el exceso en el plazo de resolución del procedimiento, para lo que se han invertido siete años, cuando el reglamentariamente establecido es de seis meses (art. 13 RRP).

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"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"*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de*

la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento del servicio público sanitario.

Para los reclamantes, el fallecimiento del paciente se debió a tres causas: una negligencia médica, una extralimitación en el consentimiento expresado por aquel y una omisión de medios, si bien no se detienen en argumentar cada una de estas alegaciones.

Los términos tan genéricos en los que se expresa la reclamación, la ausencia de informes periciales que, aunque anunciados en el escrito inicial, no se han llegado a aportar al procedimiento, y el aparente abandono de la acción por parte de los reclamantes, que han desistido en el procedimiento contencioso-administrativo y no han comparecido en el trámite de audiencia conferido por la instrucción en este procedimiento en vía administrativa, para discutir las apreciaciones técnicas que obran en el expediente y que afirman la adecuación a normopraxis de todas las actuaciones sanitarias desarrolladas sobre el paciente, excusan el análisis exhaustivo de la praxis médica desarrollada, el cual, no obstante, ya se contiene tanto en la propuesta de resolución, como en los informes técnicos obrantes en el expediente y cuya reproducción, al menos en sus términos esenciales, se ha acometido en los antecedentes de este Dictamen.

Baste, por tanto, señalar que de las actuaciones practicadas durante la instrucción del procedimiento, singularmente del informe técnico-médico aportado al expediente por la aseguradora del SMS y, en especial, el de la Inspección Médica, se desprende que la actuación de los facultativos intervinientes fue ajustada a normopraxis y que el fallecimiento del paciente no se debió a una eventual negligencia médica, sino a una complicación no provocada por la actuación sanitaria -que estaba plenamente indicada-, sino derivada de la delicada situación basal del enfermo que, al carecer prácticamente de riego sanguíneo por la estenosis de sus coronarias, no pudo superarse a pesar de aplicar todos los medios disponibles y el tratamiento correcto.

En cuanto al consentimiento informado y aunque la reclamación inicial únicamente señala que se produjo una extralimitación por parte del facultativo, es el escrito de interposición del recurso contencioso-administrativo el que permite conocer el fundamento de esta alegación. Indican allí los reclamantes que el consentimiento prestado por el paciente sólo lo era para una prueba diagnóstica y que, sin embargo, su muerte se produjo durante la realización de una prueba terapéutica. Sin embargo, frente a esta alegación, la historia clínica muestra que en vísperas de la intervención, el paciente firmó dos documentos de consentimiento, uno para cateterismo cardíaco

diagnóstico y otro para cateterismo terapéutico coronario (folios 67 y 68 del expediente), correspondientes a la coronariografía el primero y a la angioplastia el segundo.

En consecuencia, al no existir otros elementos de juicio aportados por los reclamantes -a quienes corresponde la carga de la prueba de sus imputaciones ex artículo 217 de la Ley de enjuiciamiento Civil-, que lleven a la convicción de que los servicios sanitarios no actuaron conforme al estándar de atención médica exigible a las circunstancias del caso, este Órgano Consultivo dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, concurriendo igualmente como motivo para ello la ausencia de valoración del daño.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- En el aspecto de la legitimación activa, sólo se ha acreditado en el presente procedimiento que ejercitan la acción de responsabilidad patrimonial, representados por el letrado actuante, la cónyuge del finado y dos de sus hijos. Respecto a los dos hijos restantes, se realizan las observaciones contenidas en la Consideración Segunda de este Dictamen.

SEGUNDA.- La propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente, ya que no se han acreditado los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

No obstante, V.E. resolverá.