



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 243/2018

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 24 de septiembre de 2018, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 8 de marzo de 2018, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 48/18), aprobando el siguiente Dictamen.

## **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** Con fecha 4 de enero de 2013 dos abogados, actuando en nombre y representación de la interesada, presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial.

Los letrados explican en la solicitud de indemnización que su representada experimentó el 29 de febrero de 2012 un dolor disconinuado centro-torácico, irradiado a la espalda, que venía acompañando de náuseas. A dicho cuadro sintomatológico se sumó el 2 de marzo una sensación de falta de aire y de dificultad respiratoria que fue en aumento. En ese momento se decidió a llamar al centro médico y solicitar una unidad móvil para que la trasladaran al servicio de urgencias de un hospital.

El facultativo de la unidad médica que se desplazó a su domicilio emitió un informe en el que exponía como motivo de la consulta una glucemia de 560 mg/dl, ponía de manifiesto que la auscultación cardiopulmonar era normal, que la enferma sufría una glucemia de 330 mg/dl y que tenía una frecuencia cardiaca de 100 lpm. Los letrados advierten que a la paciente, a pesar de la situación en que se encontraba, no se le tomó la tensión arterial ni se la remitió a ningún centro hospitalario para que le realizaran pruebas.

Según relatan los representantes de la interesada, como no mejoraba de su proceso sintomatológico, volvió a solicitar que le enviaran otra unidad médica móvil. Con motivo de esa asistencia se elaboró otro informe en el que se especificaba como motivo de la consulta "*dolor de cuerpo, fiebre, glucemia de 264 mg/dl*". También se detalla que la temperatura corporal era de 39°C y que tenía una frecuencia cardiaca de 104 lpm. Destacan que no se le tomó la tensión arterial. Se emitió el diagnóstico de faringoamigdalitis aguda y se pautó tratamiento con antibióticos y analgésicos antiinflamatorios. Sin embargo, no se la trasladó a ningún hospital.

El 3 de marzo, un día después, pidió de nuevo que acudiera a su domicilio una unidad médica de urgencias dada la grave sintomatología que padecía. El médico hizo constar en esa ocasión como motivo de consulta "*Dolor en el cuerpo, trabajo al respirar*". Después de auscultar a la reclamante, operación en la que apreció crepitantes derechos, y de advertir que la tensión arterial era de 130/80, el médico decidió llevarla al Hospital *Virgen de la Arrixaca*, de Murcia.

Cuando ingresó en ese Hospital le realizaron, entre otras pruebas, un ecocardiograma de urgencia que arrojó como resultado lesiones compatibles con "*infarto anteroseptal de duración indeterminada y de una insuficiencia mistral grado III (moderada-severa), acinesia apical septal e inferior, con hipocinesia en cara anterior y septal-media*". Por esa razón, le instauraron un tratamiento de urgencia.

Una vez estabilizada se la trasladó a planta y se le volvió a realizar otra ecocardiografía que permitió alcanzar la siguiente conclusión: "*Severa disfunción sistólica: VI con hipocinesia severa anterolateral con discinesia apical. Disfunción sistólica severa (27%). Signos de aumento de presiones de llenado en VI. IM severa. Mínimo derrame pericárdico*". Por lo tanto, el empeoramiento respecto de la prueba realizada en el Servicio de Urgencias era evidente.

La interesada continuó en Medicina Interna hasta que se la remitió a Cardiología, servicio en el que le realizaron una coronariografía que informó de "*enfermedad severa difusa de DA-CX y moderada de CD no revascularizable*". Fue dada de alta hospitalaria el 27 de marzo de 2012 con tratamiento farmacológico y acudió a revisiones por la Unidad de Insuficiencia Cardiaca los días 9 de mayo y 13 de junio siguientes.

Los abogados resaltan que su representada presentaba unos antecedentes que deberían haber sido tenidos en cuenta por los profesionales que la asistieron en su domicilio.

Como ello no fue así, la asistencia médica que se le dispensó fue inadecuada y le causó un perjuicio físico, moral y psicológico que no estaba obligada a soportar. De hecho, entienden que se le privó a su cliente (pérdida de oportunidad) de la posibilidad de haber recibido un tratamiento médico temprano y efectivo.

Con la finalidad de acreditar esa circunstancia, adjuntan con la reclamación el informe realizado por un médico especialista universitario en Valoración del Daño Corporal en cuyo apartado 5 formula, entre otras, las siguientes conclusiones:

*"5ª Que tras el estudio Médico Legal realizado, se establece que existe concordancia entre el mecanismo causal y la patología manifestada, demostrando por tanto relación de causalidad en la falta de pericia clínica del servicio de urgencias que atendió a la paciente al no detectar el cortejo sintomatológico que podría indicar la presencia de una afección isquémica y usar los medios a su alcance para confirmar o desechar dicho diagnóstico.*

(...)

7<sup>a</sup> Que a consecuencia del episodio sufrido, la paciente presenta ahora una situación secuelar de insuficiencia cardiaca clase II de la NYHA, obligándola a la toma de un arsenal farmacológico importante, además de su tratamiento habitual de base....

(...)

9<sup>a</sup> Que en base a los documentos estudiados y a la exploración realizada se estiman las siguientes secuelas:

- Insuficiencia cardiaca clase II (La actividad física habitual causa disnea, cansancio o palpitaciones).

Por otra parte, en ese informe se considera que procede reconocer a la interesada 30 puntos como consecuencia de la secuela cardiaca descrita.

En relación con la valoración del daño, los abogados la concretan en la cantidad de cincuenta y seis mil trescientos treinta y siete euros con cuarenta y un céntimos (56.337,41€).

Acerca de los medios de prueba de los que pretenden valerse, los letrados solicitan que se requiera al Hospital citado para que remita una copia de la historia clínica de la interesada.

Por último, junto con la reclamación se aporta la copia de una escritura de apoderamiento conferido por la reclamante a favor de los abogados intervenientes, diversos documentos de carácter clínico y el informe médico pericial señalado.

**SEGUNDO.-** Admitida a trámite la reclamación, se da cuenta de su presentación a la Dirección de los Servicios Jurídicos, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros --.

También se solicita a la Dirección Gerencia del Área I de Salud-Hospital Virgen de la Arrixaca que remita una copia de la historia clínica de la interesada y los informes de los profesionales que la asistieron, acerca de los hechos descritos en la reclamación.

**TERCERO.-** Se recibe la copia documental demandada y un informe realizado por el Jefe de Servicio de Cardiología de dicho Hospital en el que expone lo que se transcribe a continuación:

"Sobre este caso he de manifestar lo siguiente:

1.- En la primera parte páginas 2 a 4 se describe el proceso de la paciente. Aunque en principio, está bien detallada hay algún punto que merece resaltarse por la importancia que podría tener.

1.1. En la página 2, punto primero, se hace referencia a que la paciente comienza con molestias torácicas el 29 de Febrero. Sin embargo, en ese momento no solicita ninguna visita médica, sino como se refiere en la página 21, (historia clínica de la Arrixaca), la paciente opta durante 48 horas en aplicarse crema de Voltaren con discreta mejoría sin desaparecer el dolor.

1.2. Puede claramente observarse en la página 18, como la llamada a urgencias data del día 2/3/2012. Por lo tanto pasaron 48 horas desde el comienzo de la sintomatología, en que la paciente se automedicó y al empeorar los síntomas, llamó al servicio de urgencias.

1.3. En la llamada de urgencias del día 2/3/12, no se refiere nada de dolor torácico 48 horas antes. Pudiera ser que el servicio de urgencias no hiciera bien la historia o que la paciente no lo mencionara. De hecho, lo del dolor torácico sólo aparece en la historia de la Arrixaca en el informe de alta, pero en el primer contacto con la paciente el motivo fue glucemia de 560, en el segundo dolor de cuerpo, fiebre e hiperglicemia y en el tercero del día 3/3 de dolor de cuerpo y dificultad respiratoria.

Es cierto que ni en el primer ni en el segundo contacto consta escrita la toma de la tensión, aunque es difícil de imaginar que no se hiciera al ser algo más rutinario que la determinación de una glucemia.

1.4. El punto cuatro también necesita matización. Se habla de una alteración ecocardiográfica compatible con infarto anteroseptal, pero al mismo tiempo se subraya de duración indeterminada, es decir, es imposible afirmar que dicho infarto ocurriera durante este proceso, aunque igualmente no podría descartarse. El hecho de tener luego elevación enzimática en el contexto de una infección respiratoria e insuficiencia cardiaca no es específico y además llama la atención que en la coronariografía realizada durante la hospitalización, no hay obstrucción de ninguna coronaria, sino lesiones difusas, múltiples, generalizadas típicas de una paciente diabética mal controlada".

Además, en un segundo apartado contradice las manifestaciones del perito médico de la reclamante y pone de manifiesto lo siguiente:

"2.3. Que la afectación cardiológica fuera el desencadenante de todo el cuadro es prácticamente imposible de probar, como ya afirmé antes la enfermedad coronaria era difusa y sin lesión obstructiva total y muy probablemente dicha enfermedad sería de larga evolución. Que el cuadro no estaba totalmente claro, lo demuestra el hecho de que en la Arrixaca no ingresa directamente a cardiología, sino que pasara a Medicina Interna y posteriormente se consultó a cardiología.

(...)

De todo ello podría concretarse que la paciente se demoró 48 horas desde el comienzo de los síntomas al primer contacto médico. Que el primer contacto médico no valoró en ese momento la importancia de una alta glucemia, pero que en 24 horas estaba ingresada y comenzado el tratamiento. Que dicha demora no creo que cambiara la evolución de la paciente, dado que en la coronariografía realizada no hubo ninguna posibilidad de revascularizar a la paciente y tampoco habría sido posible un día antes. Eso no descarta evidentemente que todo comenzara con un cuadro cardiaco pero no se puede concluir que por el servicio de urgencias y una teórica mala actuación inicial, la paciente se encuentre en la situación actual. Dada la evolución de su enfermedad y la patología coronaria y valvular subyacente el curso evolutivo y la actuación médica habría sido la misma el día 29 que cuando ingresó el día 3".

**CUARTO.-** Se han traído al procedimiento los informes de los profesionales del servicio de urgencias que asistieron a la interesada.

**QUINTO.-** El 24 de junio de 2013 se remite una copia del expediente administrativo a la Inspección Médica y se le solicita que emita un informe valorativo de la reclamación. De igual modo, se envía otra copia a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

**SEXTO.-** Obra en el expediente un informe médico pericial realizado por una licenciada en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina Interna, a instancias de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, en el que manifiesta (conclusiones primera y segunda) que las atenciones médicas que se prestaron a la interesada en su domicilio los días 2 y 3 de marzo de 2012 fueron adecuadas.

Además, señala en la conclusión tercera que *"No es posible determinar el momento de inicio del evento isquémico, ya que, ni por ecocardiografía ni por evolución enzimática, queda aclarado si el origen fue anterior o posterior a las visitas en domicilio del día 02-03-2012"*.

Por último, apunta como conclusión final que de la documentación examinada se puede establecer que la atención prestada a la paciente fue acorde con la *lex artis ad hoc*.

**SÉPTIMO.-** El 16 de noviembre de 2017 se recibe el informe valorativo realizado por la Inspección Médica con el que se adjuntan varios documentos clínicos que se obtuvieron para su elaboración. En ese documento se formulan las siguientes conclusiones:

*"- La paciente no solicitó asistencia sanitaria hasta dos días después del inicio del dolor centrotorácico irradiado a espalda que, posteriormente, relató haber padecido.*

*- El antecedente de dolor torácico a que se refiere el punto anterior no fue comunicado a ninguno de los cuatro facultativos que la atendieron entre la mañana del día 2 y la noche entre el 3 y 4 de marzo de 2012.*

*- La paciente no refiere dificultad respiratoria hasta la visita que realiza el SUAP a su domicilio en la mañana del*

03/03/12, en ese momento se ordena por el facultativo actuante su traslado al hospital de referencia.

- En las sucesivas asistencias domiciliarias la paciente no presentaba sintomatología que orientara hacia un síndrome coronario agudo.
- La actuación médica, en los dos episodios de asistencia domiciliaria del día 2 de marzo de 2012, y en el del día 3 de marzo, fue completamente adecuada a los signos expresados y síntomas relatados por la paciente.

- Entre la primera de las asistencias domiciliarias y la derivación al hospital pasan poco más de 24 horas. Transcurre más tiempo entre el inicio de los síntomas, que a posteriori relata la paciente, y el momento en que solicita asistencia médica, que el que transcurre entre esa primera asistencia y su remisión al hospital.

- Si se hubiera remitido la paciente al hospital el día dos de marzo de 2012 en lugar de al día siguiente, como se hizo, esto no hubiera influido sobre el proceso terapéutico y consecuentemente sobre el estado al alta de la paciente.

- La paciente fue dada de alta asintomática, afebril, con función renal normal y sin síntomas de insuficiencia cardiaca".

**OCTAVO.-** Conferido el oportuno trámite de audiencia a la interesada y a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, los abogados de la primera presentan un escrito en el que reiteran que las asistencias que se prestaron a la reclamante en su domicilio fueron deficientes y que influyeron en el posterior devenir de los hechos.

En ese sentido, muestran su disconformidad con la conclusión del informe valorativo de la Inspección Médica en la que se señala que si se hubiera remitido a la paciente el día 2 de marzo a un hospital, en lugar de al día siguiente como se hizo, esa circunstancia no hubiera influido sobre el proceso terapéutico y consecuentemente sobre el estado al alta de la paciente.

De forma contraria, consideran que, con fundamento en los diagnósticos que se evidenciaron el día 3 de marzo en el Servicio de Urgencias, el transcurso de un día sin atención ni tratamiento de una sepsis provoca que el estado de la paciente empeore y sufra complicaciones como el infarto agudo de miocardio que padeció, secundario al proceso infeccioso que arrastraba (valoración realizada por el Servicio de Medicina Interna durante el ingreso de la paciente y que aparece en el informe de alta de 6 de marzo de 2012 (folio 70 del expediente administrativo).

Por tanto, si se hubiera explorado diligentemente a la paciente se la habría remitido a un centro sanitario 24 horas antes, tiempo que es crucial en el tratamiento de una sepsis que era la patología que realmente venía sufriendo la paciente. En consecuencia, ese retraso sí que influyó en el empeoramiento de la paciente y provocó la pérdida de la oportunidad de haberle administrado un tratamiento más temprano, que hubiera permitido controlar la grave infección que presentaba y haber evitado el evento cardíaco que se produjo que, como expuso el Servicio de

Medicina Interna, fue secundario a la sepsis padecida.

**NOVENO.-** El 27 de febrero de 2018 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 8 de marzo de 2018.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

## **CONSIDERACIONES**

### **PRIMERA.-** Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante 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 los artículos 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC) y 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

### **SEGUNDA.-** Régimen legal aplicable, legitimación, plazo de interposición de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación se sustancia con arreglo al régimen previsto en la LPAC dado que era la Ley que estaba vigente cuando se inició el procedimiento, de acuerdo con lo que se determina en la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), actualmente en vigor.

II. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien sufre los daños físicos por los que solicita una indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

III. La acción de resarcimiento se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el artículo 142.5 LPAC.

IV. 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, si bien se advierte que se ha sobre pasado en exceso el plazo previsto en el artículo 13.3 RRP dado que se ha debido esperar más de cuatro años a que la Inspección Médica emitiera su informe.

### **TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.**

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, según el cual "*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.

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

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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 del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (STS, Sala 3<sup>a</sup>, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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 u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

#### **CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.**

Ya se ha puesto de manifiesto con anterioridad que la interesada solicita una indemnización porque considera que no se le dispensó una asistencia médica adecuada por parte de los equipos de urgencia que acudieron a su domicilio antes de que fuese trasladada al Hospital *Virgen de la Arrixaca*.

La reclamante entiende que el retraso en que se incurrió le hizo perder la posibilidad (pérdida de oportunidad) de recibir un tratamiento precoz y efectivo y, por tanto, de no sufrir la secuela de insuficiencia cardiaca que padece en la actualidad.

En apoyo de su pretensión resarcitoria aporta un informe médico pericial en el que se sostiene que existe relación de causalidad entre el daño alegado y la falta de pericia clínica de los miembros del citado servicio de urgencias, que no detectaron que los síntomas que presentaba podían indicar la existencia de una afección isquémica y no usaron los medios que tenían a su alcance para confirmar o desechar dicho diagnóstico.

Por otro lado, en el escrito de alegaciones que presentaron los abogados de la interesada advierten que lo que realmente padecía su representada era una sepsis generalizada y que el transcurso de un día sin atención ni tratamiento provocó la pérdida de la oportunidad de haberle administrado un tratamiento más temprano, que podría haber impedido que sufriera como complicación el infarto agudo de miocardio que padeció, secundario al proceso infeccioso que arrastraba.

De manera contraria a lo que se acaba de exponer, tanto en el informe pericial aportado por la compañía aseguradora -realizado por una especialista en Medicina Interna- como en el informe valorativo de la Inspección Médica se concluye que las actuaciones médicas de urgencia que se prestaron a la reclamante en su domicilio fueron adecuadas a los síntomas que relató y a los signos que mostraba.

En el apartado referente a Juicio crítico del informe valorativo de la Inspección Médica se expone que *"El proceso clínico de la paciente en las dos primeras visitas domiciliarias se orientó a un proceso infeccioso y no parece que en esa fase del proceso, sin antecedentes de dolor torácico (...), ni siquiera de dificultad respiratoria, la orientación diagnóstica fuera ni mucho menos evidente (...). En cuanto se entiende controlado el proceso infeccioso es cuando se traslada la paciente a cardiología. No era por tanto evidente, ni mucho menos, que la paciente presentara ya en fases iniciales signos y síntoma que hubieran podido orientar a los servicios de urgencias de atención primaria hacia un síndrome coronario agudo"*.

Por otro lado, y acerca de la imputación de pérdida de oportunidad, resulta necesario recordar el contenido del informe del Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital citado y, particularmente, la conclusión tercera del informe pericial aportado por la empresa aseguradora del Servicio Murciano de Salud. En ese documento se señala que en este caso no es posible determinar el momento de inicio del evento isquémico, ya que ni por ecocardiografía ni por evolución enzimática queda aclarado si el origen fue anterior o posterior a las visitas referidas. Además, en el apartado del informe relativo a la *Descripción de la praxis aplicable al caso* se apunta asimismo que *"el hecho de no tener una anatomía coronaria susceptible de ser revascularizada, hace que el pronóstico de esta paciente no varíe por un retraso de 24 horas en una atención hospitalaria, dado que además a su llegada al hospital se encontraba hemodinámicamente estable y las complicaciones llegaron con posterioridad al ingreso hospitalario"*.

De forma muy parecida, en el informe valorativo de la Inspección Médica se concluye, puesto que la paciente no era tributaria de revascularización, que si se hubiera remitido a la paciente al Hospital un día antes ello no hubiera influido sobre el proceso terapéutico y consecuentemente sobre su estado en el momento en que recibió el alta.

En consecuencia, no cabe considerar que se produjera ninguna pérdida de oportunidad terapéutica ni que exista relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado. A su vez, esa circunstancia impide que se pueda considerar el daño como antijurídico.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

## CONCLUSIÓN

**ÚNICA.-** Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño que se alega, cuya antijuridicidad tampoco ha sido debidamente acreditada.

No obstante, V.E. resolverá.

