



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 235/2019

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 3 de junio de 2019, 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 28 de marzo de 2019, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 119/19), aprobando el siguiente Dictamen.

## **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** D. X presentó el día 9 de enero de 2012 una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su madre, D.<sup>a</sup> Y, que había sido asistida de urgencias por el Servicio de Emergencias "112" el día 23 de septiembre de 2011, sin que el médico intervintivo advirtiera que los síntomas que presentaba eran los de una angina de pecho. El día 27 de septiembre de 2011, al persistir su mal estado fue trasladada de urgencias al hospital (no precisa a cuál) en donde se ordenó su hospitalización por presentar diagnóstico de angina de pecho. Posteriormente se le informó de que a su madre habría que practicarle un cateterismo cardíaco que, en principio, era una intervención segura. Sin embargo al finalizar la intervención su madre falleció. En su escrito denuncia la existencia de una negligencia médica por lo que solicita se instruya el expediente y se resuelva reconociendo el derecho a una indemnización que cuantificará más adelante.

**SEGUNDO.-** Mediante escrito del 6 de febrero de 2012, de la Jefa de Servicio Jurídico de la Secretaría General Técnica del Servicio Murciano de Salud, se requirió al interesado para que acreditara su legitimación mediante la presentación de fotocopia compulsada del Libro de Familia, así como el fallecimiento de su madre mediante presentación del certificado de defunción, recordándole que debía indicar el centro hospitalario en el que permaneció ingresada D.<sup>a</sup> Y. El requerimiento fue cumplimentado presentando la documentación demandada el día 13 de marzo de 2012, e indicando que el centro en el que había sido atendida era el Hospital Morales Meseguer (HMM).

**TERCERO.-** El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dictó resolución de 9 de abril de 2012 admitiendo a trámite la reclamación, ordenando la incoación del expediente 17/2012 y designando al Servicio Jurídico de la Secretaría General Técnica del Servicio Murciano Salud como órgano encargado de la instrucción.

**CUARTO.-** Por sendos escritos de 9 de abril de 2012 se notificó dicha admisión a la parte interesada, a la Correduría de seguros "Aón, Gil y Carvajal, S.A." para su traslado a la compañía aseguradora, al Director Gerente

del HMM, así como al del Servicio de Emergencias "112", solicitando de estos últimos el envío de copia compulsada de la historia clínica de la reclamante así como de los informes de los profesionales que la atendieron. Por último, también mediante escrito de 9 de abril de 2012, se comunicó a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, y al letrado de la Dirección de los Servicios Jurídicos para que, este último, informara sobre la existencia o no de antecedentes judiciales.

**QUINTO.-** El Director Gerente del Servicio de Emergencias "112", comunicó el 20 de abril de 2012 que la asistencia prestada a la fallecida el 23 de septiembre de 2011 no lo fue por dicho Servicio sino por el de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de las Torres de Cotillas, perteneciente al Área de Salud VI, dependiente del HMM, por lo que no disponía de la documentación solicitada, dando traslado de la petición al HMM.

Por su parte, el letrado de la Dirección de los Servicios Jurídicos contestó el 9 de mayo de 2012 que no existían antecedentes sobre la citada reclamación patrimonial en la Dirección.

**SEXTO.-** El Director Gerente HMM remitió la documentación solicitada con su escrito de 4 de junio de 2012. Incluía, además de la historia clínica de D.<sup>a</sup> Y, la copia del informe de la asistencia realizada a la paciente por el SUAP de las Torres de Cotillas, y el informe emitido por el doctor Z, Facultativo especialista de Cardiología, y por el doctor W, Jefe de la Unidad de Cardiología de dicho hospital, fechado el 2 de junio de 2012.

En el correspondiente al SUAP, la Coordinadora médica, tras reconocer que se le había prestado asistencia a la interesada con el número de aviso domiciliario 336/3, personándose el equipo en el domicilio de la paciente y realizándole la valoración y pruebas complementarias que consideró oportunos, el médico emitió un diagnóstico de sospecha y dictó un tratamiento, comunicando que el doctor M, actuó aquel día en sustitución del titular del servicio que se encontraba de vacaciones, razón por la que decía: "[...] me veo en la situación de no poder emitir consideraciones de valor en relación al ejercicio de su profesión".

Por su parte, el informe de los doctores Z y W, indicaba que el diagnóstico principal había sido "Síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST): angina inestable clase IIB de la clasificación de Brawnwald. Cardiopatía isquémica". Concluía haciendo las siguientes consideraciones:

"1º. Desde el día del ingreso, ya en la consulta, se estableció el diagnóstico de angina inestable (SCASEST), por lo que ya se informó a la familia y se procedió al ingreso. En la planta la familia y la paciente fueron informados del diagnóstico, del pronóstico y diariamente de la evolución de la paciente, entre otros motivos, porque, en nuestro Servicio, el pase de visita se realiza con los familiares en la habitación. (Además siempre se atienden las dudas de la familia).

2º. Durante toda la estancia la paciente se mantuvo estable y asintomática, sin nuevos episodios de dolor ni signos de ICC. Como atestigua, tanto la evolución médica como la evolución de enfermería.

3º. Se informó de la necesidad de la coronariografía, a la vista del diagnóstico de angina inestable (SCASEST) y se le explicó, a la paciente y familia, en qué consistía el procedimiento, de las ventajas para la paciente y de las posibles complicaciones (de hecho firmaron los 2 Consentimientos informados: diagnóstico y terapéutico). No se

dijo, en ningún momento, que el procedimiento no comportara riesgos para la paciente.

4º. Se solicitó coronariografía, como se indica en las Guías de actuación (nacionales e internacionales) de síndrome coronario agudo sin elevación del ST".

**SÉPTIMO.-** La instrucción dirigió un escrito al Director Gerente del Hospital General Universitario "Virgen de la Arrixaca" (HUVA), el 19 de junio de 2012, para que remitiera copia de la historia clínica de la paciente por el proceso asistencial que siguió en dicho centro a partir del 4 de octubre de 2011, fecha en la que ingresó para practicarle una coronariografía en el Servicio de Cardiología, falleciendo después de finalizar la intervención. Se solicitaba igualmente el informe del Servicio de Cardiología de dicho Hospital en el que se concretaran las actuaciones que se realizaron a la enferma y las circunstancias en las que se produjo su fallecimiento.

El día 11 de julio de 2012 fue contestado el requerimiento adjuntando copia de la historia clínica y el informe del doctor N, Jefe de Servicio de Cardiología.

En este informe el Jefe del Servicio de Cardiología describe las actuaciones en que se concretó la asistencia prestada a D.<sup>a</sup> Y respecto de la que dice: "*Ninguna de estas actuaciones podría considerarse como negligencia médica por las siguientes razones...*", que enumera, y tras las que afirma que: "*Por todo ello, creo que el comportamiento del HUVA fue el correcto*". Termina señalando que "*La mala situación basal de la paciente hizo que a pesar de haber podido arreglar las múltiples estrecheces limitantes del flujo coronario, su ya muy dañada contractilidad no tolerara temporales limitaciones y acabara originando un empeoramiento de su función cardíaca desarrollando una insuficiencia cardíaca y finalmente un bloqueo que no pudo sobrellevar. Por otra parte, es imposible saber con certeza de antemano en este tipo de pacientes quién será capaz de beneficiarse o no del procedimiento realizado, pues son muchos los factores determinantes que influyen en el mismo*".

**OCTAVO.-** El órgano instructor dirigió un escrito el 25 de julio de 2012 a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria en demanda del informe de la Inspección Médica, de lo que se dio conocimiento a la compañía aseguradora "W.R. Berkley España", con remisión del expediente instruido hasta ese momento, para que fuera analizada en la siguiente reunión de la Comisión.

**NOVENO.-** El interesado presentó un nuevo escrito el 28 de octubre de 2013 demandando copia del expediente médico que ya había solicitado en dos ocasiones anteriormente, e instando a que se dictara resolución expresa sobre la reclamación presentada. En contestación al mismo la instructora le informaba que podría tomar vista del expediente y obtener copia de los documentos en él contenidos en cualquier momento del procedimiento, de acuerdo con lo establecido en el artículo 35 de la ley 30/1992, de 26 de noviembre, sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y que, estando el procedimiento aún en fase de instrucción, no podía dictarse resolución aunque, conforme a lo dispuesto en la normativa de aplicación, transcurridos seis meses desde su inicio podía entenderse desestimada la petición de indemnización.

Según consta en la diligencia extendida el día 20 de mayo de 2014 (folio 210), el representante del interesado compareció ante el órgano instructor y recabó copia de determinados documentos (la copia de la historia clínica remitida por el HUVA y del informe del doctor N) que se le entregaron.

**DÉCIMO.-** Aparece unido al expediente (folios número 210 a 214) un informe médico pericial de la empresa "--" fechado el 22 de diciembre de 2012, y elaborado por el doctor P, en el que formula las siguientes conclusiones médico periciales:

- "1. Que en relación con la asistencia domiciliaria se cometió un error en la interpretación del electrocardiograma realizado, error que presumiblemente no tuvo importancia significativa en relación con la posterior evolución.
2. Que habría sido deseable conocer la función ventricular del corazón mediante una ecocardiografía, antes de realizar procedimientos de sobrecarga de volumen (cateterismo con actuación sobre múltiples arterias) que pueden precipitar, como ocurrió en este caso, una insuficiencia cardíaca y otros problemas.
3. Que la falta de realización de la ecocardiografía pudo ser determinante en el fracaso cardíaco que causó la muerte, al someterse a la paciente a un procedimiento con excesiva sobrecarga sin conocer la capacidad contráctil del corazón.
4. Que la revascularización de una sola arteria (la responsable del episodio) en un primer tiempo, habría sido lo deseable en caso de que la capacidad contráctil del corazón, evidenciada por la ecocardiografía, estuviera notablemente disminuida como es lo presumible.
5. Que la opción quirúrgica se podría haber planteado aunque parece razonablemente desechada por los malos lechos vasculares (no aptos para pontaje coronario)".

A continuación de dicho informe, aparece en el expediente una diligencia (folio 214 bis I) extendida por la instructora el 7 de septiembre de 2016, en la que se hace constar que "[...] se ha comprobado que por error no se percibió que en fecha 22 de diciembre de 2012 se había emitido y aportado al expediente el informe elaborado por -- para la Compañía Aseguradora sobre el contenido de la reclamación, lo que se evidenció en 31 de marzo de 2015, incluyéndose en Comisión de Seguimiento del Seguro de 8 de abril de 2015, donde se acordó solicitar un informe facultativo y que se debía de esperar a que se pronunciara sobre el fondo del asunto Inspección Médica".

Como folio 214 bis II, también se une un extracto de acta de la Comisión de 8 de abril de 2015 en la que quedan reflejados los comentarios hechos en el seno de dicho órgano. Según dicho extracto: "D. Q explica en la reunión previa a la Comisión que al leer el informe de -- es muy categórico, y conforme al mismo había pensado en la estimación. Al comentar el caso indicando que la negligencia pudo existir en la no realización de una eco cardiografía transesofágico previa a la intervención, D.ª R ha comentado que en un expediente que instruye hay un informe de un cardiólogo de la Arrixaca que dice que, desde 2008, en el quirófano hay un aparato para hacer dicha prueba diagnóstica y que se realizan previa y sistemáticamente en todas las intervenciones. En conclusión se ha acordado solicitar al Jefe de Servicio de Cardiología que informe si en este caso se hizo o no la ecocardiografía transesofágico, si hubiera sido necesario y en caso de que se hubiera hecho cuál fue su resultado. D.ª S pide que, cuando se tenga el informe del cardiólogo, se le traslade a Inspección Médica para realizar el suyo. Tal vez a la vista de la contestación del Servicio de Cardiología se podía modificar el informe de -- si es necesario matizarlo, porque su estimación es clara". Consta en dicho extracto que se adoptó el siguiente acuerdo: "Pedir informe al Jefe de Servicio de Cardiología y esperar informe de Inspección Médica".

**UNDÉCIMO.-** El órgano instructor dirigió una comunicación al Director Gerente HUVA, el 8 de abril de 2015, en el que señalaba que por haberlo solicitado los peritos integrantes de la Comisión de seguimiento del seguro, interesaba que el Jefe de Servicio de Cardiología emitiera un nuevo informe indicando si en el caso examinado, con carácter previo a la coronariografía era necesario realizar una ecocardiografía para determinar la capacidad contráctil del corazón y de esta manera evaluar el riesgo de fracaso cardíaco ajustando dicho procedimiento al riesgo calculado; si efectivamente se realizó dicha prueba, y, en ese caso, cuál fue el resultado de la misma. El nuevo informe del Jefe del Servicio de Cardiología, de 9 de junio de 2015, fue remitido al órgano instructor mediante escrito de esa misma fecha del Director Gerente del HUVA, siendo remitido el 15 de julio siguiente tanto a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria como a la Compañía aseguradora.

**DECIMOSEGUNDO.-** El día 3 de octubre de 2017 se emitió el informe de la Inspección Médica. La inspectora actuante formula cuatro conclusiones de las que cabe destacar las siguientes afirmaciones:

"1.- *El 23/09/2011 el SUAP realizó correctamente la asistencia de urgencia en el domicilio de D.<sup>a</sup> Y mediante la clínica la realización de un ECG de 12 derivaciones valorado como la mejor prueba diagnóstica en el dolor torácico, pero que fue erróneamente interpretado al no saber identificar realmente un dolor coronario isquémico anginoso agudo tipo SCASEST que tendría que manejarse con hospitalización para aliviar los síntomas y confirmar el diagnóstico y no hacerlo de forma ambulatoria.*

2.- *El 27/09/2011 en el Hospital M. Meseguer, desde Urgencias fue valorada como SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación de S-T) y correctamente ingresada en la planta de cardiología [...]*

3.- *En la angina inestable tipo IIB con disfunción ventricular izquierda, no se realizó ecocardiograma para decidir si realizar la coronariografía, puesto que ante una angina inestable con elevación de los marcadores de necrosis cardíaca y los factores de alto riesgo que presentaba la paciente, de forma correcta se realizó directamente la coronariografía para realizar a ser posible la revascularización lo más completa posible, como así se hizo en la paciente, que al realizar la coronariografía diagnóstica se encontró la gravedad de la enfermedad de los tres vasos todos ellos estenosados entre un 85-90% como factor añadido de mal pronóstico con mayor riesgo de infarto y muerte, procediéndose correctamente al cateterismo terapéutico "ad hoc" mediante una Angioplastia Coronaria Percutánea (ACP) completa, adoptando correctamente la estrategia recomendada por las guías ACC/AHA unido a la esperanza de vida de la paciente de edad y sus factores de comorbilidad".*

**DECIMOTERCERO.-** El 13 de diciembre de 2018 se ordenó la apertura del trámite de audiencia comunicándolo al interesado y a la Compañía aseguradora. El representante del interesado compareció el 2 de enero de 2019 solicitando y obteniendo copia de determinados documentos. No consta que se hicieran alegaciones.

**DECIMOCUARTO.-** El día 21 de marzo de 2019 se formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada por no haberse acreditado la concurrencia de los requisitos necesarios para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración y, más concretamente, al no considerar probada la existencia de relación de causalidad entre el daño por el que se reclama y la asistencia prestada por los profesionales del Servicio Murciano de Salud, no pudiendo calificarse el daño de antijurídico.

**DECIMOQUINTO.-** En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

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 142.3 LPAC, y 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), vista la fecha de iniciación del procedimiento.

### SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. El reclamante tiene legitimación para formular la pretensión indemnizatoria objeto del presente procedimiento, por haber sufrido directamente los daños que imputa al anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del SMS, pudiendo ejercer su pretensión indemnizatoria a tenor de lo previsto por el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), de aplicación en atención a la fecha en la que ocurrieron los hechos de acuerdo con lo establecido en la disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Por su parte, la Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay reparo que oponer, vista la fecha del fallecimiento de su madre y la de la presentación de la reclamación.

III. 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. No obstante, considera este Consejo que ha de llamar la atención por la excesiva dilación y defectuosa tramitación que ha sufrido, sobre todo porque su causa no ha sido únicamente la demora en la emisión del informe de la Inspección Médica. Para intentar evitar que así fuera se había adoptado el Acuerdo del Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud de 27 de mayo de 2011, en el que ya se fijaba un plazo máximo de emisión de tres meses, transcurrido el cual debía continuar la tramitación del procedimiento, plazo que ha sido rebasado ampliamente en este asunto. Pero es que, además, se incurrió en un error por falta de diligencia al no advertir la existencia de un informe pericial de "--", aportado por la Compañía aseguradora en diciembre de 2012, hasta 31 de marzo de 2015, fecha en la que fue detectado según la diligencia extendida al efecto (folio número 214 bis I). Pero, aún más, hasta el 7 de septiembre de 2016 no se incorporó al expediente, lo que provocó que cuando por primera vez tomó vista del expediente el

interesado, en mayo de 2014, no tuviera acceso al mismo. Tal irregularidad fue, afortunadamente, salvada porque en la segunda ocasión que tomó vista, 2 de enero de 2019, el informe de "--" sí formaba parte ya del expediente y pudo examinarlo, aunque no solicitó copia del mismo (folio número 243). La defectuosa actuación del órgano instructor contradice lo establecido por el artículo 41.1 LPAC, según el cual: "Los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuvieran a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anormalidad en la tramitación de procedimientos".

### TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa 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

razonablemente 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, entre muchos otros, 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 ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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.

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).

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervenientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

#### **CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación.**

De la reclamación reseñada en el Antecedente Primero se desprende que se imputa a la Administración regional una actuación negligente en cuanto a la asistencia prestada por el Servicio de Emergencias "112" y, cabe pensar, porque no lo concreta así el reclamante, en la posterior dispensada en el HMM y HUVA, tras la que se produjo el fallecimiento de su madre. Pero en apoyo de sus afirmaciones no acompaña informe pericial alguno que las corrobore. Por el contrario en el expediente constan diversos informes de esa naturaleza aportados por la Compañía aseguradora y por los hospitales que asistieron a la fallecida que sí analizan la asistencia prestada si bien que, respecto de la prestada en el HUVA, presentan conclusiones distintas.

Dado que fue atendida por el SUAP y por los dos hospitales, cabe preguntarse sobre la posible incidencia que pudo tener en el desenlace final, cada uno de tales servicios. Respecto del SUAP se aprecia la existencia de un error de diagnóstico, error admitido tanto por la Administración como por la Compañía aseguradora. Ahora bien, no supuso una agravación del estado de la paciente. Incluso el dictamen pericial de "--", más crítico con la actuación de los servicios sanitarios, expresamente reconoce "*Que en relación con la asistencia domiciliaria se cometió un error en la interpretación del electrocardiograma realizado, error que presumiblemente no tuvo importancia significativa en relación con la posterior evolución*".

Es en la asistencia prestada en los hospitales donde se mantienen opiniones discrepantes. El informe de "--" formula conclusiones que permitirían un pronunciamiento favorable a los intereses del reclamante. Afirmaciones como las que se transcriben en el Antecedente Décimo así lo avalarían. Por el contrario, los informes emitidos por el doctor N, Jefe de Servicio de Cardiología del HUVA, son concluyentes en el sentido inverso. En el Antecedente Séptimo se deja constancia de su opinión reflejada en el primer informe que emitió el 9 de julio de 2012, contraria a admitir la asistencia de mala *praxis*. Su segundo informe, evacuado el 19 de junio de 2015, tras conocer el de la empresa "--", y para dar respuesta a la interrogante que se había suscitado a los peritos integrantes de la Comisión de seguimiento del seguro de "[...] si previamente a la coronariografía era necesario realizar una ecocardiografía para determinar la capacidad contrátil del corazón y de esta manera evaluar el riesgo de fracaso...", vuelve a ser concluyente. Allí responde que: "*La indicación de coronariografía e intento de revascularización era clara, dado que la paciente presentaba un síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) de alto riesgo, con alteraciones eléctricas y elevación de los marcadores de necrosis cardíaca, y tal como dictan las guías cardiológicas europeas y americanas, en un paciente con SCASEST de alto riesgo está INDICADO SIEMPRE la realización de una coronariografía y revascularización si se puede en todos los pacientes, independientemente de su función ventricular. Incluso una mala función ventricular es otro marcador de alto riesgo, que requiere cateterismo y revascularización ya que el pronóstico a medio y largo plazo es tanto peor cuanto peor es la función ventricular izquierda. Por lo tanto no cabe duda que tanto con función ventricular buena o alterada el cateterismo y la revascularización estaban indicadas.*

*El si se realizó o no ecocardiografía en su hospital de procedencia no es requisito imprescindible y no es realmente necesario para nosotros ya que vemos el estado de su contractilidad durante el cateterismo.*

*En el estado que llegó la paciente con lesiones en los tres vasos la mayoría en su parte media, su edad, el antecedente de ictus isquémico en el 2005 y la presencia de múltiples factores de riesgo cardiovascular la revascularización que ofrecía menor riesgo era la percutánea y por eso se optó por hacerlo de esta manera.*

*Por lo tanto a la pregunta formulada sobre la ecocardiografía, de entrada no es una prueba que nosotros debamos realizar sino que depende de su hospital de origen, pero independientemente de su realización resultado la conducta a seguir una vez diagnosticada la paciente fue la correcta". Se desprende claramente que la opinión del doctor N, emitida tres años después de su primer informe, sigue siendo la de que la asistencia prestada se acomodó a la *lex artis*.*

Ante esas dos opiniones divergentes, entiende el Consejo jurídico que para formar juicio ha de acudir al criterio manifestado en su informe por la Inspección Médica, como órgano especialmente facultado desde el punto de vista técnico y por su objetividad. Y es aquí donde se observa que el criterio de la Inspección Médica es coincidente con el del Jefe del Servicio de Cardiología del HUVA. Ya se han expuesto en el Antecedente Decimosegundo las conclusiones a que llega, entre las que, por lo que a la necesidad o no de la previa ecografía antes de practicar la coronariografía consta que "*3- En la angina inestable tipo IIB con disfunción ventricular izquierda, no se realizó ecocardiograma para decidir si realizar la coronariografía, puesto que ante una angina inestable con elevación de los marcadores de necrosis cardíaca y los factores de alto riesgo que presentaba la paciente, de forma correcta se realizó directamente la coronariografía para realizar a ser posible la revascularización...*". La afirmación implica el reconocimiento de que la actuación fue acorde con la "*lex artis ad hoc*". Y, por último, en lo que a la causa del fallecimiento que finalmente ocurrió, también se dice allí que fue inevitable a pesar de los esfuerzos realizados, pues así se desprende de este párrafo: "*4- La paciente de 73 años de edad, con una angina inestable que representa riesgo alto de mortalidad y de infarto, con diabetes, mala función ventricular y lesiones avanzadas en enfermedad de los tres vasos, tras la realización de una ACP completa sufrió un bloqueo A-V completo que pudo ser causado por una isquemia o infarto de miocardio extenso por la importante afectación de los tres vasos, sobre todo la DA o por una reestenosis post revascularización como complicación de su diabetes, produciendo una insuficiencia cardíaca que precipitaron la formación de un edema agudo de pulmón agravado posiblemente por la sobrecarga de volumen recibida y que tras poner todos los medios al alcance no pudieron salvar la vida, en una paciente que presentaba alto riesgo de infarto o muerte, contemplados en el consentimiento informado firmado*".

Como consecuencia, no se ha demostrado la relación de causalidad entre la asistencia prestada a la madre del reclamante y su fallecimiento, por lo que procede desestimar la reclamación presentada al no tratarse de un daño antijurídico que el reclamante no tenga el deber de soportar.

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

## CONCLUSIÓN

**ÚNICA.-** Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución en cuanto es desestimatoria de la reclamación presentada al no concurrir los requisitos exigidos por la normativa de aplicación para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá.