



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 101/2022

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 11 de mayo de 2022, 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 2 de marzo de 2022 (COMINTER 60764 2022 03 02-01 54), sobre responsabilidad patrimonial instada por un abogado, en representación de D. X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_060), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 6 de noviembre de 2020 un abogado del Colegio de Barcelona, actuando según expone en nombre y representación de D. X, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que en 2015 se le colocó a su representado un *stent* para solventar el problema que padece en las arterias del corazón y que desde entonces se le debía realizar una serie de pruebas y revisiones periódicas (como a cualquier paciente con problemas coronarios).

Añade que, sin embargo, las pruebas que tenían que realizarle (entre ellas, una ergometría) no se llevaron a cabo, a pesar de que interpuso dos reclamaciones ante el Servicio Murciano de Salud (SMS) para que se le efectuaran.

El abogado sostiene que si se le hubiesen realizado las pruebas cuando correspondía, se habría detectado una anomalía, en concreto una oclusión trombótica, y le habrían practicado un cateterismo, circunstancia que el paciente conoce perfectamente, pues él mismo es médico y presta servicios en el SMS.

Destaca que el interesado acudió en numerosas ocasiones al hospital con molestias en el corazón pero que no le realizaron ninguna prueba, de lo que queda constancia en su historia clínica, que propone como medio de prueba del que pretende valerse.

Explica que sufrió un infarto y que en el parte médico de su última revisión antes de ello -que fue el 31 de octubre de 2019- consta que no se le había citado para realizarle la ergometría, y se solicitaba por parte del cardiólogo que se llevara a cabo.

El abogado destaca que eso sucedió tan sólo 3 días antes del infarto que sufrió el día 3 de noviembre de 2019, y que ello evidencia la negligencia cometida con el Sr. X.

Insiste que, de acuerdo con lo expuesto, el reclamante sufrió un infarto que se podría haber evitado si se le hubiesen realizado las pruebas cuando correspondía, lo que le ha producido una insuficiencia cardíaca que le

deparará problemas graves en el futuro, además de tener que someterse en la actualidad al correspondiente tratamiento.

Por lo que se refiere a la evaluación económica de los daños, dada la edad del interesado, su profesión e ingresos, y el hecho de que estuvo 7 meses de baja por culpa del infarto, así como en las secuelas que padece, se estima en 60.000 €.

Junto con la reclamación aporta un escrito de representación del interesado en favor del letrado actuante en el que aparecen estampadas las firmas del abogado y del cliente, aunque no está debidamente fechado. Según se expone en ese escrito, el reclamante autoriza al abogado para formular reclamaciones administrativas en su nombre.

SEGUNDO.- Un Asesor Jurídico del SMS le solicita al letrado el 20 de noviembre de 2020 que subsane el defecto de representación del que adolece la reclamación y que concrete el centro sanitario en el que se le atendió.

TERCERO.- El citado 20 de noviembre se informa a la correduría de seguros del SMS de la presentación de la reclamación para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente.

CUARTO.- El reclamante presenta el 30 de noviembre de 2020 una copia del documento en el que se formalizó, mediante comparecencia ante las Oficinas de Atención al Ciudadano, el apoderamiento del letrado interviniente, conforme a lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 236/2010, de 3 de septiembre, de Atención al Ciudadano en la Administración Pública de la Región de Murcia.

QUINTO.- El abogado presenta el 16 de diciembre siguiente un escrito en el que precisa que el interesado fue asistido en el Hospital General Universitario *Rafael Méndez* de Lorca.

SEXTO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 9 de febrero de 2021 y el día 15 de ese mes se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud III que remita una copia de la historia clínica del interesado y los informes de los facultativos que lo atendieron.

SÉPTIMO.- El 11 de marzo de 2021 se recibe una copia de la historia clínica de Atención Primaria y del Hospital ya citado, relativas a los hechos denunciados.

De igual modo, se aporta, en primer lugar, el informe realizado el 19 de febrero anterior por el cardiólogo D. Y, en el que expone lo siguiente:

"[El interesado] fue valorado por primera vez en el año 2014 ante una clínica de angina de esfuerzo, siendo diagnosticado de cardiopatía isquémica tras la realización de las pruebas complementarias pertinentes (fundamentalmente un ecocardiograma, ergometría y TAC coronario) y realizándose finalmente una coronariografía en Marzo de 2015 en la que se

evidenció una enfermedad coronaria severa de coronaria derecha, que se revascularizó de forma percutánea y enfermedad moderada de circunfleja y descendente anterior, cuyo manejo fue conservador como marcan las recomendaciones. Posteriormente al cateterismo fue reevaluado en consulta el 20/5/2015, donde se optimiza el control de factores de riesgo cardiovascular y se le indica una revisión en unos 9 meses. La siguiente revisión es el 23/09/2016, donde se solicita una ergometría de control con objetivo de realización de valoración funcional y detección de posible isquemia miocárdica. El paciente vuelve a ser evaluado el 31/10/2019, donde refiere clínica de dolor torácico compatible con angina de grandes esfuerzos, por lo que ante la sospecha clínica de evidencia de isquemia miocárdica, pero la estabilidad en la situación clínica (no datos de angina inestable) y el tener la ergometría previamente solicitada sin realizar, se decide resolicitar la misma prueba con vistas a detección de isquemia miocárdica. El paciente ingresa el 04/11/2019 por un IAMCEST inferior Killip I, objetivándose una oclusión trombótica de circunfleja que se revasculariza con implante de 2 stents y presentando otra lesión severa en rama interventricular residual. Se realiza ecocardiograma donde se evidencia una FEVI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo) dentro de la normalidad y el paciente es dado de alta el 07/11/2019 con adecuada evolución durante el ingreso y sin complicaciones relevantes. Posteriormente, el paciente ha sido revisado recientemente en consulta, el día 04/02/2021, donde según la historia actual durante esta evolución no ha presentado clínica relevante (se reflejan tres episodios de quemazón precordial por los que no acudió a Urgencias), sin clínica sugestiva anginosa ni de insuficiencia cardíaca.

En cuanto a la reclamación que (...) interpone, estableciendo una relación causal entre la no realización de las pruebas complementarias solicitadas pertinentes (ergometría) y el evento isquémico agudo por la oclusión trombótica de la arteria mencionada anteriormente, dicha relación es difícil de establecer. Si bien es cierto que la ergometría tiene una importante utilidad en la detección de isquemia miocárdica y de hecho, por ese motivo se solicitó, el evento coronario agudo fue secundario a una oclusión trombótica aguda de una arteria, por lo que dicha oclusión aguda no se puede detectar previamente a su aparición (que es en el momento de síndrome coronario agudo). Sí que es cierto que cuando hay una oclusión trombótica coronaria, habitualmente suele ser sobre una placa ateromatosa previamente existente en dicho lugar, no obstante, la detección previa de dicha lesión predisponente estaría determinada por el tamaño de la misma, que no se puede saber a posteriori.

Referente a las consecuencias que ha tenido sobre [el reclamante] el síndrome coronario agudo, aclarar que se trata de un paciente ya diagnosticado previamente de cardiopatía isquémica y que ya estaba con el tratamiento establecido para la misma. Para marcar el pronóstico y la evolución y posibles secuelas del evento, nos podemos basar en varios factores. Por un lado, dicho episodio se engloba dentro de la clasificación Killip y Kimball en clase 1, siendo una clasificación pronóstica habitualmente utilizada en los infartos de miocardio, y siendo la clase 1 la de mejor pronóstico (va de 1 a IV). Otro dato que hay que tener en cuenta es la arteria afectada y el tratamiento realizado. En este caso fue la arteria

circunfleja, que se revascularizó con 2 stents, no quedando isquemia a dicho nivel. Finalmente, un valor fundamental que marca el pronóstico en estos pacientes es la FEVI, que marca la fuerza del corazón con la que bombea la sangre, quedando el paciente con una FEVI 68%, que se considera dentro de límites normales y por tanto sin afectación de la misma. Integrando todos estos factores, no se evidencia desde un punto de vista objetivo, afectación cardiovascular significativa derivada del evento isquémico que le pueda limitar en un futuro una vez recuperado del cuadro agudo”.

De igual modo, se acompaña, en segundo lugar, el informe elaborado por la Jefe de Servicio de Admisión del Hospital ya citado, en el que se explica lo que se transcribe seguidamente:

“- El reclamante (...) acudió a consulta de Cardiología H.R. Méndez -Dr. Y- el 23-9-2016, con indicación de realización a los seis meses (Marzo 17).

- Dicha prueba fue derivada al H. Quirón el 14-08-18 (la demora fue debida a falta de capacidad en las agendas correspondientes) donde fue citado para el 08-11-18, rechazando el reclamante dicha cita el 05-11-18 por lo que es dado de baja en el sistema informático con esa fecha.

Al día siguiente -06-11-18- se vuelve a activar la derivación a Quirón.

Desde Admisión se cancela esta derivación y se cita la ergometría para realización en el hospital el 30-11-18.

- El 25-10-18, el Dr. Y cursa nueva petición de Ergometría, que se cita por teléfono para el día 30-11-18. Se reprograma la prueba para el 26-11-18 y el paciente no se presentó.

Por esta causa es dado de baja en la lista de espera de Cardiología.

- El reclamante solicitó una nueva interconsulta para Cardiología, emitida por su médico de familia el 03-10-19. Se le llamó para citarlo el 08-10-19, con resultado de "Está de vacaciones fuera de España, no puede venir hasta el 31-10-19", fecha en que fue atendido nuevamente por el Dr. Y, reseñando en el informe de esa consulta que no se la había citado la ergometría -Afirmación que como se demuestra en los archivos adjunto no es real-.

Se solicita una nueva ergometría preferente, que no se llega a realizar (tenemos 15 días de plazo), ya que el reclamante ingresó el 04-11-19".

OCTAVO.- El 28 de abril de 2021 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar los informes valorativo y pericial correspondientes.

NOVENO.- El 14 de julio de 2021 se recibe el informe pericial realizado el 17 de junio de ese año, a instancia de la aseguradora del SMS, por un médico cardiólogo, en el que se recogen las siguientes conclusiones:

"1. [El reclamante] es un paciente con antecedentes de enfermedad coronaria multivaso y varios factores de riesgo coronario, lo que implica un riesgo considerable de eventos coronarios repetidos.

2. El paciente fue adecuadamente tratado de su enfermedad coronaria inicial y se le realizó un seguimiento adecuado a su patología, no presentando durante el seguimiento un cuadro clínico que sugiera empeoramiento de su situación médica.

3. El infarto agudo de miocardio es, por definición, una patología de carácter súbito e imprevisible. El paciente tenía el tratamiento médico adecuado para disminuir su riesgo de nuevos eventos coronarios; sin embargo, no existe evidencia de que la ergometría u otra prueba diagnóstica pudiera predecir o evitar el infarto de miocardio que sufrió posteriormente el paciente.

4. Tras el infarto de miocardio el paciente no presentó ninguna secuela significativa respecto a la función cardiaca, conservando una fuerza del músculo cardíaco normal.

5. Por lo expuesto anteriormente, este perito no aprecia ninguna inadecuada atención médica al paciente por acción u omisión ni relación entre la atención recibida por el Servicio Murciano de Salud y el infarto de miocardio".

El 6 de septiembre siguiente se envía una copia de este informe a la Inspección Médica.

DÉCIMO.- El 24 de septiembre de 2021 se concede audiencia al reclamante y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crean convenientes. Sin embargo, no consta que alguno de ellos haya hecho uso de ese derecho.

UNDÉCIMO.- Con fecha 2 de marzo de 2022 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial 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 mencionado 2 de marzo de 2022.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien sufrió los daños físicos por los que solicita que se le reconozca el derecho a percibir un resarcimiento económico.

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

II. Como dispone el artículo 67.1 LPACAP, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En el supuesto que nos ocupa, se sabe que el interesado sufrió el infarto de miocardio por el que reclama el 3 de noviembre de 2019 y que la acción de resarcimiento se interpuso el 6 de noviembre del siguiente año 2020.

Por tanto, con independencia del momento en que se pudo producir la estabilización de la lesión cardíaca citada, es evidente que la reclamación de responsabilidad patrimonial se presentó dentro del plazo establecido al efecto y, por ello, de forma temporánea.

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, si bien se advierte que se ha sobrepasado el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

Por último, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para resolver el procedimiento, de acuerdo con lo señalado en el Dictamen de este Consejo Jurídico núm. 193/2012. Así, la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada asume las consideraciones médicas que se exponen en el informe pericial que remitió la compañía aseguradora del SMS. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que el reclamante no ha presentado ningún informe pericial que le permita sostener la realidad de sus imputaciones.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, 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 32 y siguientes de la LRJSP y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 3ª, 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-Adm inistrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como se ha expuesto, el interesado solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización de 60.000 € dado que considera que sufrió un infarto de miocardio en noviembre de 2019 porque no se le realizaron previamente, en el Hospital General Universitario *Rafael Méndez* de Lorca, las pruebas que se le habían prescrito y, en concreto, una de esfuerzo o ergometría. Sostiene que, si eso se hubiese llevado a cabo, *“habrían observado una anomalía, en concreto una oclusión trombótica y habrían procedido a realizar un cateterismo”*.

A pesar de ello, el reclamante -médico de profesión- no ha presentado algún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que le ayude a sostener la realidad de esa imputación. En este sentido, se debe recordar que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de práctica de prueba en el ámbito de los procedimientos administrativos, impone al actor la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la reclamación.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento la historia clínica del interesado y el informe del Jefe del Servicio médico al que se atribuye la producción de la lesión (Antecedente séptimo de este Dictamen). Además, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, se ha presentado un informe pericial elaborado por un especialista en Cardiología (Antecedente noveno).

En este documento se reconoce que el interesado es un paciente con antecedentes de enfermedad coronaria multivaso y varios factores de riesgo coronario, entre ellos diabetes, lo que implica un riesgo considerable de que sufra eventos coronarios repetidos (Conclusión 1ª), a pesar del tratamiento adecuado que se le implantó.

También se explica que, tras el diagnóstico de enfermedad coronaria y la implantación del *stent*, al paciente se le realizó un seguimiento adecuado por parte del Servicio de Cardiología del hospital de Lorca ya mencionado. De este modo, se le realizaron dos consultas en 2015 y 2016. En la consulta de mayo de 2015, el reclamante no refería dolor torácico desde el alta. En la consulta de septiembre de 2016 el interesado exponía un cuadro de dolor torácico ocasional compatible con una enfermedad coronaria estable. En esta última consulta se solicitó una ergometría de control a los seis meses.

En segundo lugar, se destaca que el paciente no se realizó la ergometría solicitada. La primera cita fue suspendida por el propio reclamante (prevista para el 8 de noviembre de 2018), que tampoco acudió a la segunda cita (el 26 de noviembre de ese año), según se deduce de la lectura del expediente administrativo (Antecedente séptimo).

A lo que manifiesta el perito médico hay que añadir que por esa causa se le dio de baja al interesado en la lista de espera de Cardiología y que, cuando se volvió a solicitar de nuevo, tampoco acudió a realizarse la prueba el 8 de octubre de 2019, como se había programado una tercera vez, porque estaba de viaje. El mismo día que regresó, el 31 de octubre de 2019, fue atendido en consulta y se le solicitó una ergometría preferente que, sin embargo, no se realizó porque sufrió el infarto el siguiente día 3 de noviembre.

Por lo tanto, el relato de los hechos que ofrece el interesado no es cierto.

En tercer lugar, se señala en el informe pericial que el valor de la ergometría para detectar una isquemia coronaria y, con ello, para predecir un infarto de miocardio, es muy bajo, y se enfatiza que eso se debe a que los infartos agudos de miocardio se producen de forma abrupta, súbita e imprevisible (Conclusión 3ª) por la ruptura de una placa coronaria denominada “vulnerable”.

También se expone que la mayoría de las placas vulnerables tienen un diámetro que obstruye menos del 75% de la luz de la arteria coronaria. Por lo tanto, no producen isquemia y no pueden ser detectadas con una ergometría o cualquier otra prueba que detecte isquemia coronaria (Conclusión 4ª). Debido a esto, se argumenta que, aunque

se le hubiera realizado previamente una ergometría al paciente, la probabilidad de predecir el infarto con una ergometría negativa es baja. Por ello, se resalta que la afirmación que se contiene en la reclamación de que el reclamante presentaba un trombo coronario previo al infarto que no se detectó en las pruebas que se le realizaron previamente, no se sostiene desde el punto de vista médico.

Por último, hay que tener en cuenta que, tras el infarto, el reclamante no presenta ninguna secuela significativa respecto a la función cardíaca, sino que conserva una fuerza del músculo cardíaco normal (Conclusión 4ª). Según explica asimismo el facultativo que lo trató *“no se evidencia desde un punto de vista objetivo, afectación cardiovascular significativa derivada del evento isquémico que le pueda limitar en un futuro una vez recuperado del cuadro agudo”*. En consecuencia, es más que dudoso que se pueda hablar de un daño real y efectivo que pueda ser objeto de un resarcimiento económico.

Lo que se ha expuesto conduce a la conclusión, en todo caso, de que no existe ningún atisbo de mala praxis ni, por ello, relación de causalidad alguna entre el daño mencionado y el funcionamiento del servicio público sanitario, lo que debe determinar la desestimación de la pretensión resarcitoria promovida por el reclamante.

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 porque no existe un daño real y efectivo que deba ser resarcido y, en todo caso, porque no hay relación de causalidad alguna entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y ese supuesto daño que se alega, cuya antijuridicidad tampoco se ha acreditado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.