

Expediente Núm. 4/2006
Dictamen Núm. 29/2006

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
Fernández García, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 16 de febrero de 2006, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 9 de enero de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don, en nombre y representación de doña, don y doña, por daños y perjuicios derivados del fallecimiento del esposo y padre de los reclamantes tras la asistencia sanitaria recibida en centros de la red hospitalaria pública.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 9 de diciembre de 2004, don presenta, en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, una reclamación por responsabilidad patrimonial en relación con la asistencia sanitaria prestada a don, en representación de

doña, viuda del mismo, y de don y doña, hijos del fallecido, y en la que solicita una indemnización de cien mil euros (100.000 €) para la esposa y de treinta mil euros (30.000 €) para cada uno de los dos hijos.

Expone en su escrito que “el día 26 de enero de 2004, sobre la 1 hora, Don acudió al Servicio de Urgencias del Hospital (.....) por presentar mareos (...) siendo diagnosticado inicialmente de disnea y presíncope (...). Dado que durante su estancia en la UVI del Hospital de desarrolló cuadros de hipotensión y bradicardia sin dolor torácico, se acordó su remisión al Hospital para realizar un cateterismo ca(r)diaco”.

Continúa su escrito relatando que “el mismo 26 de enero de 2004 se lleva a efecto por la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital la coronariografía pautada, sin información al paciente y/o a sus familiares, ni consentimiento informado previo alguno, en la que se diagnostica la enfermedad coronaria de un vaso obtusa marginal y una hipertrofia del ventrículo izquierdo, con función conservada, recomendando su tratamiento médico./ El citado cateterismo terminó a las 15 horas del referido día 26 de enero y (...) el paciente es trasladado en ambulancia, apenas una hora después (...) al Hospital de, donde llega sobre las 18,40 horas, presentando durante la noche un nuevo episodio de mareos, sudoración, hipotensión y bradicardia, apreciándose en el TAC realizado un hematoma inguinal derecho de gran tamaño con sangrado activo, así como tromboembolismo pulmonar, por lo que es nuevamente trasladado de urgencia, sobre las 12 horas del día 27 de enero de 2004, al Hospital”. En este Hospital -continúa relatando el interesado- “se le traslada de forma urgente al quirófano, sobre las 14,30 horas, para la reparación de la lesión arterial causada durante el cateterismo del día anterior, encontrándose el paciente en situación de shock hemorrágico (...) siendo el nivel de hemoglobina de 4 gr/dl (...) falleciendo el paciente por parada cardíaca en el propio quirófano a las 15,30 horas (...), esto es, a las 24 horas de practicado el cateterismo”.

Señala a continuación, como causas determinantes del fallecimiento, lo siguiente: “Resulta relevante el hecho de que el paciente haya sido remitido en ambulancia desde hasta cuando apenas había transcurrido una hora de practicado el cateterismo, sin dejarlo en reposo absoluto y observación (...) al menos durante unas horas (...), resultó esencial, asimismo (...) que la hemorragia activa desencadenada por la lesión arterial femoral producida durante el cateterismo no fuera detectada hasta transcurridas unas 20 horas del mismo, lo que fue determinante (...) del shock hemorrágico causante de su fallecimiento”. Cita en apoyo de esa conclusión “el informe pericial del Dr. - que aporta como documento núm. 7-, cuando señala que tal lesión arterial ‘no debería haberse producido en el curso normal de los acontecimientos; por otro lado se detectó tardíamente’”.

Después de invocar los fundamentos jurídico-procesales que amparan su reclamación, señala el reclamante, en cuanto al fondo, que “es inequívoca la relación o nexo de causalidad entre el fallecimiento (...) y la inadecuada actuación sanitaria que le ha sido dispensada, especialmente en lo que hace referencia a las atenciones que le fueron brindadas durante y con posterioridad al fatal cateterismo”.

Con relación a la indemnización solicitada, indica el reclamante que se ha tomado, “como orientativo el baremo de la Ley 30/95, de acuerdo con el principio de resarcimiento integral postulado por el Consejo de Europa para los daños corporales y morales”. Concluye su escrito solicitando que “se acuerde la indemnización de nuestros patrocinados en la suma de cien mil euros (a la viuda del fallecido) y en la suma de treinta mil euros a cada uno de los dos hijos del fallecido”.

Por medio de “Otrosí”, señala que pretende valerse de los siguientes medios de prueba: “a.- Que se solicite del Hospital (...) copia del historial clínico completo (del fallecido) (...)./ b.- Que se solicite del Hospital (...) copia del historial clínico completo (del fallecido) (...)./ c.- Pericial médica a fin de que por la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la

Universidad de Oviedo, tras el estudio del historial clínico de (el fallecido), se emita dictamen sobre la asistencia sanitaria que le fue brindada, indicando expresamente si la misma se ha ajustado en todo momento o, por el contrario, se ha desviado de la lex artis”.

Junto con el escrito de reclamación presenta los siguientes documentos:

- Fotocopias de la “Libreta de Familia” de la República de Bolivia, que recoge el matrimonio entre el fallecido y la viuda ahora reclamante, y las prestaciones por nacimiento de hijos, que se corresponden, según una diligencia notarial inserta al dorso en copia simple, con las páginas 1, 2, 3, 26 y 27 de dicha Libreta de Familia.

- Copia del “Informe de Alta” del Hospital, del día 27 de enero de 2004, por traslado a otro centro.

- Copia de informes de cateterismo del día 26 de enero de 2004, de la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital (en adelante).

- Copia de un informe del Servicio de Cirugía Vascolar HGA del, de fecha 5 de febrero de 2004, haciendo constar el alta por “exitus a las 15:30 h. del 27/01/04”.

- Copia de Hematología, realizada por el Laboratorio de Respuesta Rápida del, de fecha 27 de enero de 2004.

- Copia de “Informe Clínico”, realizado por el doctor don, de la Clínica, de, sin firma.

- Copia del Poder Notarial, otorgado el día 21 de septiembre de 2004, a favor del representante de los interesados en esta reclamación.

2. Mediante escrito del día 16 de diciembre de 2004, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica al interesado la recepción de su solicitud y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará, informándole expresamente que el expediente será tramitado en dicho Servicio.

Con la misma fecha, el Jefe del citado Servicio comunica al correspondiente Inspector de Prestaciones Sanitarias que ha sido designado para elaborar el informe técnico de evaluación del expediente abierto por la reclamación.

Durante la instrucción del procedimiento fueron incorporados los siguientes documentos: la historia clínica del paciente correspondiente al y diversa documentación de la del Hospital de; el informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de, del día 30 de diciembre de 2004; el informe del Médico Adjunto de Cardiología del mismo Hospital y de la misma fecha; el informe del Médico Adjunto de Medicina Interna del mismo Hospital, de 4 de enero de 2005; el informe del Servicio de Cirugía Vascul ar II del, de 18 de enero de 2005, junto con copia del documento de descripción de la intervención efectuada el día 27 de enero de 2004 e informe, de 5 de febrero de 2004, del Servicio de Cirugía Vascul ar del de alta por "exitus"; el informe del Jefe del Servicio de Cardiología, Área de Corazón, del, de 20 de enero de 2005, al que se acompañan dos documentos de consentimiento informado (para cateterismo cardíaco diagnóstico y para cateterismo terapéutico coronario), de 26 de enero de 2004, correspondientes al fallecido y con firma de paciente y médico, así como informe de cateterismo de la misma fecha.

Se ha incorporado, igualmente, el Informe Técnico de Evaluación del Inspector designado al efecto, de fecha 25 de enero de 2005, y un dictamen médico suscrito colegiadamente por tres doctores especialistas en Medicina Interna, con fecha 9 de abril de 2005, y en el que se indica que ha sido emitido por la asesoría médica, S.L., a solicitud de la asesoría jurídica, señalando la propuesta de resolución que ha sido formulado a petición de la compañía aseguradora.

En el informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de, se indica lo siguiente: "ingresa en el Servicio de Urgencias de este Centro sobre la 1 h. del día 26.12.04 por haber presentado un episodio de mareo

(seguido de una pérdida de conciencia de unos pocos minutos de duración (...)./ Ingresa en la Unidad de Reanimación a las 4h. con el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (sin elevación de ST) y con tratamiento médico según protocolo (...)./ Sobre las 10,30 h. presenta un cuadro de hipotensión y bradicardia severas, con alteraciones electrocardiográficas en la cara anterolateral. En ese momento el paciente es valorado por el Dr. (...) cardiólogo del Centro (...). Se insiste en el hecho, en contra de lo referido en el escrito de alegaciones, de que el paciente sí firmó un consentimiento informado para la realización de cateterismo cardiaco (...)./ Se procede al traslado en helicóptero sobre las 11,30 h." Una vez realizado ese cateterismo, a "las 16 h. se inicia el traslado del paciente en UVI móvil entre el y el Hospital de Viene acompañado por una Médica y una DUE del SAMU y está relatado como 'sin incidencias', siempre con constantes mantenidas (tomas de TA y FC a las 16,35, 17,30, 18 y 18,30), siendo igualmente normales los datos de frecuencia respiratoria y saturación de O₂./ Ingresa de nuevo en la Unidad de Reanimación de sobre las 18,40 h (...) realizándosele un ECG (sin alteraciones) y visualizándosele un apósito sobre el lugar de la punción (...) 'ligéramente manchado de sangre', con pulso pedio normal (...)./ Persiste asintomático hasta las 4,40 h. del día 27, en que de nuevo presenta un cuadro de mareo y sudoración (...) objetivándose una bradicardia de 42 x' y una hipotensión de 56/38 mm Hg. De nuevo a las 7,50 se reproduce el cuadro (...). A las 4,40 h. existe (...) una nota donde se dice que la 'zona de punción está inflamada y dura'./ Sobre las 8,30 h., el paciente es de nuevo valorado (...) llegándose al doble diagnóstico de TEP bilateral y gran hematoma pélvico (...)./ El hemograma realizado sobre las 7,30 h de ese día presentaba una cifra de hematíes de 3.610.000, hemoglobina 11.5 grs y hematocrito de 34.7%. / Ante la gravedad del cuadro, se procede a un nuevo traslado al, lo que se lleva a cabo en helicóptero sobre las 12 h."

En el informe del Médico Adjunto de Cardiología del Hospital de se indica que atendió al paciente "por primera vez el día 26 de enero de 2004 en

la Unidad de Reanimación (...) a primera hora de la mañana, objetivando (...) un cuadro compatible con Síndrome Coronario Agudo de Alto Riesgo (...), complicado con severos trastornos hemodinámicos consistentes en cuadros de hipotensión marcada y bradicardia extrema, todo ello a pesar de la medicación pautada. (...) decido remitir al paciente de forma emergente a la Unidad de Hemodinámica y Cardiología (...) (del), tras la información pertinente tanto al paciente como a la familia del mismo y la obtención del consentimiento informado por escrito para realizar dicha prueba". Sigue relatando el mismo que "el martes 27 de enero y a los pocos minutos de mi llegada al Hospital de recibo un aviso de la Unidad de Reanimación" y que, tras nuevas pruebas diagnósticas, "se detectan datos indirectos que nos hacen sospechar la posibilidad de un embolismo pulmonar; asimismo (...) detecto un hematoma inguinal derecho en la misma zona de la punción de la arteria femoral (...) llegandose a un doble Diagnostico: por un lado se detecta un tromboembolismo pulmonar bilateral y por otro un gran hematoma pelvico e inguinal derecho con extravasación de contraste, indicativo de sangrado activo, lo que sugiere rotura vascular. Ante la gravedad de la situación decido nuevamente traslado al (.....) de manera emergente a traves del 112 con vistas a reparacion arterial por parte del Servicio de Cirugía Vascular".

En el informe del Médico Adjunto de Medicina Interna del mismo Centro se indica que atendió al paciente "por primera vez, estando de guardia en la madrugada del día 27/1/2004 a las 4,40 h.", procediendo a prescribirle "tratamiento con atropina y isopreterenol, mejorando la frecuencia cardiaca y la situación hemodinámica".

El Servicio de Cirugía Vascular II del señala, en su informe, que el paciente "ingresó de emergencia el día 27/01/04 trasladado en helicóptero desde el Hospital de con la sospecha de hemorragia activa femoral dcha. (...) encontrándose además el paciente en situación de Shock hemorrágico./ No se pudo informar a la familia ya que aún no había llegado./ De forma inmediata es trasladado al quirófano para ser intervenido igualmente de emergencia (...)./

Con el diagnóstico anteriormente citado, de amenaza vital inminente, no es legalmente necesario ningún consentimiento (Ley general de Sanidad) (...), sino la actuación oportuna para corregir dicha amenaza vital". En la fotocopia de la "hoja quirúrgica" que acompaña a su escrito, la cirujana señala que durante la intervención quirúrgica "el paciente hace una parada cardiorrespiratoria iniciándose las maniobras de resucitación cardiopulmonar no siendo efectivas, causando exitus el paciente tras haberse completado la cirugía".

En el informe de alta por "exitus" del Servicio de Cirugía Vasculat del, de 5 de febrero de 2004, que aparece sin firma, se indica como diagnóstico principal un "shock hemorrágico" y como diagnóstico secundario un "tromboembolismo pulmonar bilateral".

En el informe del Jefe del Servicio de Cardiología del se indica: sobre el estudio hemodinámico, que "se realiza éste el día 26/01/04, sin incidencias (...) siendo trasladado a su hospital de referencia"; en cuanto a la impresión diagnóstica, "enfermedad coronaria de un vaso obtusa marginal./ VI hipertrofico con función conservada", y en cuanto a recomendaciones "tratamiento médico".

En el consentimiento informado previo, suscrito por el paciente, para "cateterismo cardíaco diagnóstico" se advierte del riesgo típico de hemorragia y trombosis venosa o arterial, entre otras complicaciones que califica de "más raras" y, como excepcional, del "riesgo de muerte (1-2 por 1.000)". En el consentimiento para "cateterismo terapéutico coronario" se indica que "otras complicaciones pudieran llegar a ser graves (hemorragia que necesite transfusión sanguínea, arritmias severas) (...); el riesgo de muerte está en torno al 1 por 100".

En el Informe Técnico de Evaluación, después de realizar una descripción de los hechos coincidente con lo recogido en los informes ya mencionados, se señala, en el apartado de valoración, que una vez realizado el cateterismo en el, "el paciente fue trasladado nuevamente a su Hospital de procedencia en UVI Móvil sin incidencias y con constantes mantenidas (...). El paciente continuó

asintomático hasta las 4.40 h. del día 27 de enero de 2004, en que presentó un cuadro de mareo y sudoración (...). Es razonable pensar que este episodio consistió en un sangrado tardío de la punción arterial efectuada durante el cateterismo debido, fundamentalmente a la situación de anticoagulación en la que se encontraba el enfermo (...)./ A las 7.30 del mismo día, tras otro episodio similar, se realizó un TAC Urgente en el que se detectó un tromboembolismo pulmonar bilateral y un gran hematoma pélvico e inguinal derecho con extravasación de contraste, indicativo de sangrado activo por rotura vascular. Ante la gravedad de la situación el paciente, nuevamente fue trasladado al Hospital de manera urgente, en helicóptero a las 12 horas del día 27. El hemograma realizado a las 7,30 h. de ese día presentaba una cifra de hematíes de 3.610.000, hemoglobina 11.5 grs y hematocrito de 34.7% frente al hecho el día anterior que arrojaba 4.990.000, 17,1 grs y 48,3% respectivamente. A su llegada al (.....) fue llevado a quirófano en situación de shock hemorrágico con una hemoglobina de 4 gr. (...)./ El cateterismo cardíaco y la angioplastia transluminal coronaria por abordaje femoral son procedimientos realizados con un elevado margen de seguridad (...). Sin embargo, esta técnica representa un potencial riesgo de complicación en la zona de punción en pacientes anticoagulados. Estas complicaciones se presentan según la literatura hasta el 4%, y el 0,8% y requieren cirugía vascular de reparación. En estos casos un hallazgo intraoperatorio frecuente es el desgarro de la arteria femoral común”.

Continúa señalando el mismo informe que “el hecho de que se produzca la lesión nada tiene de anómalo toda vez que se trata de un riesgo típico de la técnica aplicada (el cateterismo) y como tal fue informado y admitido por el paciente (...). Cosa distinta es el momento de su detección. Mas bien cabe pensar que el sangrado no se produjo inmediatamente después de la realización del cateterismo, ya que durante el traslado en UVI móvil y a su llegada al Hospital las constantes eran normales y fueron controladas reiteradamente. Todo apunta a que se haya iniciado posteriormente un sangrado tardío de la punción arterial en relación con la situación de

anticoagulación en la que estaba el enfermo, pero que parecía manifiesto a las 04,40 h. no siendo trasladado al Servicio de Cirugía Vascular hasta las 12 horas del mismo día, es decir, unas ocho horas después. El cuadro clínico coincide con una anotación existente en el curso clínico, hecha por la enfermera de Reanimación, donde se dice que la zona de punción está inflamada y dura ´”.

Concluye su informe el Inspector de Prestaciones Sanitarias proponiendo que la reclamación “debe ser estimada, dejando para un momento posterior de la tramitación del expediente administrativo la fijación de la cuantía indemnizatoria”.

En el dictamen médico de la asesoría, en cuanto a los hechos, ningún dato nuevo se aporta sobre la primera intervención, el cateterismo, y sobre la posterior asistencia prestada en el Hospital, Después de exponer una serie de consideraciones médicas sobre el cateterismo y el tromboembolismo pulmonar, continúa el dictamen señalando que “el hecho de que el paciente presentara dos episodios de hipotensión arterial en la madrugada del día 27 se explicaría perfectamente por la presencia del tromboembolismo pulmonar, pero pese a ello (...) se amplía el estudio diagnóstico llegando a la conclusión de la presencia de una complicación hemorrágica secundaria a la punción arterial (...). En todo caso la cifra de hemoglobina en ese momento (11,5 g/dL) no parece justificar los episodios hipotensivos del enfermo que en nuestro criterio podrían relacionarse con nuevos episodios de tromboembolismo pulmonar. En este momento se plantea un dilema pues por un lado nos encontramos ante un TEP grave bilateral (y parece que recidivante) en el que la anticoagulación es fundamental para intentar salvar la vida del paciente, y por otro lado hemos constatado una complicación hemorrágica secundaria a la realización de una punción arterial. Se decide con buen criterio su traslado al Hospital, (...)./ El traslado no se encontraba contraindicado y se realizó utilizando el medio más adecuado (helicóptero) para evitar nuevas complicaciones. El fallecimiento del paciente reproduce precisamente cuando el sangrado se había solucionado y, por tanto

como causa de la muerte hay que tener presentes otras posibilidades, además del shock hemorrágico, de las que una nueva embolia pulmonar parece la más probable”.

Concluye el dictamen señalando que “la actuación con este enfermo fue en todo momento extraordinariamente diligente poniendo a su disposición todos los medios habituales y extraordinarios que se consideraron necesarios”.

3. Con fecha 14 de junio de 2005, y acuse de recibo del día 24 del mismo mes, se notifica al representante de los interesados la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por plazo de quince días; plazo que transcurre sin que se presente alegación o documento alguno.

4. Con fecha 21 de diciembre de 2005, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias eleva propuesta de resolución en la que, tras describir los antecedentes de hecho con expresión de los documentos incorporados al expediente, razona en derecho y propone la desestimación de la reclamación presentada por considerar que, teniendo en cuenta “los informes incorporados al expediente, se puede concluir que los profesionales sanitarios actuaron de acuerdo a la *lex artis ad hoc*, sin que por tanto se pueda extraer nota alguna de antijuridicidad del daño”. En los “Fundamentos de Derecho”, después de analizar la normativa aplicable y la jurisprudencia reciente sobre el concepto de la *lex artis* y la antijuridicidad del daño en la asistencia sanitaria, señala que “al contrario de lo que afirman los reclamantes en su escrito, (el paciente) sí fue informado de los riesgos de esta prueba exploratoria. En el expediente figuran los Consentimientos Informados”. En relación con los episodios de hipotensión arterial acaecidos en el Hospital en la madrugada del día 27, continúa señalando que los mismos “fueron tratados de forma adecuada. Ante la aparición de esta clínica y la aparición de un hematoma en la ingle derecha, se decidió realizar nuevas pruebas diagnósticas, las cuales mostraron la existencia de un tromboembolismo pulmonar bilateral y una

hemorragia activa en la ingle en el lugar de la punción". Sobre el momento en que se detecta la hemorragia inguinal, señala la propuesta que, aunque tiene relación con el cateterismo "parece que no se pudo apreciar el cuadro antes probablemente porque el sangrado comenzó tiempo después de la realización de la prueba y porque se trataba de una hemorragia interna que no cursa con signos externos inmediatos, siendo estos últimos en su aparición más temprana atribuibles a normal realización y progresión de la prueba" y, finalmente, sobre la causa del fallecimiento indica que "la causa de la muerte no queda acreditada de forma clara, no pudiéndose descartar que se debiera a una nueva embolia pulmonar".

Concluye señalando que "al paciente se le atendió poniendo a su disposición todos los medios posibles, se realizaron dos traslados en helicóptero y otro en UVI móvil y fue atendido por numerosos facultativos (...), se pusieron a disposición del paciente todo tipo de medios y los profesionales actuaron diligentemente por lo que cumplido el requisito de adecuación de la lex artis, no cabe afirmar la responsabilidad de la Administración Sanitaria".

5. En este estado de tramitación, mediante escrito de fecha 9 de enero de 2006, registrado de entrada el día 11 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente R.P. número, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, adjuntando a tal fin el original del mismo.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo establecido en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias en los términos de lo dispuesto en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están los interesados activamente legitimados para solicitar la reparación del daño causado, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que originaron la reclamación, actuando legítimamente a través de un representante, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la misma LRJPAC, que ha acreditado su poder de representación con la escritura notarial incorporada al expediente.

TERCERA.- La reclamación se presenta dentro del plazo de prescripción establecido en el artículo 142.5 de la LRJPAC, que dispone que “En todo caso, 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 efecto, el fallecimiento se produce el día 27 de enero de 2004 y el escrito de reclamación se presenta el día 9 de diciembre del mismo año.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la

LRJPAC y, en su desarrollo, en el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial). Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, están sujetas las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellas, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites legal y reglamentariamente establecidos de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Presentada la reclamación el día 9 de diciembre de 2004, se concluye que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 11 de enero de 2006, el plazo de resolución y notificación ha sido ampliamente sobrepasado. Ello no impide, no obstante, la resolución del procedimiento de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

Asimismo, observamos la omisión de actos expresos de instrucción tales como la resolución de apertura del preceptivo período de prueba y la determinación de su plazo, y, en lo que a la práctica de pruebas se refiere, estimamos que la instrucción del procedimiento adolece de un defecto esencial que impide cualquier consideración sobre el fondo de la reclamación planteada. En un procedimiento como el actual en que no existe unanimidad en los informes técnicos incorporados al expediente acerca de la valoración de los hechos, se ha incumplido lo dispuesto en el artículo 9 del Reglamento de

Responsabilidad Patrimonial, que establece que deberán practicarse en el plazo de treinta días cuantas pruebas hubieran sido declaradas pertinentes, añadiendo el mismo artículo (en reiteración de lo dispuesto en el artículo 80.3 de la LRJPAC) que el instructor solo podrá rechazar las pruebas propuestas por los interesados cuando sean manifiestamente improcedentes o innecesarias, y ello mediante resolución motivada. Según hemos dejado expuesto en los antecedentes, el firmante de la reclamación anunció en su escrito inicial que pretendía valerse, entre otros medios de prueba, de "Pericial médica a fin de que por la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo, tras el estudio del historial clínico de Don, se emita dictamen sobre la asistencia sanitaria que le fue brindada, indicando expresamente si la misma se ha ajustado en todo momento o, por el contrario, se ha desviado de la lex artis".

Pues bien, dicha prueba no ha sido practicada y el Servicio instructor no ha resuelto expresa y motivadamente su denegación o rechazo, por lo que, atendida la normativa que acabamos de exponer, habrá de acordarse la apertura del correspondiente periodo probatorio al objeto de que pueda practicarse la solicitada en los términos de lo establecido en el artículo 81 de la LRJPAC. Por ello, habrá de retrotraerse el procedimiento al momento oportuno, dando traslado al reclamante de la resolución de apertura del periodo probatorio para que pueda, o bien presentar el dictamen anunciado, o bien, si así lo manifestase expresamente, solicitar que sea el instructor quien lo recabe sin perjuicio de la aplicación, si procediera, de lo dispuesto en el apartado 3 del citado artículo 81 de la LRJPAC.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina: Que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta solicitada. Que debe retrotraerse el procedimiento al momento en el que debió dictarse resolución acordando la apertura del período de prueba y la práctica de

la propuesta, en los términos que hemos dejado expuestos en la consideración Cuarta del cuerpo de este Dictamen, y, una vez formulada nueva propuesta de resolución, recabar a este Consejo el preceptivo dictamen.”

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.