

Expediente Núm. 355/2009  
Dictamen Núm. 231/2010

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*  
*Jiménez Blanco, Pilar*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 14 de octubre de 2010, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 26 de agosto de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios que consideran derivados de una deficiente asistencia prestada en un centro sanitario público a su esposo y padre.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 10 de febrero de 2009, un letrado en nombre y representación de la esposa y las hijas del perjudicado presentan en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias, una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la, a su juicio, deficiente asistencia sanitaria prestada a su esposo y padre en el Hospital ....., que habría provocado su fallecimiento.

Inicia el representante de las interesadas su relato refiriendo que el perjudicado, "diagnosticado desde el año 1996 de enfermedad de Parkinson Atípica" y, desde el año 2000, con dos neuroestimuladores implantados "en los núcleos subtalámicos izquierdo y derecho", ingresa el día 14 de julio de 2008 en el Área de Urgencias del Hospital ..... por agotamiento del neuroestimulador derecho. En el Servicio de Neurocirugía se comprueba que el citado neuroestimulador está agotado, pero que el izquierdo "tiene baja batería, por lo que se propone el recambio de los dos neuroestimuladores". Se programa la intervención quirúrgica para el día 18 de julio, y ese mismo día se aplaza para el día 21 del mismo mes. Las reclamantes afirman que "la familia", basándose en experiencias anteriores, advierte a los facultativos "de las consecuencias de la demora del tratamiento" aunque los "responsables médicos (...), deciden posponer la intervención para el día 21 de julio de 2008".

Continúan refiriendo que "el estado del paciente se agravaba (...), y el día 19 de julio también se agota el neuroestimulador izquierdo. Comoquiera que no se le suministra medicación para contrarrestar este defecto, el paciente entra en un estado de excitación, convulsión y estrés psicológico y muscular, situación que es comprobada por los médicos de Neurología de guardia sobre las 2:00 horas del domingo día 20 de julio, quienes verbalmente recomiendan a la familia hablar con el (doctor) y programar la intervención para ese mismo día". Finalmente, el perjudicado fallece "el día 20 de julio de 2008".

Las reclamantes manifiestan que hubo "deficiencias de coordinación (...), retraso en el tratamiento (...), falta de protocolo de actuación". Aducen un informe médico de un especialista en valoración del daño corporal, en el que se afirma que "una vez agotadas las baterías del neuroestimulador deben reemplazarse en ese momento, pues de lo contrario, se agravan los síntomas (...), lo que incrementa el riesgo vital del paciente". Añade dicho informe que "el recambio (...), es un operación quirúrgica sencilla, que no reviste dificultad alguna, y rápida, pues se realiza en un breve espacio de tiempo". Debido a la demora de la intervención, "el paciente entró en un periodo de `off` o `apagado`, que no pudo ser revertido por los neuroestimuladores al estar con

las baterías agotadas, y no se le hace modificación de la dosis de fármacos antiparkinsonianos que pudieran contrarrestar la escasa efectividad de los neuroestimuladores, agravándose la enfermedad, con resultado de muerte por parada cardiorrespiratoria”.

Solicitan una indemnización de doscientos mil euros (200.000 €).

Proponen como prueba que se aporte la historia clínica completa del perjudicado.

Adjuntan copia de la siguiente documentación: a) Poder general para pleitos a favor del letrado que actúa en nombre y representación de las reclamantes. b) Certificado de matrimonio. c) Certificados de nacimiento de las hijas del perjudicado. d) Libro de Familia. e) Certificado de defunción del perjudicado. f) Escrito de queja dirigido al Servicio de Atención al Usuario del hospital en que fue atendido, de fecha 29 de enero de 2007. h) Escrito del Gerente del hospital, de fecha 22 de febrero de 2007. i) Escrito de queja dirigido al Servicio de Atención al Usuario del hospital, de fecha 28 de julio de 2008. j) Escrito del Gerente del hospital, de fecha 20 de agosto de 2008. k) Informe médico pericial de un especialista en valoración del daño corporal, de fecha 20 de diciembre de 2008. l) Anexo que contiene informes de los Servicios de Neurología y de Neurocirugía del Hospital ....., así como un certificado médico de defunción.

**2.** Mediante escrito de fecha 26 de febrero de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a las reclamantes la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** Con fecha 26 de febrero de 2009, el Secretario General del Hospital ..... remite al Servicio instructor copia de la historia clínica del perjudicado.

4. Con fecha 10 de marzo de 2009, en respuesta a lo interesado, el Secretario General del Hospital ..... remite al Servicio instructor informe actualizado del Servicio de Neurocirugía.

En él, de fecha 6 de marzo de 2009, se refiere que “el día 14 de julio de 2008 el paciente acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital (...) por agotamiento del estimulador del lado derecho. Se explicó a la familia que el ingreso a través del Servicio de Urgencias en estos casos no era el procedimiento habitual, sino contactar telefónicamente con el Servicio”. Sigue refiriendo que “era patente un marcado grado de bradicinesia y notable temblor en miembro superior izquierdo. Las constantes eran normales (...), afebril. Ingresó en (...) nuestro Servicio”. El día 15 de julio, “la enfermera (...) anota que encuentra bien al enfermo, aunque muy lento y con marcada discinesia en el brazo izquierdo. Ese mismo día (un facultativo) solicita los oportunos estudios preoperatorios”. El día 16 de julio “su estado clínico se mantiene en parecida situación a la descrita anteriormente. El día 17, (un facultativo) anota que ambas baterías están prácticamente agotadas, por lo que decide cambiar las dos. La intervención se programa para el día siguiente, 18 de julio”. Afirma que a las 13:00 horas del día 18 julio “se suspendió la intervención por presentarse una urgencia vital” y se pospone el recambio de neuroestimuladores para el “día 21, en cirugía programada”. El día 19, “la enfermera anota que toma el desayuno con dificultad. Su tensión arterial era 148/78, tenía 92 pulsaciones por minuto. A las 13:00 horas lo encuentra mejor (...), pero con más síntomas parkinsonianos (...). En la madrugada el día 20 (...) la enfermera de planta avisa al médico de guardia del Servicio y a UVI por parada cardiorrespiratoria”. La médico de la UVI describe textualmente: “Parada cardiorrespiratoria en asistolia con algún complejo ventricular aislado (...). No recupera actividad eléctrica en ningún momento. A los 30’ se suspende la reanimación”. Finaliza diciendo que “no se realizó necropsia por lo que la causa de la parada respiratoria que originó la muerte del enfermo no se puede determinar. La enfermedad de Parkinson (...), descontrolada por el agotamiento de los neuroestimuladores y la ineficacia de la medicación específica puede ser un

factor coadyuvante, pero no la responsable directa del fallecimiento”. Considera que “el origen más probable podría ser un tromboembolismo pulmonar o un infarto agudo de miocardio”, pues aunque “tenía pauta medicamentosa para la prevención de la trombosis venosa (...), esta no asegura que no pueda desarrollarse”.

Añade el informe que “en los meses de verano, la disponibilidad de quirófanos para cirugía programada preferente es sensiblemente menor. No ha existido, en los años que lleva funcionando la Unidad de Neurocirugía Funcional ningún caso similar, aunque los retrasos en el recambio de baterías son relativamente frecuentes por el elevado número de pacientes que deben atenderse, incluso de otras Comunidades Autónomas, ya que el Servicio de Neurocirugía del (hospital) es centro de referencia nacional para la cirugía de la enfermedad de Parkinson”.

**5.** Con fecha 30 de marzo de 2009, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él describe los hechos y tras su valoración concluye que el fallecimiento del perjudicado, “de acuerdo con el informe del neurocirujano responsable de la asistencia del paciente, puede haberse debido a un tromboembolismo pulmonar o un infarto agudo de miocardio, siendo éste el origen más probable, si bien tampoco es posible descartar que el retraso en el tratamiento haya podido ser un factor coadyuvante”. Considera que la reclamación formulada “debe ser estimada dejando para un momento posterior (...), la fijación de la cuantía indemnizatoria”.

**6.** Mediante escritos de 6 de abril de 2009, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

**7.** Con fecha 10 de mayo de 2009, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por dos especialistas en

Neurocirugía. En su opinión “no puede afirmarse en este caso que el retraso de la intervención de recambio de neuroestimulador tenga relación con el fallecimiento del paciente y en consecuencia no consideramos justificada la reclamación”. Establecen las siguientes conclusiones: “1. La demora quirúrgica de la intervención programada de este paciente, como consecuencia de la aparición de un procedimiento urgente neuroquirúrgico, nos parece correcta y no indica ningún mal funcionamiento del sistema público sanitario sino todo lo contrario./ 2. La causa del fallecimiento del paciente no ha sido establecida y no puede inferirse una relación causal directa entre el retraso quirúrgico y el fallecimiento brusco./ 3. El recambio de unos estimuladores en la enfermedad de Parkinson no puede considerarse como un procedimiento urgente, ya que dicha enfermedad constituye una patología neurológica de carácter crónico, cuyas alteraciones motoras no suponen un riesgo vital inminente en ningún caso./ 4. Por todo lo anterior no consideramos justificada la reclamación”.

**8.** Mediante escrito de fecha 26 de mayo de 2009, se comunica a las reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una copia de los documentos obrantes en el procedimiento. El día 30 de abril el representante de las reclamantes se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo compuesto por ciento treinta y cuatro (134) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

**9.** Con fecha 11 de mayo de 2009, el representante de las reclamantes presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que, aparte de ratificarse en los términos del escrito inicial, muestra su desacuerdo con el dictamen médico pericial y sostiene que el fallecimiento del perjudicado “no es inesperado ni brusco”, pues en las horas anteriores al mismo “se agravaba el estado del paciente, presentaba muchas discinesias, más síntomas de la enfermedad y apenas tuvo atención médica”, y considera que “al estar la enfermedad descontrolada por estar

agotados los neuroestimuladores y al ser ineficaz la medicación, esta situación fue, cuando menos, uno de los factores que provocó el fallecimiento”.

**10.** Con fecha 5 de agosto de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En la misma, manifiesta que “no existe ninguna evidencia de mala praxis o acciones contrarias a la lex artis. Tampoco (...) de mal funcionamiento de los Servicios Sanitarios. El paciente fue programado para un recambio de neuroestimuladores en el momento de detectarse el agotamiento de sus baterías. Este procedimiento quirúrgico no representa ninguna urgencia, pues la enfermedad de Parkinson es un trastorno de carácter crónico” y los síntomas motores que presenta “no indican un riesgo vital”.

La intervención tuvo que suspenderse “al presentarse una urgencia de otro paciente que requería una intervención urgente por riesgo vital con la consiguiente prioridad sobre una intervención de carácter programado que no asociaba dicho riesgo”. Considera que, dadas las circunstancias, “la suspensión de la intervención quirúrgica se hizo de forma correcta”. Además, “la nueva fecha programada para realizar al paciente la intervención se demoró en sólo tres días, lo cual no es un retraso que suponga un riesgo significativo para un paciente con enfermedad de Parkinson”.

Sostiene que “el paciente falleció de forma brusca e inesperada por parada cardiorrespiratoria de causa no establecida”, y afirma que “cualquier paciente con enfermedad de Parkinson puede fallecer de forma brusca y ello no quiere decir que esta enfermedad sea la causa del fallecimiento. No existe causa demostrada de la parada cardiorrespiratoria sufrida y las posibilidades más probables de dicha parada en base a la edad del paciente son el infarto de miocardio o el tromboembolismo pulmonar, sin relación con su base neurológica”. Concluye que “por lo tanto no puede afirmarse en este caso que el retraso de la intervención de recambio de neuroestimulador tenga relación con el fallecimiento del paciente”.

**11.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de agosto de 2009, registrado de entrada el día 28 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 del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ....., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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 dispuesto 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, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido 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 las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.



**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC 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 el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 10 de febrero de 2009, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del perjudicado- el día 20 de julio de 2008, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**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 (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. 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, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes

requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** Las reclamantes interesan una indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la asistencia sanitaria que se le prestó en un hospital público.

Consta en el expediente el fallecimiento del pariente de las interesadas, por lo que cabe presumir que han sufrido un daño moral, sin perjuicio de una valoración más precisa del soportado por cada una de ellas, que realizaremos en el caso de que concurran los requisitos para declarar la responsabilidad pretendida.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por las reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Ahora bien, en el ámbito sanitario no resulta infrecuente el supuesto en el que la lesión o el daño es producto de más de una causa, o incluso que, como acontece en el presente supuesto, la causa del daño o lesión producida no puede ser establecida.

A este respecto, las interesadas consideran que el fallecimiento de su esposo y padre, ocurrido en las primeras horas del día 20 de julio de 2008, se produjo como consecuencia del aplazamiento de la intervención para el cambio de las baterías de los neuroestimuladores que le habían sido implantados para tratar la enfermedad de Parkinson que padecía, y que prevista inicialmente para el día 18 de julio de 2008, fue suspendida, debido a una urgencia vital, y pospuesta para el día 21 de julio, de tal suerte que para las interesadas sería este aplazamiento en la intervención prevista la forma en que se concreta la violación de la *lex artis ad hoc*, en una relación de causa a efecto, naciendo en consecuencia el deber de indemnización a cargo de la Administración sanitaria.

Por su parte, el informe técnico de evaluación obrante en el expediente propone la estimación de la reclamación planteada por las interesadas, y ello tras valorar la literalidad del informe del servicio responsable de la asistencia prestada al fallecido en atención a su enfermedad neurológica de base, en el que puede leerse lo siguiente: “no se realizó necropsia por lo que (...) la muerte del enfermo no se puede determinar. La enfermedad de Parkinson del paciente, descontrolada por el agotamiento de los neuroestimuladores y la ineficacia de la medicación específica puede ser un factor coadyuvante, pero no la responsable directa del fallecimiento. El origen más probable podría ser un tromboembolismo pulmonar o un infarto agudo de miocardio”.

Apartándose de la conclusión del informe técnico de evaluación, la propuesta de resolución sometida a consideración de este Consejo propone la desestimación de la reclamación planteada, al hacer suyas las consideraciones del dictamen pericial emitido a instancia de una aseguradora privada, y ello en el entendimiento de que en el presente supuesto no existe ninguna evidencia de mala praxis o acciones contrarias a la *lex artis*, toda vez que “la suspensión de la intervención quirúrgica se hizo de forma correcta. La nueva fecha programada (...) se demoró en sólo tres días, lo cual no es un retraso que suponga un riesgo significativo para un paciente con enfermedad de Parkinson”.

Así las cosas, este Consejo debe comenzar su análisis por considerar si en el presente supuesto concurre el necesario nexo causal entre la asistencia prestada al padre y esposo de las interesadas -más bien la demora en la asistencia prestada al mismo al haberse aplazado la intervención prevista- y su fallecimiento.

A este respecto, y sobre el dato constatado de que resulta materialmente imposible determinar la causa del fallecimiento, en modo alguno puede entender este Consejo como “gratuita”, tal y como se sostiene en el dictamen pericial de la aseguradora de la Administración, la relación causal establecida entre el retraso en la intervención y el fallecimiento, tanto por los peritos de las reclamantes, en un primer momento de manera exclusiva, más adelante de

manera más matizada, como por el responsable del servicio a cuyo cuidado se encontraba el fallecido. En este último caso conviene señalar que la relación causal no se establece de manera exclusiva, ni tan siquiera principal -"la enfermedad de Parkinson (...) descontrolada (...) puede ser un factor coadyuvante", dice-, pero, atendiendo a su origen, en modo alguno puede ser calificada de "gratuita", debiendo ser valorada en su justa medida.

Sentado lo anterior, y admitido por el Servicio, en los términos ya reflejados, que el retraso en la sustitución de los neuroestimuladores hubiera provocado un descontrol en la enfermedad de Parkinson, que pudiera coadyuvar (junto a otras causas sin duda preexistentes que concurren en el presente supuesto) al fatal desenlace, debe este Consejo determinar si el mismo constituye una causalidad jurídica determinante de la imputación a la Administración sanitaria del daño producido, una vez que ha de descartarse, por imposible, cualquier intento de fijar la causalidad material.

En un supuesto como el presente, de posibles concausas determinantes del daño, no puede en modo alguno dejar de considerarse las circunstancias personales preexistentes, comenzando por la edad del enfermo (75 años en el momento del fallecimiento); la enfermedad de base (Parkinson), que ya presentó sintomatología en el año 1990, es decir, una enfermedad que cursaba desde hacía 18 años, sin que al respecto pueda olvidarse el dato aportado por el propio perito de las reclamantes -que la enfermedad de Parkinson presenta una tasa de incapacidad severa o muerte del 80% en los 15 años siguientes al inicio de los síntomas-, así como el dato constatado en el informe del servicio de que el enfermo "tenía pauta medicamentosa para la prevención de trombosis venosa". Junto a estos antecedentes, aparece y se admite por la Administración sanitaria, como posible causa coadyuvante, el retraso en el cambio de los neuroestimuladores.

Así las cosas, la respuesta a la cuestión de determinar, en el supuesto de existencia de concausas que convergen en la producción del daño, el necesario nexo causal entre el actuar de la Administración y el daño causado, ha de venir dada por la individualización de aquel hecho o factor que pueda ser

considerado como relevante por sí mismo para la producción del daño, de tal suerte que solamente en el supuesto de que dada una condición -en este caso la decisión de aplazar el recambio de los neuroestimuladores-, era de esperar en un curso normal de los acontecimientos el fallecimiento del paciente, surgiría el deber de indemnizar.

En este sentido, en el dictamen de la aseguradora de la Administración obrante en el expediente, elaborado por un especialista en la materia, se afirma que “el recambio de unos estimuladores de la enfermedad de Parkinson no puede considerarse como un procedimiento urgente, ya que dicha enfermedad constituye una patología neurológica de carácter crónico, cuyas alteraciones motoras no suponen un riesgo vital inminente en ningún caso”. Frente a esta argumentación, las reclamantes, en fase de alegaciones, admiten que “eso puede ser la tónica general, pero no aplicable a todos los supuestos y menos aún al que nos ocupa teniendo en cuenta los antecedentes”. Tampoco puede dejarse de lado la experiencia del Servicio, que ostentando la condición de centro de referencia nacional para la cirugía de la enfermedad del Parkinson, y tras admitir la posibilidad de que el aplazamiento pudiera erigirse en concausa del fallecimiento, constata la inexistencia de un caso similar ligado a un retraso, que por otra parte reconoce como relativamente frecuente, en el recambio de este tipo de baterías.

En el presente supuesto, las reclamantes, a quienes corresponde la carga de la prueba de la relación de causalidad entre el actuar de la Administración sanitaria y el daño producido, no han aportado información suficiente que permita concluir con un mínimo nivel de certeza que la decisión de aplazar el recambio de los neuroestimuladores conduciría inexorablemente al fallecimiento de su esposo y padre, lo que nos impide apreciar la concurrencia de nexo causal jurídicamente relevante entre el daño producido y el servicio público sanitario -no habiendo quedado demostrada, a juicio de este Consejo, una mala práctica médica del servicio público sanitario-, por lo que no cabe estimar la responsabilidad patrimonial que se pretende, toda vez que la asistencia prestada se habría adecuado en todo momento a la *lex artis ad hoc*. Todo ello

nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por .....

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.