

Expediente Núm. 279/2013
Dictamen Núm. 238/2013

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 14 de noviembre de 2013, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 5 de agosto de 2013, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 1 de marzo de 2013 el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que anuda a la intervención de una cardiopatía.

Refiere que “a consecuencia de unos problemas cardíacos (soplo desde el nacimiento y diagnóstico de estenosis aórtica) que nunca habían tenido repercusión (...) en septiembre de 2010 acude al cardiólogo por disnea de

esfuerzo progresiva y ortopnea, haciéndosele las oportunas pruebas y decidiéndose cirugía”, a la que fue sometido el 26 de octubre de 2011, y especifica que se complicó “por motivos desconocidos e inciertos, teniendo que ser operado nuevamente a las 24 horas porque estaba sangrando mucho, limitándose los médicos a limpiar los coágulos de sangre”. Más adelante, “el 1 de noviembre (...), se encontraba muy hinchado” y deciden practicarle una ecografía que objetiva “una fuga en la válvula tricúspide, que no saben el motivo, pero que podría ser que le pincharan durante la intervención”, por lo que se aborda una nueva operación el 2 de noviembre de 2011, comenzando la mejoría a raíz de esta tercera intervención.

Invoca una mala praxis médica, concretando el “error cometido en (la) primera intervención” (perforación de la base del velo) y “la actuación seguida por los médicos” tras ella, “por cuanto hasta que su estado no es crítico, llegando incluso a paro cardíaco, no se le hacen las oportunas pruebas que determinan la urgente necesidad de una nueva intervención”.

En cuanto al daño causado, reseña que se le ha reconocido una incapacidad permanente absoluta “a consecuencia de las complicaciones existentes en la operación a la que fue sometido”, reclamando la cantidad de trescientos cincuenta y un mil cuatrocientos treinta y nueve euros con ochenta y cinco céntimos (351.439,85 €) por los daños físicos y morales padecidos, y en aplicación del factor de corrección correspondiente a sus ingresos anuales previos a la incapacidad.

Acompaña a su escrito copia, entre otros, de los siguientes documentos:

a) Informe de alta del Servicio de Cirugía Cardíaca, en el que se indica que el 26 de octubre de 2011 fue intervenido para “sustitución valvular aórtica por prótesis mecánica (...) y resección de rodete subaórtico”, siendo “reintervenido a las 4 horas por sangrado” en el que “no se objetiva el punto sangrante” y “extubado el 30-10-11 (...). A las 24 horas presenta episodio de AC x FA (...), solicitándose ecocardiograma urgente; este objetiva insuficiencia mitral severa con un chorro en relación a perforación de base de velo anterior y con otro chorro que parece funcional (...). Insuficiencia tricuspídea severa”. b)

Resolución de 26 de marzo de 2012, de la Directora Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social, por la que se le reconoce al perjudicado una incapacidad permanente absoluta a la vista del dictamen-propuesta emitido por el Equipo de Valoración de Incapacidades el 7 de marzo de 2012. c) Informe de un facultativo privado, fechado el 31 de enero de 2013, en el que se hace constar que la primera intervención “se complicó con bloqueo de rama izquierda del haz de His, que no existía previamente (...), presentando a las 24 h episodio de arritmia completa por fibrilación auricular y objetivándose por eco insuficiencia mitral severa por perforación del velo anterior mitral”, procediéndose entonces a efectuar una reintervención urgente con “recambio valvular mitral”, a la que siguieron otras complicaciones. Concluye que al paciente, de 49 años de edad, “no se le concedió” la incapacidad permanente absoluta por “una cardiopatía aórtica subvalvular de la que estaba diagnosticado años atrás, sino porque durante la intervención existieron todo tipo de complicaciones” que precisaron “tratamiento muy agresivo y anticoagulación permanente”, confirmándose a la fecha del informe el “bloqueo de la rama izquierda del haz de His y de la dilación y la alteración de la función de ambos ventrículos (...), así como taquicardia supraventricular objetivada durante el test de esfuerzo”. Como impresión diagnóstica hace constar, entre otros extremos, “test de esfuerzo suspendido por presencia de taquicardia supraventricular y reacción hipertensiva” y “ecocardiograma que demuestra ventrículo izquierdo hipertrófico y dilatado, con todas las funciones del mismo afectas. Cavidades derechas dilatadas con función de ventrículo derecho afecta”. La medicación pautada consiste en “seguir” tomando los fármacos ya prescritos, añadiéndose únicamente “Trangorex”. Se acompañan pruebas diagnósticas, fechadas igualmente el 31 de enero de 2013.

2. Con fecha 13 de marzo de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria notifica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, así como los plazos y efectos del silencio administrativo.

3. Durante la instrucción se incorporan al expediente, remitidos por el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital, una copia de su historial clínico relativo al episodio objeto de reclamación y el informe librado por el Servicio de Cirugía Cardíaca.

En la historia clínica constan, debidamente firmados por el paciente o sus familiares, los documentos de consentimiento informado para ecocardiografía transesofágica, para tratamiento con anticoagulantes orales, para transfusión, para anestesia general y para reparación/sustitución valvular. En este último se alude a posibles complicaciones cardíacas "graves", reseñándose que las mismas "son secundarias al tiempo en que es necesario mantenerlo parado y sin riego coronario (...). Son más frecuentes en pacientes con enfermedad coronaria severa y sobre todo si está disminuida la función del ventrículo izquierdo. Las más frecuentes son: la insuficiencia cardíaca, las arritmias, las hemorragias y el taponamiento cardíaco (...). En el estado actual de los conocimientos de la cirugía cardíaca no sabemos exactamente qué corazón soportará adecuadamente y sin deterioro importante esta situación./ En el posoperatorio pueden desarrollarse trastornos de coagulación y hemorragia que pueden llegar a requerir volver al quirófano para revisar el campo operatorio".

El Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca que intervino al paciente libra un informe, el 2 de abril de 2013, en el que puntualiza que "los diagnósticos previos del paciente eran una estenosis subaórtica severa, según se menciona en la reclamación, aunque presentaba, además, una insuficiencia moderada de la válvula aórtica y una disfunción moderada de ventrículo izquierdo (...). Dicho paciente no se encontraba asintomático, como refiere la reclamación, sino que presentaba disnea de esfuerzo con episodios de ortopnea".

Advierte que en la intervención inicial "se realiza una resección (...) con ampliación del tracto de salida del ventrículo izquierdo, causante de la estenosis subvalvular", reseñando que las intervenciones sobre el mencionado tracto de salida, "por donde discurre el haz de His, cursan frecuentemente con el bloqueo de la rama izquierda de dicho haz, al ser necesario ampliar la cámara de salida

ventricular a dicho nivel para corregir la estenosis, por lo que más que una complicación se trata de una secuela de dicho tipo de cirugía”.

Añade que, efectuada “dicha reparación (...), se realizó una ecografía de control en quirófano que demostró la resolución de la estenosis subaórtica” y “la persistencia de la insuficiencia aórtica moderada preexistente”, procediéndose a sustituir “la válvula aórtica por una prótesis mecánica” y en el posoperatorio subsiguiente “presenta una arritmia supraventricular por fibrilación auricular (situación muy distinta de una parada cardíaca, que el paciente nunca ha presentado)”, por lo que se solicita una ecocardiografía “que muestra por primera vez una insuficiencia mitral, con hipertensión pulmonar e insuficiencia tricuspídea, motivada probablemente por una lesión del velo anterior de la válvula mitral durante el procedimiento quirúrgico, aunque aparentemente el desprendimiento válvular y la insuficiencia severa se desarrollaran posteriormente a tenor de la evolución del enfermo y las exploraciones realizadas. Dicho nuevo diagnóstico requiere una nueva intervención, implantándose una prótesis mecánica mitral y un anillo tricuspídeo./ El paciente, asimismo, fue revisado quirúrgicamente por sangrado perioperatorio excesivo, no hallándose ningún foco activo del mismo y procediéndose a la retirada de los coágulos en la cavidad torácica, complicación relativamente frecuente en el posoperatorio inicial de una cirugía cardíaca y que, en este caso, nada tiene que ver con las correcciones o prótesis implantadas (...). La evolución posterior del paciente fue lenta pero favorable hasta ser dado de alta el día 17 de noviembre de 2011, con un estudio ecocardiográfico (...) que muestra el correcto funcionamiento de ambas prótesis (...) y función ventricular izquierda (fracción de eyección) del 35% (...). La última revisión (...) el 31-10-2012 refiere textualmente que (...) camina de dos a tres kilómetros diarios, puede subir cuestas con algo de disnea”. Señala que el reconocimiento de una incapacidad permanente absoluta es “relativamente frecuente en los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca” y que “la última ecografía del 26-10-2012 se informa como prótesis aórtica y mitral normofuncionantes, con función ventricular izquierda del 45%, similar a la

previa y motivo principal de su limitación funcional. El paciente se encuentra a tratamiento con anticoagulantes orales, necesarios para pacientes portadores de prótesis mecánicas (...), y sin tratamiento con Amiodarona, medicación necesaria temporalmente por su episodio de fibrilación auricular”.

4. El día 17 de abril de 2013, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él afirma que, “según bibliografía consultada, las intervenciones sobre el tracto de salida del ventrículo izquierdo a nivel del septo interventricular, por donde discurre el haz de His, cursan frecuentemente con el bloqueo de la rama izquierda de dicho haz, al ser necesario ampliar la cámara de salida ventricular a dicho nivel para corregir la estenosis, por lo que en el caso que se estudia lo ocurrido (...) se puede considerar, más que una complicación, una secuela de este tipo de cirugía./ Todos y cada uno de los pasos recogidos en la protocolización de la terapia a realizar en la patología de este reclamante fueron rigurosamente seguidos en el proceso asistencial”. Por último, concluye que este se ajustó “a una buena praxis médica, ya que la cirugía estaba indicada, al igual que la técnica aplicada”, y que hubo “una materialización de un ‘riesgo típico’ de esta cirugía recogido en el consentimiento informado”.

5. Con fecha 15 de mayo de 2013, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Cirugía Cardiovascular. En él advierte que en la literatura médica sobre esta patología se describe que “con cierta frecuencia se produce un bloqueo auriculoventricular completo, en este caso la complicación fue más venial al producirse solo un bloqueo de rama izquierda (...). Del mismo modo está descrita la posibilidad de lesionar la válvula mitral, que en esta ocasión fue necesaria su sustitución por prótesis (...). La reintervención por sangrado en el posoperatorio inmediato es relativamente frecuente (...). El sangrado producido nada tiene que ver con la lesión de la válvula mitral (...). La fibrilación auricular es una arritmia en general mal tolerada por los pacientes que se presenta con

cierta frecuencia en los posoperatorios de cirugía cardíaca. En la reclamación se advierte que el paciente sufrió una parada cardíaca, esto es absolutamente falso (...). El tratamiento con anticoagulantes orales es imprescindible para los portadores de prótesis mecánicas, este paciente ya estaría obligado a hacer este tratamiento al tener implantada una prótesis aórtica (...). Los tribunales médicos tienen tendencia a conceder distintos grados de incapacidad prácticamente a todo paciente operado de corazón que lo solicite”.

6. Evacuado el trámite de audiencia mediante escrito notificado al reclamante el 7 de junio de 2013, no consta en el expediente que se hayan presentado alegaciones.

7. Con fecha 17 de julio de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, asumiendo las conclusiones contenidas en los informes técnicos obrantes en el expediente.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 5 de agosto de 2013, registrado de entrada el día 9 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 Sanidad, 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), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

TERCERA.- 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.

Ahora bien, en cuanto al plazo para adoptar y notificar la resolución expresa, debemos señalar que en la fecha de entrada del expediente en este Consejo aún no se había rebasado el de seis meses establecido en el artículo 13.3 del mencionado Reglamento; sin embargo, en el momento presente ya no podrá la Administración aprobar en tiempo la correspondiente resolución. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

CUARTA.- 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 concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) que no haya transcurrido el plazo de prescripción; b) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; c) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y d) que no sea producto de fuerza mayor.

QUINTA.- Imputa el reclamante a la Administración sanitaria los daños y perjuicios que anuda a la intervención de una cardiopatía, y que concreta en el daño moral padecido y su precario estado de salud, por el que se le ha reconocido la situación de incapacidad permanente en grado de absoluta.

Acreditada la realidad de un daño -aunque en su producción haya concurrido, sin duda, la patología de base del paciente-, procede analizar en primer término si la reclamación ha sido ejercitada o no dentro del plazo establecido al efecto, dado que, de estimarse que en el momento de su presentación ha transcurrido el de prescripción, resultaría innecesario el examen de los restantes requisitos que habrían de concurrir para que pudiera prosperar.

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 consecuencia, el primer criterio legal para la determinación del *dies a quo* del cómputo del plazo para el ejercicio de la acción de reclamación es el del

momento del hecho dañoso (en el supuesto que nos ocupa, el de las intervenciones quirúrgicas -octubre y noviembre de 2011-); ahora bien, si el efecto lesivo se presenta con posterioridad habrá que estar a dicho momento, salvo que sea incierto e imprevisible el curso de la enfermedad y sus manifestaciones, en cuyo caso el dies a quo será el de la curación o determinación definitiva del alcance de las secuelas o de su estabilización.

En el asunto que se examina, y en orden a fijar la fecha en la que queda determinado el alcance del daño alegado, es necesario, en primer término, definir su naturaleza y, a tal fin, analizar si nos encontramos ante un efecto lesivo de carácter continuado, de evolución incierta e imprevisible, que da lugar a secuelas novedosas cuya evaluación definitiva no resulta posible efectuar en un momento temporal concreto, o si, por el contrario, nos hallamos ante un daño de carácter permanente, en tanto que determinado o estabilizado en un momento preciso, y previsible en sus manifestaciones y evolución.

Como ya hemos señalado en ocasiones anteriores, un importante cuerpo jurisprudencial distingue de forma clara y precisa estos dos tipos de daños, con el correlato de que, en presencia de los continuados, el plazo de prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial no empieza a correr hasta que no cesen o dejen de manifestarse los efectos lesivos, a diferencia de lo que ocurre en el caso de los daños permanentes, o de efectos permanentes y perdurables en el tiempo, en el que el plazo empieza a contarse en el momento en que se produce la conducta causante del daño o se revela su efecto lesivo, puesto que de lo contrario las reclamaciones por daños de este tipo se convertirían en imprescriptibles.

En el supuesto sometido a consulta, las manifestaciones lesivas que se imputan al servicio público sanitario, y las secuelas sufridas, no pueden considerarse de curso imprevisible o no determinables, pues su esencia radica en la precariedad de la función ventricular izquierda del corazón del paciente intervenido -limitación funcional de la que trae causa el reconocimiento de una incapacidad permanente-, y esa limitación ya es identificable al tiempo de recibir el alta médica en noviembre de 2011 (con un estudio ecocardiográfico

que revela una función ventricular izquierda del 35%), según refiere el informe de alta que él mismo aporta -"ecocardiografía posoperatoria: FEVI 35%"-, presentando una leve mejora en los controles posteriores (informándose en la última ecografía, de octubre de 2012, como "función ventricular izquierda del 45%, similar a la previa"), sin que encierren novedad dañosa las apreciaciones actuales de "ventrículo izquierdo hipertrófico y dilatado" o "test de esfuerzo suspendido por presencia de taquicardia" que se vierten en el informe médico emitido por un facultativo privado, a instancia del interesado. Idéntica conclusión se alcanza a la luz del reconocimiento de la situación de incapacidad permanente absoluta -sobre cuya significación gira el grueso del montante resarcitorio reclamado-, pues el dictamen-propuesta librado al efecto por el Equipo de Valoración de Incapacidades se suscribe el 7 de marzo de 2012, y, fundado necesariamente en estudios anteriores a esa fecha, conduce a estimar que la limitación funcional ya estaba -en su esencia- presente y definida varios meses antes. Este resultado se revela igualmente acorde con la naturaleza de la dolencia, ya que -tal como razonan algunos de los informes técnicos incorporados al expediente- los tribunales médicos suelen reconocer un grado de incapacidad a todo paciente operado de corazón que lo solicite.

Por las razones expuestas, los daños sufridos por el reclamante no pueden calificarse como continuados, toda vez que han quedado determinados y estabilizados en el momento en que se define la insuficiencia ventricular -noviembre de 2011-, sin perjuicio de la evolución de la misma como consecuencia de los cuidados que persiguen su mejoría, como refleja el último control al que fue sometido el paciente en la sanidad pública.

Calificado el daño como permanente, y en ausencia de secuelas desconocidas al tiempo de emitirse el alta médica -noviembre de 2011-, hemos de concluir que la reclamación presentada el 1 de marzo de 2013 es extemporánea.

Repelida la acción resarcitoria como incurso en prescripción, cabe reseñar que el sentido desestimatorio del presente dictamen no variaría en el caso de haberse ejercitado en plazo.

Al respecto, procede, ante todo, introducir ciertas precisiones en el relato fáctico vertido por el interesado. Este invoca un "error cometido en la primera intervención" consistente en la lesión del velo anterior de la válvula mitral, y una mala praxis médica tras la primera cirugía, "por cuanto hasta que su estado no es crítico, llegando incluso a paro cardíaco, no se le hacen las oportunas pruebas que determinan la urgente necesidad de una nueva intervención". En relación con ello, debe puntualizarse que en el expediente se acredita la lesión del velo en uno de los primeros abordajes, pero no el supuesto "paro cardíaco", cuya realidad ha de descartarse a la vista de la historia clínica y los informes incorporados al expediente. Asimismo, resulta de lo actuado que el paciente no se encontraba asintomático, por lo que precisaba de la intervención, y que no es la lesión del velo mitral (que se repara con una prótesis) la incidencia que desemboca en su actual limitación funcional, que se anuda clínicamente al bloqueo de la rama izquierda ventricular. Tampoco puede excluirse, tal como pretende el perjudicado, toda relación entre su patología de base y su actual estado de salud, ya que -aparte de otras proyecciones- es la cardiopatía preexistente la que conduce a la intervención quirúrgica, sin poder así desligarse de los perjuicios inherentes a la complejidad de las operaciones coronarias.

Centrado el sustrato fáctico, hemos de recordar que no cabe suplantar, tal como tiene reiterado este Consejo, el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado, pues ni la ciencia -y arte- de precaver y curar la enfermedad del cuerpo humano es exacta, ni los profesionales que la practican infalibles. Para apreciar que el daño alegado es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*, entendiéndose 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 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 o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. Este criterio se extiende a la totalidad del servicio público sanitario y, por tanto, también a la fase de diagnóstico, sin que ello comporte el derecho de este a un diagnóstico acertado y precoz, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

En suma, el enjuiciamiento del quehacer médico ha de fundarse en los criterios técnicos aportados por los informes obrantes en el expediente -uno traído por el reclamante y otros por la Administración y su aseguradora- y, confrontados los criterios periciales -en atención a su consistencia, y no por razón de su origen-, debe excluirse la pretendida mala praxis.

En efecto, el informe técnico aportado por el interesado se limita a describir, de modo asertivo, las complicaciones surgidas en la asistencia que le fue prestada, concluyendo -escuetamente- que su estado de incapacidad no deriva de su patología de base, sino de que "durante la intervención existieron todo tipo de complicaciones". Pero, reducido a esa apreciación negativa, no alcanza a concretar la praxis médica desencadenante del daño y -en su parquedad, aparentemente deliberada- en modo alguno avala que aquel sea consecuencia de la lesión mitral, ni que se haya infringido la *lex artis* en algún momento del proceso asistencial. En definitiva, sus escuetas determinaciones no son inconciliables con lo informado por los demás facultativos, y estos excluyen decididamente la mala praxis al concretar que las complicaciones que se materializaron son las típicas de estas intervenciones y que fueron aceptadas por el paciente, que no hubo retardo en su abordaje y que -residenciado el nudo de la dolencia en el bloqueo ventricular- la literatura médica constata que las intervenciones del tipo de la que el paciente precisaba -operación sobre el tracto de salida del ventrículo izquierdo, por donde discurre el haz de His- cursan frecuentemente con el bloqueo de la rama izquierda de dicho haz, al ser necesario ampliar la cámara de salida ventricular a dicho nivel para corregir la estenosis, por lo que lo ocurrido en este supuesto se puede considerar, "más

que una complicación, una secuela de este tipo de cirugía”; daño iatrogénico que no reúne siquiera la nota de antijuridicidad.

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.