

Expediente Núm. 326/2016
Dictamen Núm. 20/2017

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 1 de febrero de 2017, 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 19 de diciembre de 2016 -registrada de entrada el día 29 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, como consecuencia de un recambio valvular aórtico.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 5 de agosto de 2015, un abogado, en nombre y representación de las interesadas, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia médico-sanitaria dispensada en el Hospital, a la que atribuyen el fallecimiento de su familiar.

Exponen que entre el día 24 y el 31 de enero de 2014 el fallecido permaneció ingresado en el Servicio de Cardiología del Hospital “al presentar un fuerte dolor torácico. En ese momento le fue diagnosticada una angina inestable, mientras que la coronariografía realizada posteriormente mostró una progresión de la enfermedad (...). Al realizarle una primera exploración se evidencia un soplo diastólico aórtico confirmándose en la posterior ecografía una regurgitación aórtica moderada”.

Señalan que el 13 de febrero de 2014, tras sesión “médico-quirúrgica”, el Servicio de Cardiología del Hospital decide que “queda pendiente de intervención, hablado con Cirugía Cardíaca para que sea consulta preferente”, y que el 19 de marzo “en la cita con Cirugía Cardíaca presentaba angor incluso estando de reposo”, por lo que se solicita en esa fecha lista de espera preferente para cirugía.

Indican que el 25 de julio de 2014, “sin realizarse la operación”, acude a Urgencias del Hospital por padecer “un dolor torácico aun en reposo, como ya se manifiesta en la cita con Cirugía Cardíaca del 19 de marzo”. Precisan que en este momento se programa la cirugía, interviniéndose al paciente el día 31 de julio, consistiendo la “operación en doble baipás y prótesis mecánica de válvula aórtica./ Dicha intervención se complicó con hemorragia posquirúrgica a través de un punto de sangrado en uno de los baipás, precisando ser politransfundido, con importante acúmulo hemático en mediastino y pleura (hallazgos de autopsia) con efecto de empaquetamiento torácico”.

Afirman que “a pesar de existir la sospecha de sangrado no se le practicó en ningún momento revisión quirúrgica”, aunque “de la evolución y de las pruebas practicadas podía inferirse la necesidad de una revisión quirúrgica, la cual habría podido restablecer adecuadamente el punto de sangrado y salvar con ello la vida” de su familiar. Sostienen que “como consecuencia de la defectuosa asistencia sanitaria descrita el estado de salud” del paciente “se deterioró progresivamente, sobreinfectándose sus deteriorados pulmones por émbolos procedentes de vena cava, falleciendo (...) el 15 de agosto de 2014, a las 8:15 horas”.

Entienden que la muerte de su pariente se produjo “a consecuencia de una negligente actuación de los servicios médicos y sanitarios” del Hospital, habiéndose producido una “infracción de la *lex artis* en la asistencia (...) proporcionada al paciente”.

En cuanto a la valoración del daño moral, apuntan que debe tenerse en cuenta que el fallecido tenía un cónyuge menor de 65 años, una hija mayor de 25 años y dos hijas mayores de edad pero menores de 25 años. Así, tomando como base la Resolución de 5 de marzo de 2014, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, solicitan una indemnización cuyo importe asciende a ciento setenta y dos mil seiscientos sesenta y tres euros con veinte céntimos (172.663,20 €), “sin perjuicio de mejor valoración por esta parte en un momento posterior”.

Aportan copia de la siguiente documentación: a) Poder general para pleitos otorgado por las interesadas a favor del letrado que actúa en su nombre. b) Acta de requerimiento de declaración de herederos *ab intestato* y acta final otorgada por un notario de Oviedo a fin de acreditar como herederos del causante a su esposa y sus tres hijas.

2. Mediante oficio de 10 de agosto de 2015, el Jefe de Sección de Asuntos Generales y Régimen Interior de la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias remite la reclamación al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -donde se registra de entrada el 12 de agosto de 2015-, dándose traslado de una copia de la misma a la Gerencia del Área Sanitaria IV.

3. El día 31 de agosto de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a las interesadas la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Previa petición formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios, el 2 de diciembre de 2015 el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV le envía el informe emitido, el 6 de octubre de 2015, por el Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital y una copia de la historia clínica.

En el referido informe se señala que “el paciente había ingresado el día 23 de junio por clínica anginosa y se indicó la cirugía durante este ingreso. Previamente había sido diagnosticado de insuficiencia aórtica más enfermedad del tronco coronario izquierdo y tres vasos en enero de 2014, y tras valoración en sesión médico-quirúrgica es incluido en lista de espera para ser intervenido”. Fue operado el día 31 de julio de 2014, realizándose “un recambio valvular aórtico por prótesis metálica de St. Jude y un doble baipás coronario (...). Presenta desde el primer momento sangrado mantenido de 1.400 cc durante las primeras horas, fue valorado por Cirugía Cardíaca, que indicó actitud expectante y mantener el tratamiento médico./ A la mañana siguiente llevaba sangrado 1.900 cc, y se realiza ecocardiograma transtorácico que no objetivó derrame mediastínico. La situación del paciente era de bajo gasto cardíaco y aumento de las presiones de llenado. Se informó a la familia por parte del Servicio de Medicina Intensiva de la situación y de la posibilidad de que pueda pasar a quirófano para revisarlo. Es valorado de nuevo por el Servicio de Cirugía Cardíaca, que decide que no está indicado intervenir al paciente ya que el sangrado se habría controlado y el ecocardiograma no mostraba acúmulo de coágulos alrededor del corazón (derrame pericárdico o taponamiento)./ Transcurridas 48 horas el paciente sufre un deterioro respiratorio y hemodinámico, precisando soporte ventilatorio con oxígeno al 100% y drogas vasoactivas a altas dosis. Se realiza un nuevo ecocardiograma (...) que no objetivó derrame pericárdico y contractilidad del ventrículo izquierdo conservada./ El paciente desarrolla (...) múltiples complicaciones: shock mixto, traqueobronquitis por bacilo gran negativos, insuficiencia renal aguda, hipoxemia grave y acidosis mixta (...). Fallece el 15-08-2014 con sospecha de tromboembolismo pulmonar como causa inmediata del fallecimiento”.

En respuesta a la necesidad de reintervención del paciente planteada por la familia, destaca que “aunque el drenado inicial fue abundante no se objetivó acúmulo de sangre alrededor del corazón en las pruebas diagnósticas que se realizaron de forma repetida, y por este motivo se indicó una actitud expectante”.

Concluye que “la causa fundamental del fallecimiento no puede establecerse de forma exacta, ya que desconocemos el resultado de la autopsia”.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Hojas de curso clínico hospitalario. b) Hojas de curso clínico de enfermería. c) Informe clínico de alta, de 15 de agosto de 2015, en el que se recogen como antecedentes personales del paciente “HTA, DM2, necrosis inferior antigua, lesión coronaria de tres vasos, stent con everolimus en Cx en 2010 y permeable en 2011. En esta fecha presenta lesión larga con FFR mayor de 0,8 en DA proximal y estenosis severa en CD proximal poco desarrollada por dominancia izquierda e irregularidades en tronco. Presentado en sesión médico-quirúrgica se decide seguir tratamiento médico, estando con angina estable y ergometría negativa”. Se reseña que el 22 de julio de 2014 acude a Urgencias por “clínica anginosa de varios días de evolución, con dolor opresivo irradiado a espalda y sin cortejo vegetativo asociado, el cual aparece tanto con el esfuerzo como en reposo en varias ocasiones. Queda ingresado, decidiéndose cirugía preferente en dicho ingreso”. El día 31 de julio de 2014 “se realiza cirugía reparadora con CEC de válvula aórtica trivalva, con insuficiencia y perforaciones en comisura derecha no coronaria. Implantan prótesis mecánica St. Jude 21 además de doble baipás con AMI a DA y SF a Cx. CD no pontable. Pleuras abiertas”. En cuanto a la evolución posoperatoria, se indica que durante las primeras horas existe “tendencia al sangrado y presiones de llenado bajas. Se inicia soporte inicial con aporte de volumen y hemoderivados (politransfundido), posteriormente iniciamos soporte con aminas vasoactivas al inestabilizarse y progresión a la hipotensión y cifras de bajo gasto cardíaco, que no responden a las medidas antes comentadas por subida progresiva y mal tolerada de las presiones de llenado cardíacas (...).

Valorado de nuevo aproximadamente en las primeras 24 horas, ante el débito bajo de las últimas horas deciden en esta situación que no está indicado en estos momentos revisión quirúrgica./ Transcurridas las primeras 48 horas, con los balances positivos acumulados (...), sufre de forma brusca un deterioro respiratorio que precisa subir la FIO₂ al 100% y añadir otros dispositivos para paliar esta situación (...). Persiste la situación de inestabilidad, por lo cual se repite un ecocardiograma (...) que es informado" como "no derrame pericárdico. En aorta torácica descendente se observa placa excéntrica, no complicada./ Situación de shock mixto (...), distrés respiratorio posoperatorio con demanda de altas dosis aminas vasoactivas, alta demanda ventilatoria (...), a lo cual se añade fiebre de 38,5°, procediéndose a realizar cultivos e inicio de tratamiento antibiótico empírico, pero lo que predomina es un importante fallo respiratorio (...). De nuevo de forma súbita el 5-8-2014 sufre otra desaturación grave hasta 38%, ante sospecha de neumotórax D se coloca drenaje del que sale contenido hemático y puede que algo de aire, recuperando ligeramente las cifras a situación anterior. Se vuelve a repetir ETE que no aporta nuevos cambios respecto al previo./ Con todo ello se logra conseguir bajar el soporte vasoactivo de forma importante, donde lo que prima es una situación precaria respiratoria, siempre el pulmón lo más crítico. Sin poder bajar las FIO₂ del 60% y PEEP de 7, de forma mantenida (solo en momentos puntuales), sin clínica infecciosa y amplia cobertura antibiótica, aunque acaba creciendo una *Klebsiella pneumoniae* en BAS y exudado faríngeo multirresistente que parece ser colonización; de todas maneras se realizan medidas de aislamiento y se reajustan antibióticos según antibiograma. El día 7-8-2014 se empiezan a ver periféricamente en las extremidades petequias distales en los pulpejos (...). Dada su situación de gran inestabilidad y alto apoyo respiratorio, no tolera traslado a Unidad de Radiología para realización de pruebas de imagen./ El paciente continúa con deterioro multiorgánico grave, pero perfusión distal que se acompaña de probable TVP en EID, con empastamiento y edematización. Se amplía cobertura antibiótica, no llegan nuevos cultivos positivos (...), deterioro brusco de cifras de función renal./ En esta situación, y ante la falta de respuesta a las

medidas de máximo apoyo instauradas, el paciente causa exitus por hipoxemia severa a las 8:15 horas del 15-8-2014.

5. Con fecha 29 de enero de 2016, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante reitera a la Gerencia del Área Sanitaria IV la necesidad de incorporar al procedimiento el informe del Servicio de Cardiología.

Mediante oficio de 11 de febrero de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado por el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón. En él se limita a exponer de manera muy sucinta el curso clínico del paciente.

6. El día 24 de febrero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite una copia del expediente completo a la correduría de seguros a fin de recabar el informe pericial de la compañía aseguradora.

7. Con fecha 1 de marzo de 2016, la Jefa del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el expediente administrativo, al haberse interpuesto por las interesadas recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Consta en el expediente que el día 9 de ese mismo mes se da cumplimiento al citado requerimiento.

8. Obra incorporado al expediente el informe de autopsia emitido por el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital el 18 de diciembre de 2014. En él se indica, en cuanto a la "correlación clinicopatológica", que "el estudio anatomopatológico muestra un proceso neumónico bilateral extenso, con áreas necrotizantes y presencia de bacilos. En el espesor de esas áreas de necrosis se observan vasos trombosados que pueden guardar relación con embolismos procedentes de la lesión trombótica identificada a nivel de vena

cava inferior, con sobreinfección bacteriana secundaria de las áreas infartadas. A nivel pleuro-pericárdico se identifican signos de pleuro-pericarditis fibrinoide, en el contexto de un proceso hemorrágico probablemente secundario a solución de continuidad en el stent (hallazgo microscópico)". Asimismo, se establece el diagnóstico de "neumonía aguda necro-hemorrágica bilateral. Pleuritis fibrinoide (...). Infarto antiguo de miocardio en ventrículo izquierdo. Miocardiosclerosis. Coronariosclerosis severa. Pericarditis fibrinoide (...). Arteriosclerosis severa (...). Infarto testicular derecho (...). Cistitis erosiva".

9. Figura incorporado al expediente, a continuación, el informe médico pericial y el informe jurídico emitido a instancia de la compañía aseguradora.

En el informe médico pericial, elaborado el 4 de julio de 2016 por un especialista en Cirugía Cardiovascular, se afirma que "la causa del fallecimiento se debe a un shock séptico de posible origen pulmonar en un paciente con múltiples factores de riesgo. Es importante destacar que el sangrado posoperatorio excesivo condujo a una situación de politransfusión y sobrecarga de volumen para mantener los parámetros hemodinámicos y que, sin llegar a causar el fallecimiento del paciente, sí empeoró significativamente su situación general y especialmente la función pulmonar. Si bien el diagnóstico del taponamiento es básicamente clínico (hipotensión, aumento de las presiones de llenado y oligoanuria), este era poco probable por la apertura de ambas pleuras y porque fue descartado con dos ecocardiografías que confirmaron la ausencia de derrame pericárdico y la correcta función de ambos ventrículos. Aunque la cuantía del sangrado fue importante la indicación de la revisión quirúrgica siempre estuvo al límite, por lo que la decisión última queda a criterio del cirujano, que es el que valora el balance entre riesgo-beneficio de la misma. Es importante resaltar que no siempre los sangrados posoperatorios se solucionan quirúrgicamente".

Concluye que "no se puede determinar si la evolución del paciente, en caso de que se hubiera revisado quirúrgicamente, habría sido diferente, pues el sangrado no fue la causa fundamental del fallecimiento, aunque su influencia fuera negativa en el transcurso del posoperatorio".

Este informe se acompaña de un anexo, firmado el 27 de julio de 2016, en el que tras analizar el informe de la autopsia el perito firmante se ratifica en que “la causa del fallecimiento se debió a un cuadro séptico de origen pulmonar. De igual forma, se observa que el sangrado posquirúrgico fue de mayor cuantía que el medido inicialmente”.

Por su parte, el informe jurídico concluye que “no existe responsabilidad patrimonial del servicio público de salud del Principado de Asturias, al no haber actuación contraria a la *lex artis*”, ni tampoco “relación de causalidad entre el fallecimiento del paciente y la actuación médica de este servicio”, considerando, a la vista de los informes médicos, que el fallecimiento del paciente se produce “por su propia patología cardíaca y no por una mala praxis médica”.

10. Mediante oficio notificado a las interesadas el 25 de octubre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Ese mismo día el representante de las perjudicadas examina el expediente y se le hace entrega de un CD que contiene una copia de los documentos que integran el expediente.

Con fecha 10 de noviembre de 2016, el representante de las reclamantes presenta un escrito de alegaciones en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que, tras recordar a la Administración que se ha interpuesto recurso contencioso-administrativo, se remite íntegramente a las “argumentaciones y alegaciones expuestas en la demanda del procedimiento contencioso”.

El día 16 de noviembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas envía una copia de las alegaciones formuladas a la correduría de seguros.

11. Con fecha 23 de noviembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de

resolución en sentido desestimatorio. En ella razona que “la asistencia prestada (...) fue acorde a la *lex artis*. La decisión de no volver a intervenir al paciente se adoptó de acuerdo con los datos de las exploraciones y el seguimiento constante a que estaba sometido (...) (no existían datos de taponamiento cardíaco y la contractibilidad cardíaca estaba dentro de la normalidad). El fallecimiento se produjo por un shock séptico de origen respiratorio, tal y como demuestran los datos obtenidos en la autopsia”. Con base en ello, entiende que “no queda acreditado el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños alegados”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de diciembre de 2016, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones

Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación de las interesadas registrada en la Administración del Principado de Asturias con fecha 5 de agosto de 2015, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, están las interesadas -esposa e hijas del fallecido- 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 con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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 5 de agosto de 2015, habiendo tenido lugar el fallecimiento del paciente el 15 de agosto de 2014, 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 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, 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, en lo que atañe al precario informe del Servicio de Cardiología -que se limita a reproducir el curso clínico del paciente, sin referencia alguna a la reclamación formulada-, este Consejo ha reiterado (por todos, Dictamen Núm. 293/2016) que el artículo 10.1 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial demanda la elaboración de un informe posterior a la presentación de la reclamación que no puede suplirse por la información que sobre el proceso asistencial consta en el historial clínico respectivo, ya que ello impide conocer la versión que el servicio implicado pueda tener sobre los datos y consideraciones que consten en la reclamación planteada. Sin embargo, en el caso examinado, a la vista del conjunto de la documentación contenida en el expediente, este Consejo, en aplicación de los principios de eficacia y economía procesal, no considera precisa la subsanación del defecto expuesto, pues la emisión de un nuevo informe por parte del servicio afectado no supondría variación en el sentido del presente dictamen.

Por otro lado, y en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, advertimos los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 136/2016, entre otros, por lo que nos remitimos a las consideraciones allí realizadas. Ahora bien, en este supuesto la Administración se cuida, en la práctica del trámite previsto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, de comunicar a las interesadas la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -en su calidad de órgano competente para resolver- y no, de forma genérica, en la Administración del Principado de Asturias, como venía haciendo habitualmente.

Asimismo, 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 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de

responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños que las interesadas atribuyen a la asistencia sanitaria dispensada a su familiar tras un recambio valvular aórtico por prótesis metálica y un doble baipás coronario.

Consta en el expediente que el paciente falleció el 15 de agosto de 2014 a causa de un cuadro séptico de origen pulmonar, por lo que debemos presumir en sus allegados un daño moral susceptible de reclamación con independencia de cuál haya de ser su valoración económica; cuestión esta que solo abordaremos más adelante de concurrir el resto de requisitos generadores de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y 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 los 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 advertir 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 esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. En el caso que nos ocupa, las interesadas no han aportado ninguna prueba en apoyo de sus imputaciones, por lo que debemos fundar nuestra opinión en los informes médicos que se han incorporado al procedimiento a instancias de la Administración.

Nos encontramos con un paciente de 56 años y múltiples factores de riesgo (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipemia, síndrome ansioso depresivo y enfermedad coronaria), con colocación de "stent en Cx" en 2010.

Por lo que se refiere a los hechos objeto de reclamación, el paciente había sido diagnosticado de insuficiencia aórtica más enfermedad del tronco coronario izquierdo y tres vasos en enero de 2014, y tras valoración en sesión médico-quirúrgica fue incluido en lista de espera para ser intervenido. El 22 de julio de 2014 acude a Urgencias por "clínica anginosa de varios días de evolución, con dolor opresivo irradiado a espalda y sin cortejo vegetativo asociado, el cual aparece tanto con el esfuerzo como en reposo en varias ocasiones. Queda ingresado, decidiéndose cirugía preferente en dicho ingreso". El día 31 de julio se le realiza "un recambio valvular aórtico por prótesis metálica de St. Jude y un doble baipás coronario". En cuanto a la evolución posoperatoria, presenta "desde el primer momento sangrado mantenido de 1.400 cc durante las primeras horas". Tras ser valorado por el Servicio de Cirugía Cardíaca, se indica "actitud expectante y mantener el

tratamiento médico". Al día siguiente "llevaba sangrado 1.900 cc, y se realiza ecocardiograma transtorácico que no objetivó derrame mediastínico. La situación del paciente era de bajo gasto cardíaco y aumento de las presiones de llenado".

Las reclamantes consideran "negligente" la actuación de los servicios médicos y sanitarios del Hospital donde fue intervenido su familiar, ya que "a pesar de existir la sospecha de sangrado no se le practicó en ningún momento revisión quirúrgica", aunque "de la evolución y de las pruebas practicadas podía inferirse la necesidad de una revisión (...), la cual habría podido restablecer adecuadamente el punto de sangrado y salvar con ello la vida".

En respuesta a la necesidad de reintervención al paciente planteada por la familia, el Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital destaca que "aunque el drenado inicial fue abundante no se objetivó acúmulo de sangre alrededor del corazón en las pruebas diagnósticas que se realizaron de forma repetida, y por este motivo se indicó una actitud expectante". Tal y como explica en su informe, el Servicio de Cirugía Cardíaca, tras valorar al paciente, decide que no está indicado intervenirle, "ya que el sangrado se habría controlado y el ecocardiograma no mostraba acúmulo de coágulos alrededor del corazón (derrame pericárdico o taponamiento)./ Transcurridas 48 horas el paciente sufre un deterioro respiratorio y hemodinámico, precisando soporte ventilatorio con oxígeno al 100% y drogas vasoactivas a altas dosis. Se realiza un nuevo ecocardiograma (...) que no objetivó derrame pericárdico y contractilidad del ventrículo izquierdo conservada".

Por su parte, el especialista en Cirugía Cardiovascular que informa a instancias de la compañía aseguradora afirma que "aunque la cuantía del sangrado fue importante la indicación de la revisión quirúrgica siempre estuvo al límite, por lo que la decisión última queda a criterio del cirujano, que es el que valora el balance entre riesgo-beneficio de la misma". Al respecto, ya hemos señalado que el Servicio de Cirugía Cardíaca, a la vista de los resultados que arrojaban las pruebas diagnósticas, consideró que la intervención no estaba indicada. Su actitud parece estar en consonancia con la

explicación vertida en el informe médico-pericial, según el cual el diagnóstico del taponamiento “era poco probable por la apertura de ambas pleuras y porque fue descartado con dos ecocardiografías que confirmaron la ausencia de derrame pericárdico y la correcta función de ambos ventrículos”. En cualquier caso, el perito que elabora el citado informe señala que “no siempre los sangrados posoperatorios se solucionan quirúrgicamente”, por lo que “no se puede determinar si la evolución del paciente, en caso de que se hubiera revisado quirúrgicamente, habría sido diferente, pues el sangrado no fue la causa fundamental del fallecimiento, aunque su influencia fuera negativa en el transcurso del posoperatorio”.

En cuanto al óbito, es cierto que el mismo se produce el día 15 de agosto de 2014 como consecuencia de un cuadro séptico de origen pulmonar -según el informe de la autopsia-, pero a la vista de los informes médicos no hay datos que permitan inferir una mala praxis médica, como se sostiene en el escrito de reclamación, sino más bien al contrario. Así, el informe clínico de 15 de agosto de 2015 (folios 425 a 430) refleja un constante seguimiento médico del paciente -detallado en los documentos relativos al curso clínico hospitalario y de enfermería-, con la práctica de diversas pruebas, analíticas y controles, reajustándose el tratamiento a la evolución que presentaba. Sin embargo, a pesar del tratamiento antibiótico empírico y de la instauración de medidas de soporte máximas, el paciente acaba falleciendo el 15 de agosto de 2014 como consecuencia de las múltiples complicaciones que desarrolla (shock mixto, traqueobronquitis por bacilo gran negativos, insuficiencia renal aguda, hipoxemia grave y acidosis mixta).

En esas condiciones, este Consejo considera que en el asunto examinado las interesadas, 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 ningún informe o dato que permita sustentar su posición, sin que sus manifestaciones -a priori subjetivas- sobre el hecho de que una revisión quirúrgica hubiera permitido encontrar el punto de sangrado y con ello evitar el fallecimiento del paciente sean suficientes para llegar a una conclusión distinta; máxime cuando todos los informes incorporados al

expediente ponen de manifiesto que la citada revisión quirúrgica no estaba indicada por los motivos ya referidos.

A la vista de ello, este Consejo comparte la conclusión de la propuesta de resolución de que “el fallecimiento se produjo por un shock séptico de origen respiratorio, tal y como demuestran los datos obtenidos en la autopsia”, por lo que no apreciamos la existencia de nexo causal entre la asistencia dispensada al familiar de las reclamantes y el funcionamiento del servicio público sanitario.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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.