

Expediente Núm. 209/2017
Dictamen Núm. 246/2017

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José 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 28 de septiembre de 2017, con asistencia de los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 30 de junio de 2017 -registrada de entrada el día 5 del mes siguiente-, 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 madre que atribuyen al retraso en la colocación de un implante valvular aórtico.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 13 de julio de 2016, las interesadas presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su madre, que imputan a la demora en la realización de una cirugía coronaria.

Refieren que su progenitora, que había sido diagnosticada en mayo de 2011 de “estenosis aórtica severa y coronarias sin lesiones significativas”, fue intervenida en enero de 2012 “realizándose recambio valvular aórtico por prótesis biológica”. El 15 de diciembre de 2014, según relatan, se practica “una ecocardiografía transtorácica en la que se percibe una prótesis biológica aórtica con gradiente alto e insuficiencia significativa”, y “dos días después se le realiza una ecocardiografía transesofágica cuya conclusión diagnóstica es prótesis biológica aórtica con estenosis severa e insuficiencia leve-moderada. Insuficiencia mitral leve”.

Manifiestan que “en revisión en el Hospital ‘X’ en fecha 10 de febrero de 2015, una vez visto el informe definitivo de ETE-H de ‘Y’, tras ver la estenosis severa e insuficiencia leve-moderada, así como insuficiencia mitral leve, se solicita consulta en Unidad TAVI” en el Hospital ‘Z’, precisando que “en informe de (...) 11 de marzo de 2015 se recoge que la paciente refiere angina y disnea de esfuerzo al caminar rápido por llano o con tramo de escaleras. Además, refiere algún episodio nocturno de dolor torácico en reposo. Empeoramiento clínico los últimos seis meses”.

Reseñan que el 18 de junio de 2015 “sufrir un cuadro de dolor centrotorácico opresivo” y que “sus hijas deciden llevarla hasta el Centro de Atención Primaria de Una vez en el centro de salud los médicos deciden su traslado en UVI móvil al Hospital ‘Y’. Al día siguiente es dada de alta (...), los médicos indican a la paciente que en el momento actual no se beneficiaría de un ingreso en Cardiología, ya que por parte de los servicios médicos no pueden acelerar la implantación de la TAVI”. Con fecha 30 del mismo mes ingresa en el Hospital “Z” debido a “una disnea progresiva las últimas semanas, llegando hasta grado funcional III/IV, con importante repercusión funcional. La paciente mejora con tratamiento farmacológico. Dada la progresión de la clínica se decide completar la evaluación para TAVI durante el ingreso y programar de forma preferente para el procedimiento, ya que los resultados de las pruebas

complementarias realizadas en su estancia permiten la realización de dicha intervención”.

Indican que el 16 de julio de 2015 es llevada al Hospital “Z” “al presentar dolor torácico opresivo intenso (...). En los días previos presentaba fiebre de hasta 39 grados. Se indica que está pendiente de ingreso para TAVI. No se puede descartar endocarditis”. Fallece el día 25 de julio de 2015 “debido a una parada cardiorrespiratoria”.

A juicio de las reclamantes la causa del fallecimiento fue el retraso en la implantación de la TAVI, que computan “desde el momento en que se llegó al diagnóstico de estenosis aórtica severa, en diciembre de 2014”. Entienden que “la demora fue excesiva y sobrepasó los plazos aconsejables para este tipo de patología; máxime teniendo en cuenta que durante el plazo de espera la paciente se fue objetivamente deteriorando de forma progresiva, lo que le hizo solicitar asistencia médica en varias ocasiones, existiendo evidencia del rápido empeoramiento evolutivo objetivo evidenciado en el aumento de gradiente en los ecocardiogramas realizados, además del empeoramiento clínico (en informe de marzo de 2015 se recoge un empeoramiento en los últimos 6 meses), llegando a un grado funcional clase III de la NYHA, además de angina de pequeños esfuerzos e incluso en reposo”.

Apuntan que “se está confeccionando informe pericial con el objeto de determinar la negligencia médica citada al vulnerarse los plazos aconsejables para llevar a cabo la intervención quirúrgica en este tipo de patologías”, y destacan que, según se refleja en el informe de autopsia, “la válvula aórtica protésica de la fallecida aparece totalmente calcificada, no funcionante”, lo que -a su juicio- abona la tesis de que “debería de haberse realizado el implante valvular muchos meses antes de su fallecimiento”.

Cuantifican la indemnización que solicitan en “ochenta y cuatro mil trescientos cincuenta y nueve euros con trece céntimos (84.359,13 €)”, que calculan según el “baremo del año 2014” de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor.

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

a) Certificación literal de defunción. b) Inscripciones de nacimiento de las reclamantes en el registro civil. c) Diversos informes médicos entre los que se encuentra el de autopsia, aparentemente incompleto. En él, tras describir los hallazgos de diferentes órganos, se establece una “correlación clínico-patológica:/ infecciosa por cocobacilos Gram negativos (cultivo positivo para *Haemophilus parainfluenzae*) con importante repercusión miocárdica y pericárdica, como causa última del exitus. A nivel pulmonar se identifica un proceso neumónico agudo, evidenciándose histológicamente la presencia de cocobacilos Gram negativos a ese nivel./ Diagnóstico (...):/ Endocarditis infecciosa por *Haemophilus parainfluenzae*, asociada a miocarditis y pericarditis hemorrágica (pancarditis) (...). Neumonía aguda por cocobacilos Gram negativos (...). Arteriosclerosis calcificada (...). Diverticulosis colónica (...). Hiperplasia nodular de tiroides (...). Nefroangioesclerosis. Quistes renales simples”.

2. Mediante oficio de 26 de julio de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a las interesadas la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. El día 29 de julio de 2016, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto comunica a las Gerencias del Área Sanitaria IV y V la presentación de la reclamación, solicitando una copia de la historia clínica de la paciente junto con el informe de los servicios intervinientes (Cardiología, Cirugía Cardíaca y UCI) en relación con el proceso de referencia.

4. Mediante oficios de 23 y 29 de agosto de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Inspector de

Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente y el informe que suscribe un facultativo especialista de área de Medicina Intensiva del Hospital "Z" con fecha 25 de agosto de 2016. En él señala que la paciente "ingresó en el Servicio de Medicina Intensiva (UCI Cardíaca) el día 25 de julio de 2015 en una situación de shock séptico y fracaso multiorgánico./ A los pocos minutos de ingreso en UCI (...) presenta parada cardiorrespiratoria en asistolia, por lo que iniciamos maniobras de RCP avanzadas. Tras 30 minutos de RCP avanzada (...) la paciente fallece el día 25 de julio de 2015 a las 11:30 h./ Basándonos únicamente en los hallazgos clínicos obtenidos durante su corta estancia en UCI, la causa de la parada cardíaca parece hipoxia tisular en relación a shock séptico debido a una bacteriemia por *S. epidermidis* que podría ser secundaria a una endocarditis sobre válvula protésica. La otra opción podría ser un taponamiento cardíaco, también en relación con un derrame pericárdico severo en el contexto de un proceso infeccioso (endocarditis), pero tras evacuación de líquido pericárdico mediante una paracentesis emergente no recuperó el pulso, por lo que parece menos probable".

5. El día 6 de septiembre de 2016, el Gerente del Área Sanitaria V envía al Inspector de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente en el Hospital "Y", junto con el informe que suscribe el Jefe del Servicio de Cardiología el 5 de septiembre de 2016. En este último se indica que la paciente fue "diagnosticada de estenosis aórtica severa con coronarias normales" en el Hospital "Z" "e intervenida el 26 de enero de 2012, implantándose prótesis biológica (...). A seguimiento por Cardiología del Hospital "X" (...), es enviada ambulatoriamente por sospecha de disfunción protésica severa para realización de ecocardiografía transesofágica al Hospital "Y" (...) el 17 de diciembre de 2014, en donde se confirma el diagnóstico./ Continúa seguimiento" en el Hospital "X" y, "por la lectura de la historia clínica de la paciente" en el Hospital "Z", "sabemos que se remitió a consulta ambulatoria de ese centro para valoración de implante valvular aórtico

percutáneo (TAVI)./ El 19 de junio de 2015 es remitida desde el centro de salud de a Urgencias” del Hospital “Y” “por un episodio de dolor torácico. El ECG no presentaba alteraciones significativas y los marcadores miocárdicos fueron normales, así como el resto de la analítica habitual. La paciente se encontraba asintomática, afebril y sin disnea, por lo que es dada de alta y pendiente de citación” por el Hospital “Z” “para ingreso e implantación de TAVI./ Se trata, por lo tanto, de una paciente en la que el Servicio de Cardiología del Hospital “Y” ha actuado como consultor para realización de un ecocardiograma transesofágico y confirmar la sospecha de disfunción severa protésica, ya que el seguimiento e indicación de TAVI no está en nuestra cartera de servicios y es por lo que” desde el Hospital “X” “fue remitida posteriormente” al Hospital “Z”.

6. Mediante oficio de 26 de octubre de 2016, el Responsable del Área de Asuntos Jurídicos Generales de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Inspector de Centros y Servicios Sanitarios el informe suscrito el 6 de ese mismo mes por el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón. En él consta que “la paciente acude a una primera consulta en nuestro centro el 11 de marzo de 2015 refiriendo empeoramiento clínico de seis meses de evolución. Fue esta situación clínica la que había llevado a realizar un eco transtorácico y un eco transesofágico en diciembre de 2015 en el H. `Y´, compatibles con estenosis severa protésica (gradientes 90/55 mmHg) con buena función sistólica./ En esta consulta se deja indicado un angioTC (preferente) para evaluar el complejo valvular aórtico y los accesos vasculares que permita definir si es candidata a TAVI./ La paciente ingresa” en el Hospital “Z” (Área del Corazón) “el 30 de junio de 2015 en situación de insuficiencia cardíaca descompensada, presentando buena respuesta al tratamiento pautado. Durante el ingreso se completan los estudios previos al TAVI (coronariografía, angioTC y valoración preanestésica) y se acepta para dicho tratamiento. Es dada de alta el día 10 de julio de 2015 pendiente de programar la fecha del procedimiento./ La TAVI se programa para el día 20 de julio y el ingreso para el día previo, el 19

de julio de 2015./ Comienza con fiebre unos días después del alta y es ingresada el día 16 de julio con la sospecha de endocarditis infecciosa. Durante el ingreso se recogen hemocultivos positivos a *S. epidermidis* y el ETT detecta un engrosamiento de la porción anterior del anillo aórtico no descrita previamente, compatible con absceso a dicho nivel./ La aparición de esta patología intercurrente obliga a cancelar el procedimiento, ya que es contraindicación absoluta para el mismo./ A pesar del tratamiento antibiótico intensivo pautado, iniciado el mismo día del ingreso y modificado acorde al antibiograma, la evolución es desfavorable y lleva al *exitus letalis* el 25 de julio de 2015./ Nos encontramos ante una paciente que presentó un cuadro infeccioso sobre la válvula aórtica que finalmente condujo al fallecimiento./ No existe ninguna relación entre el momento de haber hecho el implante de la válvula aórtica y este cuadro infeccioso, que igualmente podría haber ocurrido sobre la prótesis una vez implantada”.

7. Con fecha 29 de abril de 2017, y a instancia de la entidad aseguradora, emiten informe cuatro especialistas en Medicina Interna. En él refieren que los pacientes que sufren de estenosis aórtica y presentan “insuficiencia cardíaca esta debe ser tratada. A veces se realiza dilatación de la válvula con globo, lo cual es poco efectivo. El tratamiento estándar en pacientes sintomáticos es la cirugía con reemplazo valvular (...). Cuando aparece sintomatología (angina, síncope o insuficiencia cardíaca) el paciente debe ser intervenido porque la supervivencia se acorta desde que aparecen los síntomas, falleciendo los enfermos en tres años cuando hay angina o síncope y 18-24 meses cuando aparece insuficiencia cardíaca. En otros estudios la supervivencia es de 5, 3 y dos años con angina, síncope e insuficiencia cardíaca, respectivamente./ En enfermos de alto riesgo quirúrgico el recambio valvular se puede sustituir por un TAVI que conlleva un riesgo menor, con unos resultados muy parecidos a los de la cirugía, con una supervivencia a largo plazo ligeramente menor, aunque con mayor incidencia de ictus”. Señalan que “esta paciente tenía una

estenosis valvular grave y sintomática con episodios de angina, por lo que se decidió correctamente la intervención quirúrgica colocando una prótesis valvular biológica con resultado aceptable durante dos años y medio, reapareciendo después de este tiempo la angina, y el estudio ecográfico mostró la existencia de estenosis aórtica grave de nuevo (...). Cuando reapareció la angina y se comprobó empeoramiento de la estenosis de la prótesis que se había colocado casi tres años antes se solicitó valoración en Cardiología” del Hospital “X” “para decidir el tratamiento más adecuado. Tras una valoración inicial y a la espera del resultado del estudio pendiente de realizar (...) se consideró que la paciente tenía alto riesgo quirúrgico y que era más adecuada la colocación de una TAVI, a pesar de que hay poca experiencia con este procedimiento en personas con una prótesis valvular./ La técnica del TAVI (...) consiste en la introducción de un catéter por vía femoral a través de una incisión en la ingle, o por vía transapical mediante una pequeña incisión submamaria para llegar a la punta del corazón. Por cualquiera de estas dos vías se introduce una malla metálica plegada que lleva en su interior tres velos de pericardio animal que constituyen la válvula biológica./ Esta válvula protésica se introduce dentro de la válvula malfunctionante del paciente y la nueva válvula sustituye a la antigua permitiendo que el flujo de sangre se normalice (...). La paciente falleció por una endocarditis infecciosa y pancarditis (afectación de las tres capas del corazón (endocardio, miocardio y pericardio) por *Haemophilus parainfluenzae*./ La endocarditis infecciosa es la inflamación del endocardio producida por bacterias, hongos o rickettsias, generalmente de localización valvular. La endocarditis bacteriana es la más frecuente, clasificándose en aguda y subaguda según su forma de presentación clínica (...). El cuadro clínico de los pacientes con endocarditis infecciosa es muy variable”.

Explican que para el diagnóstico clínico de la endocarditis infecciosa se emplean los criterios de la Universidad de Duke, que “tienen una sensibilidad del 99 % y valor predictivo negativo del 92 % (...). En esta enferma fue imposible establecer el diagnóstico de endocarditis infecciosa antes del

fallecimiento porque no cumplía los criterios de Duke. Sin embargo, se sospechó su existencia y fue tratada como si se tratase de una endocarditis infecciosa. Aunque en uno de los hemocultivos se aisló *Staphylococcus epidermidis*, este no fue el causante de la endocarditis, como se comprobó en la autopsia, en la que en la verruga endocárdica se cultivó *Haemophilus parainfluenzae*. El hecho de que esta bacteria no se cultivase en los hemocultivos en vida es normal, ya que se trata de una bacteria de muy difícil crecimiento en los medios de cultivo habituales y por ello se incluye dentro de las bacterias `fastidiosas´ que dan lugar a endocarditis con hemocultivo negativo. La endocarditis por *Haemophilus parainfluenzae* sobre prótesis valvular es extraordinariamente rara y el tratamiento antibiótico ideal no se ha establecido con seguridad./ La endocarditis es una infección que puede aparecer en cualquier enfermo y más (en) paciente con prótesis endovasculares. La aparición de la endocarditis en esta enferma sin ningún factor desencadenante hacía imposible la prevención de esta endocarditis y era imposible impedir su aparición mientras la enferma estaba a la espera de la colocación de una TAVI. Esta espera no ha influido en la aparición de la endocarditis, sino que, por el contrario, si la TAVI se hubiese realizado el riesgo de endocarditis hubiese sido aún mayor, al tener más prótesis intravasculares”.

Niegan que pueda atribuirse el fallecimiento de la paciente al retraso en la colocación de la TAVI, en primer lugar, porque la causa de la muerte no fue la estenosis aórtica, sino “el estado séptico que sufrió la enferma como consecuencia de la endocarditis con pancarditis que condujo a la aparición de un cuadro de sepsis y shock séptico con fracaso multiorgánico”, y, en segundo término, ponen de relieve que no existió “un retraso significativo en la colocación del TAVI”. Subrayan que “no hay unos datos establecidos del tiempo de espera máximo recomendado, pero en un amplio estudio realizado en personas de edad avanzada en España el retraso medio desde que se decide realizar un reemplazo valvular quirúrgico es de 4,8 a 9,4 meses y desde que se decide la colocación de una TAVI es de 2,1 a 5,3 meses. Esta paciente fue

atendida en el Servicio de Cardiología” del Hospital “Z” “el día 11 de marzo de 2015 y en ese momento se considera candidata a colocación de TAVI y se inicia estudio para comprobar que la indicación es adecuada. Hasta ese momento (...) había presentado como sintomatología episodios de dolor torácico. Aunque refería disnea de esfuerzo no existían datos de insuficiencia cardíaca. El 30 de junio de 2015 ingresa” en el Hospital “Z” “con insuficiencia cardíaca y entonces se considera que la colocación del TAVI es preferente y se adelanta el estudio pendiente y se le cita para colocar el TAVI el día 20 de julio de 2015. Esto supone que el tiempo transcurrido desde que se inicia el estudio de adecuación de la indicación de TAVI fue (de) cuatro meses y nueve días, inferior a los límites de tiempo de espera medios encontrados en España. Si tenemos en cuenta el momento en que la paciente ingresó con nueva sintomatología (insuficiencia cardíaca) el tiempo transcurrido es de solo 20 días”.

Finalmente señalan que “esta espera no ha influido en la aparición de la endocarditis, sino que, por el contrario, si la TAVI se hubiese realizado el riesgo de endocarditis hubiese sido aún mayor, al tener más prótesis intravasculares”.

8. Mediante escrito notificado a las reclamantes el 15 de mayo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Consta en él que el 18 de mayo de 2017 una de las interesadas lo examina y obtiene una copia del mismo.

9. El día 25 de mayo de 2017, las perjudicadas presentan un escrito de alegaciones en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que se ratifican en su reclamación inicial y manifiestan que fue la estenosis aórtica la que “dio lugar a la parada respiratoria en asistolia que provocó, finalmente, el fallecimiento (...). Se quiere ocultar a través de la aparición de la endocarditis que la causa del fallecimiento fue la no implantación de la TAVI”.

Afirman que “el tiempo de espera de cuatro meses y nueve días que dice el dictamen médico de la compañía de seguros no es cierto. Hay un retraso totalmente injustificado para que en marzo de 2015 se considere a (la paciente) candidata a colocación de TAVI. Seis meses antes de esa consideración ya presentaba síntomas como la disnea de esfuerzo, el cual da lugar al siguiente paso, la insuficiencia cardíaca. Un ejemplo son los informes de diciembre de 2014 donde se recoge estenosis severa, insuficiencia leve-moderada e insuficiencia mitral leve”.

Subrayan lo “significativo” que -a su juicio- resulta que en el informe de 18 de junio de 2015 del Hospital “Y” den de alta a la paciente “dado que no se puede beneficiar del ingreso, `ya que por nuestra parte no podemos acelerar la implantación de la TAVI´”. Entienden que con ello “se está reconociendo que (la enferma) necesitaba urgentemente la implantación de la TAVI, pero que no pueden acelerar la intervención, por lo que la fallecida no tendría que haber soportado ni puede exonerarse la Consejería de Sanidad de las largas colas de espera que se han generado en el Principado de Asturias”.

10. Mediante oficio de 30 de mayo de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios traslada a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

11. Con fecha 9 de junio de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella señala que “a lo largo de la instrucción del expediente nunca se ha puesto en duda la necesidad de proceder al recambio de la prótesis valvular aórtica, pero en ningún caso puede sostenerse que el `retraso´ alegado por las reclamantes fue la causa del fatal desenlace. La paciente falleció como consecuencia de un proceso infeccioso (endocarditis bacteriana) y que, tal y como se señala en el informe del Director del Área de Corazón” del Hospital “Z” “podría haber ocurrido igualmente sobre la prótesis

una vez implantada./ Visto lo anterior, 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 30 de junio de 2017, 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.

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 la interesada registrada en la Administración del Principado de Asturias con fecha 13 de julio de 2016, 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 activamente legitimadas 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.- 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 13 de julio 2016, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de la madre de las perjudicadas- el día 25 de julio de 2015, 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, 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.

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 interesadas solicitan una indemnización por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su madre que imputan al funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

A la vista de la documentación obrante en el expediente resulta acreditado el óbito por el que se reclama, por lo que hemos de presumir el

daño moral que ello supone, dejando por el momento al margen la cuestión relativa a cuál deba ser su valoración económica, lo que solo abordaremos de concurrir el resto de requisitos necesarios para hacer surgir 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 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 ha subrayado este Consejo 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 los hechos en los que funda su pretensión, así como de probar 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.

Manifiestan las perjudicadas que la causa del fallecimiento de su progenitora fue un paro cardíaco secundario a la disfunción de la prótesis cardíaca que le había implantado el servicio público unos años antes, y achacan la muerte al retraso en la práctica de la cirugía para la colocación de un implante valvular que hubiera podido corregir el problema señalado. Entienden que esta demora fue "excesiva" por haber sobrepasado "los plazos aconsejables para este tipo de patología", que, sin embargo, no concretan. Pese a haber anunciado la aportación de una prueba pericial en el escrito inicial de reclamación, finalmente no la han traído al procedimiento, por lo que nuestro enjuiciamiento acerca de la regularidad del quehacer médico ha de basarse en el análisis de las anotaciones que figuran en la historia clínica y la consideración de los criterios técnicos contenidos en los informes obrantes en el expediente, procedentes todos ellos de la Administración y de su compañía aseguradora.

Así las cosas, nos encontramos, en primer lugar, con que el fallecimiento por el que se reclama se produjo, según todos los informes médicos -incluido el de autopsia o la parte de él que ha sido presentada por las reclamantes-, no por causa de la estenosis aórtica que provocaba la disfuncionalidad protésica, como pretenden las perjudicadas, sino por una sepsis secundaria a la endocarditis bacteriana manifestada unos días antes del óbito que, a tenor del informe del Director del Área de Gestión Clínica del Corazón y los especialistas

que informan a instancias de la compañía aseguradora, podría haberse producido igualmente si se hubiera colocado antes el implante valvular.

Aunque la constatación de la causa de la muerte permitiría por sí misma llegar a una conclusión desestimatoria de la reclamación, pues desvirtúa el núcleo de la argumentación de las interesadas, ha de ponerse de manifiesto que tampoco existe constancia de que la espera de la paciente para ser operada haya superado "los plazos aconsejables para este tipo de patología", como afirman aquellas. Al contrario, los peritos intervinientes a instancias de la compañía aseguradora señalan que, aunque "no hay unos datos establecidos del tiempo de espera máximo recomendado", la colocación de un implante valvular en nuestro país se demora de promedio, desde que se decide su implantación hasta que se realiza la cirugía, entre 2,1 y 5,3 meses, y que estos tiempos no se han superado en el caso de que se trata, pues "desde que se inicia el estudio de adecuación de la indicación de TAVI fue (de) cuatro meses y nueve días". Por otra parte, de la anotación obrante en el informe de alta del Hospital "Y" correspondiente al ingreso de 18 de junio de 2015, según el cual "se le indica a la paciente que en el momento actual no se beneficiará de un ingreso en Cardiología, ya que por nuestra parte no podemos acelerar la implantación de la TAVI", no puede razonablemente inferirse, como pretenden las perjudicadas, el reconocimiento de que la intervención debía de practicarse con urgencia, sino simplemente la constatación de la imposibilidad de adelantar la práctica de una intervención quirúrgica cuya programación y realización correspondía a un centro sanitario distinto (el Hospital "Z"), por más que fuese necesaria para restablecer el correcto funcionamiento coronario. Por tanto, a falta de prueba en contrario aportada por las reclamantes, tampoco se objetiva un retraso constitutivo de mala praxis.

En definitiva, del análisis del expediente en su conjunto no se deriva que el fallecimiento sea consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, ni se aprecia ninguna actuación de los profesionales sanitarios

contraria al buen quehacer médico, y, por tanto, la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada ha de ser desestimada.

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.