

Expediente Núm. 210/2019  
Dictamen Núm. 9/2020

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

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*Menéndez Sebastián, Eva María*  
*García García, Dorinda*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 16 de enero de 2020, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 26 de agosto de 2019 -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 el fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, que atribuyen a la asistencia prestada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 11 de octubre de 2018, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, que atribuyen a la deficiente asistencia sanitaria recibida en un hospital de la red pública.

Exponen que su familiar falleció en el Hospital ..... el día 19 de octubre de 2017, "tras permanecer allí 74 días desde la intervención quirúrgica para sustitución de válvula aórtica y anillo mitral". Reseñan que "el motivo de la operación era una estenosis aórtica moderada-severa con insuficiencia mitral severa, que ya fue diagnosticada en enero de 2015 como `insuficiencia mitral de leve a moderada y la aórtica fibrocalcificada´, pero, sin embargo, se retrasó la imprescindible y prescrita intervención quirúrgica hasta el 14 de agosto de 2017, por lo que se produjo un agravamiento de su patología".

Describen el proceso asistencial experimentado por la paciente desde el mes de enero de 2015, en el que destacan que el 4 de agosto de 2015 se informa de la existencia de un mieloma y la evolución posterior a la intervención quirúrgica practicada el 14 de agosto de 2017.

Por otra parte, cuestionan por diversos motivos el consentimiento informado prestado por la paciente y la información facilitada a los familiares.

Por lo que se refiere a la intervención quirúrgica, consideran, a la vista del informe de autopsia, que "la aparición de dehiscencias paravalvulares protésicas" es "consecuencia de un fallo en la sutura", que a su vez relacionan con una insuficiente "precaución durante la intervención quirúrgica".

Solicitan una indemnización de ciento dos mil doscientos cincuenta y cinco euros (102.255 €) para el esposo de la fallecida, de cincuenta mil ciento cincuenta euros (50.150 €) para una de sus hijas y de veinte mil cincuenta euros (20.050 €) para cada uno de los restantes hijos de la difunta.

**2.** Mediante escrito de 30 de octubre de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados 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.

**3.** A requerimiento del Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, el día 30 de noviembre de 2018 la Responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente, así como los informes suscritos por la Directora de la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología, el Jefe de la Sección de Hematología-Hemoterapia, el Subdirector de Atención Sanitaria y Salud Pública, el Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca y el Jefe de Sección de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos, estos dos últimos se emiten “conjuntamente” con el Director del Área del Corazón.

**4.** El día 28 de febrero de 2019, una facultativa (máster en Valoración del Daño Corporal) emite un informe médico-pericial a instancia de la compañía aseguradora en el que concluye que “la actuación habría sido conforme con los protocolos y la *lex artis* y, por lo tanto, correspondería desestimar la reclamación”.

**5.** Mediante oficio notificado a los reclamantes el 20 de junio de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 10 de julio de 2019, los interesados presentan un escrito de alegaciones en el que denuncian de nuevo el retraso en la cirugía cardíaca que atribuyen a “la dejadez de Cardiología en ponerse en contacto con los especialistas que trataban a la paciente”, así como la “falta de información” por carencias del documento de consentimiento informado. Además, se refieren de forma específica a la técnica transcatéter como alternativa a la que no se alude en el consentimiento informado, y citan al efecto varias publicaciones en revistas especializadas. Por último, consideran que “debieron adoptarse medidas tendentes a evitar posibles infecciones nosocomiales que complicaran su evolución posoperatoria”.

**6.** Con fecha 7 de agosto de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, asumiendo el criterio de los facultativos preinformantes.

**7.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de agosto de 2019, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ....., de la Consejería de Salud, 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.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. Al efecto, consta

acreditado en el expediente su parentesco con la fallecida mediante una fotocopia del Libro de Familia que adjuntan al escrito de reclamación.

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 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 11 de octubre de 2018, habiendo tenido lugar el fallecimiento de la familiar de los reclamantes el día 19 de octubre de 2017, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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 advierte que, tal y como denuncian los interesados, la historia clínica aportada no se atiene a un criterio cronológico en su ordenación, entremezclándose episodios correspondientes a distintas fechas, lo que dificulta su visionado pero no impide el acceso a elementos esenciales para la defensa de los intereses de los reclamantes ni para un pronunciamiento sobre el fondo.

En cuanto a los informes de los servicios a los que se imputa el daño, se observa que no se ha recabado el correspondiente al Servicio de Cardiología, al que se acusa de una tardanza excesiva en la remisión de la paciente al Servicio de Cirugía Cardíaca. No obstante, la documentación clínica incorporada a las actuaciones deja puntual constancia de las atenciones dispensadas por el Servicio de Cardiología y de las patologías de la enferma en las que se justifica la demora, que son objeto de consideración en distintos informes técnicos obrantes en aquel y sometidos a los reclamantes en el trámite de audiencia, por lo que no se justifica una retroacción del procedimiento.

Por otra parte, 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

**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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. 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”.

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, 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; requisitos cuya exigencia constituye “doctrina jurisprudencial reiteradísima” (Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de mayo de 2014 -ECLI:ES:TS:2014:1997-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª).

**SEXTA.-** Se somete a nuestra consideración una reclamación de responsabilidad patrimonial instada por los familiares de una paciente tratada en un hospital de la red pública, cuyo fallecimiento tras una cirugía cardíaca de alto riesgo atribuyen a la atención dispensada u omitida.

Dado que en el expediente queda acreditado el fallecimiento de la familiar de los perjudicados, debemos presumir que ello ha producido en los mismos un daño moral cierto. En todo caso, la mera constatación de un perjuicio surgido en el curso de la actuación 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 (entre otros, Dictamen Núm. 103/2019), 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 es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 285/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). 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. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre el tratamiento dispensado u omitido y el resultado dañoso.

En el supuesto examinado, deducida la reclamación por el hecho del fallecimiento, no se acredita de ningún modo, más allá de su invocación de parte, esa relación de causa a efecto entre la praxis médica denunciada y el



daño reclamado. Los interesados no presentan informe médico alguno que avale sus aseveraciones, toda vez que se limitan a mencionar algunos artículos publicados en revistas especializadas pero sin aportar ni el texto completo ni el criterio pericial que razone su aplicación al caso concreto. En efecto, ni el retraso en la cirugía, ni el invocado “fallo en la sutura quirúrgica”, ni las “posibles infecciones nosocomiales” se justifican como causa idónea de la defunción, reproches que son descartados por los peritos informantes al constatar con diferentes datos y pruebas que la operación transcurrió sin incidencias (produciéndose el fallecimiento dos meses después por la patología de base), y descartar puntualmente “la causa infecciosa” o la dehiscencia por “fallo en la sutura” como responsables del deterioro.

En primer lugar, y por lo que se refiere a la sepsis, el informe del Jefe de Sección de la Unidad de Cuidados Intensivos de Cardiología razona que esta careció de cualquier incidencia en el desenlace, constatándose en el informe de autopsia que los últimos cultivos practicados a la paciente antes de su fallecimiento fueron negativos, sin que nada avale, por tanto, la referencia de los familiares de la paciente a “infecciones nosocomiales que complicaran su evolución posoperatoria”.

En segundo lugar, en cuanto a la dehiscencia en la válvula mitral que se aprecia en el informe de autopsia, los reclamantes se limitan a argumentar que, dado el diagnóstico de la paciente, “debió extremarse la precaución durante la intervención quirúrgica puesto que, en algunas ocasiones, estas fugas periprotésicas producen hemólisis severa que requiere transfusiones repetidas o, si son demasiado grandes, insuficiencia cardíaca no controlable con tratamiento médico, algo que pudo suceder durante la estancia en la UCI”. Sin embargo, esa afirmación -carente de sustrato pericial y formulada en términos de mera probabilidad- no puede prevalecer frente a lo observado por los especialistas, advirtiéndose que en el informe del Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca se aclara que la dehiscencia a la que alude la autopsia “fue un hallazgo casual que no tuvo consecuencia alguna en la evolución clínica”, pues “tanto el ecocardiograma realizado en quirófano como los practicados en la UVI

mostraron una prótesis aórtica y anillo mitral normofuncionantes, sin datos de disfunción, lo cual certifica que dicho hallazgo casual nada tuvo que ver con el fallecimiento o mala evolución (de la) paciente. La enferma no tuvo datos en ningún momento de hemólisis ni insuficiencia cardíaca atribuible a un mal funcionamiento de las válvulas”.

Desechado el engarce fáctico entre los reproches vertidos sobre la actuación del servicio público sanitario y el daño cuyo resarcimiento se impetra, la pretensión resarcitoria no puede prosperar, pues no se acredita ni cabe presumir que los daños reclamados sean *de facto* consecuencia de la intervención practicada o postergada, o que un abordaje distinto los hubiera evitado, lo que pugna con su resarcimiento.

Sin perjuicio de esa quiebra del vínculo causal, y en tercer lugar, tampoco se aprecia en lo actuado infracción alguna de la *lex artis ad hoc* vinculado al supuesto “retraso en la práctica de la cirugía para la reparación/sustitución valvular mitral y sustitución valvular aórtica que empeoró la clínica”. Al respecto, los interesados argumentan que “la demora sobrepasa los plazos aconsejables (...), porque aunque no existan unos plazos establecidos (...) en España el retraso medio desde que se decide realizar un reemplazo valvular quirúrgico es de 4,8 a 9,4 meses”. Ya en fase de alegaciones concretan su reproche en el periodo transcurrido entre el 21 de octubre de 2016, momento en el que tiene lugar una consulta en el Servicio de Hematología (en cuyo informe se señala que la paciente está “pendiente de recambio valvular por Cardiología, que es el problema más agudo”), y el 10 de enero de 2017, día en el que acude nuevamente a Cardiología y se les comunica que se desconoce la fecha de la operación. No obstante, tal como se detalla en el informe del Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca, la operación tuvo lugar “20 días después de ser incluida en lista de espera quirúrgica”, precisando que la “demora media” en el Servicio “es de 36 días” y que el “tiempo máximo establecido” por el Servicio de Salud del Principado de Asturias “para este tipo de intervenciones es de 6 meses”; plazo que se recoge en la actualidad en el Decreto 59/2018, de 26 de septiembre, sobre Garantía de Tiempo Máximo de Acceso a las Prestaciones

Sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias, Información sobre Listas de Espera y Registro de Demanda Asistencial del Principado de Asturias.

Ciertamente de la historia clínica se deduce una demora en la adopción de la decisión quirúrgica, previa lógicamente a la inclusión en la correspondiente lista de espera, constando en el expediente que la derivación al Servicio de Cirugía Cardíaca tuvo lugar en el mes de julio de 2017, y los reclamantes aluden a “la dejadez de Cardiología en ponerse en contacto con los especialistas que trataban a la paciente para agilizar la operación”. No obstante, en la misma documentación se recoge que, aunque el diagnóstico de “estenosis aórtica valvular moderada a severa (...). Insuficiencia mitral severa” data del mes de septiembre de 2015, entre ese mes y marzo de 2016 la paciente fue tratada (quimio) del mieloma que se le había detectado, lo que justificaría la demora en la adopción de la decisión de operar, no siendo hasta el mes de febrero de 2017 cuando por parte del Servicio de Hematología se informa que la paciente se encuentra en “situación clínica estable”, sin “contraindicación de (intervención quirúrgica) por parte de Cardiología” (folio 2.069 de la historia Millennium). Por tanto, la curación de aquella patología resultaba prioritaria respecto de la intervención cardíaca, tal como concluyen los peritos informantes. También consta en el expediente que en el mes de junio de 2017 -por tanto, un mes antes de ser incluida en la lista de espera quirúrgica- la paciente se sometió a un cateterismo, procedimiento que hemos de entender como previo y necesario a la cirugía y que, en lo que ahora interesa, desvirtúa la “dejadez” achacada al Servicio de Cardiología.

La concurrencia simultánea de estas patologías consta debidamente en la historia Millennium. En ella se consigna el 11 de agosto de 2017, con ocasión del ingreso hospitalario previo a la cirugía, que la enferma sufría “cardiopatía valvular mitro-aórtica con HTP severa en GF II, sin episodios de IC (...), no se realizó indicación (quirúrgica) hasta conocer pronóstico de su patología hematológica” (folio 826), y que fue “valorada posteriormente” en consultas externas de Cardiología “tras conocerse buen pronóstico de su patología neumológica con las siguientes pruebas:/ Coronariografía junio 2017: sin

lesiones significativas./ EcocardioTT julio 2017". Es decir, pruebas que se revelan necesarias para adoptar la decisión quirúrgica y que desvirtúan la supuesta desidia del Servicio responsable que denuncian los perjudicados. También figura en la historia Millennium que en la "última revisión" relacionada con el mieloma múltiple "en febrero de 2017 no se contraindica la cirugía cardíaca", lo que, como ya hemos señalado, consta en el informe correspondiente a la consulta de 8 de febrero de 2017. Los interesados, sin embargo, obvian esta última fecha que, sin duda, desvirtúa las referencias temporales que manejan (meses de octubre de 2016 y enero de 2017). De hecho, en el informe de interconsulta del Servicio de Cardiología de 6 de octubre de 2016 -emitido durante un ingreso por neumonía- se indica expresamente que "de cara a valorar posibilidad de actitud invasiva sobre su patología valvular interesaría conocer el pronóstico de su enfermedad hematológica y renal (...). Y antes de plantear ninguna actitud valvular se debería conocer el árbol coronario, pero dada su ERC terminal (...) sería necesario saber si la paciente es o no candidata a medidas agresivas". En el mismo sentido se pronuncia el informe del Servicio de Nefrología emitido el 8 de febrero de 2017 (folio 2.103 de la historia Millennium), en el que se consigna comunicación con el Servicio de Cardiología, uno de cuyos facultativos "comenta que de confirmarse el problema valvular sería candidata a Cirugía Cardíaca, pero el riesgo por la hipertensión pulmonar y la insuficiencia renal va a ser muy alto. Tiene además riesgo de entrar en diálisis después de la cirugía. Todo ello lo valoraremos cuando vaya a esa consulta", que se solicita entonces para "valoración del riesgo quirúrgico". En definitiva, el Servicio de Nefrología no tenía un criterio médico formado acerca de la operación en ese momento, en contra de lo que parecen sostener los reclamantes.

A la vista de estos datos clínicos, tanto el perito que informa a instancias de la compañía aseguradora como el técnico que rubrica la propuesta de resolución coinciden en apreciar que "la evolución natural de la enfermedad hizo que se produjera empeoramiento clínico progresivo, pero la comorbilidad impidió una mayor agilidad para la toma de la decisión de tratamiento

quirúrgico". En concreto, el primero transcribe un pasaje de la Guía elaborada por el Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología y la European Association for Cardio-Thoracic Surgery sobre el tratamiento de las valvulopatías en el que se establece que "no hay datos sobre valvulopatías múltiples y combinadas, lo que no permite hacer recomendaciones basadas en pruebas científicas. Además, el gran número de combinaciones posibles conlleva la necesidad de individualizar las decisiones en este apartado (...). No se debe intervenir a los pacientes con comorbilidad grave cuando sea improbable que la intervención mejore la calidad de vida o la supervivencia". En definitiva, nada objetiva la conveniencia de haber anticipado la operación, y se constatan patologías concurrentes (insuficiencia renal crónica, mieloma) que, a juicio razonado de los técnicos, justificaban la posposición del momento idóneo para su abordaje.

Por otra parte, los reclamantes sugieren que la técnica quirúrgica era mejorable, pero esa conclusión se extrae de un dato que figura en el informe de autopsia -la "dehiscencia de un punto en el anillo de inserción"- del que deducen, en términos netamente probabilísticos, que "debió extremarse la precaución" puesto que, "en algunas ocasiones", esas fugas derivan en insuficiencia cardíaca no controlable, "algo que pudo suceder durante la estancia en la UCI". Como señalamos anteriormente, esa consideración hipotética, amén de carecer de la trascendencia que se le anuda, se vierte desprovista de cualquier soporte pericial, por lo que no puede prevalecer frente al ajuste a la *lex artis* apreciado por todos los técnicos informantes. Tampoco puede admitirse, tal como invocan vagamente los interesados, que hubiera "opciones terapéuticas, como técnicas transcatóter o el tratamiento médico aislado", a las que debió acudir frente a la cirugía, pues aquellos solo refieren tímidamente que no se les informó de "las razones por las que se desaconsejaban estas técnicas", aportando citas parciales o fragmentarias de literatura médica sin ningún elemento que avale su aplicación al caso concreto, y que resultan insuficientes para desvirtuar lo informado por el Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca cuando señala que "la reparación/sustitución valvular está

preferentemente indicada en este caso sobre otras opciones transcatóter o tratamiento médico aislado”; alternativas que “no estaban indicadas en esta paciente”.

Por último, los perjudicados formulan diversos reproches relacionados con la información recibida durante el proceso asistencial, tanto en lo concerniente al documento del consentimiento informado suscrito por la paciente antes de la intervención como en la prestada a sus familiares, ahora reclamantes. Al respecto, es doctrina reiterada de este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 26/2017) que la eventual omisión de información sobre los riesgos solo es oponible por el paciente, y que cuando ninguna de las complicaciones típicas se materializa, los eventuales vicios existentes en el consentimiento resultan irrelevantes. Sobre este extremo, hemos manifestado que incluso “la ausencia del documento de consentimiento no está anudada de forma automática a una indemnización *per se*, siendo imprescindible la causación de un daño o perjuicio” (entre otros, Dictamen Núm. 237/2013). En el supuesto examinado los reclamantes reprochan que en el documento firmado el 27 de julio de 2017 únicamente consta que “la reparación/sustitución valvular mediante cirugía está preferentemente indicada en su caso como alternativa a otras opciones terapéuticas, como técnicas transcatóter o el tratamiento médico aislado, sin hacer referencia alguna a las razones por las que se desaconsejaban estas técnicas”, y que no resultaba un consentimiento adaptado a los “riesgos personalizados relacionados con las circunstancias personales y profesionales de la paciente”. Entre las deficiencias que achacan a la información suministrada, aluden a que no se les “informó en ningún momento” de la gravedad de la enfermedad y “de la necesidad de intervención quirúrgica”, lo que hubiera permitido plantear “la posibilidad de agilizar la operación incluso acudiendo a la sanidad privada” o “la conveniencia de sustraerse a la operación -al haberse retrasado extremadamente esta-”. Sin embargo, como ya hemos señalado, no se ha justificado médicamente la conveniencia de adelantar la operación o excluirla, y tampoco puede apreciarse la invocada ausencia de información. Tal como refleja el Jefe del Servicio de

Cirugía Cardíaca, la paciente fue valorada “el día 27-07-2018 y, según consta en el historial clínico, es informada de forma oral, en presencia de la familia, del alto riesgo de la intervención a practicar”, firmando ese día el documento de consentimiento informado en el que, como se ha reseñado, se consignaba tanto la gravedad de las posibles complicaciones como el elevado riesgo de mortalidad de la cirugía, sin que quepa suponer que ante su lectura no fueran conscientes de la entidad de la intervención ni la enferma ni sus familiares. En particular, se describen como “riesgos típicos” las complicaciones cerebrales, pulmonares, cardíacas y renales, cuyas consecuencias se detallan advirtiendo su carácter grave, así como su dependencia en gran medida de la edad de los pacientes. Incluso se especifica la calificación de “cirugía de alto riesgo” (superior al 10 % de mortalidad hospitalaria). No cabe, en definitiva, apreciar que los familiares no hayan sido oportunamente informados, sin perjuicio de que debemos subrayar que la adopción de las decisiones informadas correspondía a la paciente -titular del derecho a la información-, pues se encontraba en plenitud de facultades; aspecto este que los familiares parecen obviar en su planteamiento. Tal y como se refleja en la Sentencia del Tribunal Supremo de 7 de diciembre de 2011 -ECLI:ES:TS:2011:8182- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª), ante un consentimiento “debidamente firmado por el paciente” que se encuentra “en condiciones de manifestar su consentimiento” resulta “innecesario que fuera prestado o no por su familia más cercana”. Por último, tampoco puede obviarse, tal y como ha señalado el Tribunal Supremo (Sentencia de 4 de abril de 2000 -ECLI:ES:TS:2000:2750-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª), que la reiteración de otros posibles riesgos pudiera resultar contraproducente, pues “puede convertir la atención clínica en desmesurada (...) y en un padecimiento innecesario para el enfermo. Es menester interpretar en términos razonables un precepto legal que, aplicado con rigidez, dificultaría el ejercicio de la función médica -no cabe excluir incluso el rechazo por el paciente de protocolos excesivamente largos o inadecuados o el entendimiento de su entrega como una agresión-, sin excluir que la información previa pueda comprender también los beneficios que deben

seguirse al paciente de hacer lo que se le indica y los riesgos que cabe esperar en caso contrario”.

En suma, no se objetiva la relación causal entre las deficiencias imputadas al servicio público sanitario y el resultado dañoso, ni se acredita infracción alguna del buen quehacer médico, concluyéndose que la paciente se sometió a la cirugía en el momento en que la situación de sus patologías y la indicación médica lo permitieron, sufriendo después una evolución compleja y tórpida de su disfunción miocárdica que desembocó en su fallecimiento.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.