

En Logroño, a 16 de abril de 2013, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Antonio Fanlo Loras, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

21/13

Correspondiente a la consulta, formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales, en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria que han formulado D^a S. C. D., D. R. y D^a S. A. C. en concepto de los daños y perjuicios que entienden causados por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, D. J. Á. A. V., cuando estaba a la espera de ser tratado quirúrgicamente de un síndrome coronario agudo previamente diagnosticado; y que valoran en 200.000 euros.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Los expresados reclamantes, mediante escrito de 2 de abril de 2012, registrado de entrada el 3 de abril de 2012, presentaron la expresada reclamación de responsabilidad patrimonial contra la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, por importe de 200.000 euros, por los perjuicios que entienden les ha causado el fallecimiento de su precitado esposo y padre, respectivamente, que atribuyen al deficiente funcionamiento del Servicio de Cardiología del Hospital *San Pedro*, por el, a su juicio, injustificado retraso en la práctica de la revascularización propuesta, a fin de implantarle un triple *bypass* coronario.

Los hechos en los que funda su reclamación son, en síntesis, los siguientes:

El fallecido, con diversos antecedentes (trombosis venosa retinaria en su OD en junio de 2009; infarto en corona radiada izquierda, de probable origen trombótico por arterioesclerosis, el 22/11/2009; hipertenso controlado y diabético, tipo II, desde hace

cuatro años), tras sufrir diversas molestias por las que recibe asistencia sanitaria (ordinaria y de urgencias) en días anteriores, es atendido, el 16 de marzo de 2011, en el Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* e ingresado en la UCI, con juicio clínico de «*síndrome coronario agudo sin elevación ST*», pasando a planta de Cardiología, el 18 de marzo, para tratamiento del mismo.

En su estancia, se le practica un ecocardiograma, el 22 de marzo de 2011 (cuyo resultado consta en folio 1-bis), y un cateterismo cardiaco diagnóstico en el Centro concertado clínica *Los M.*, el 23 de marzo de 2011, con juicio clínico de «*enfermedad coronaria severa de 3 vasos. Dominancia derecha. Nota: A valorar en sesión médica, ICP multisegmento versus cirugía de revascularización coronaria completa (tiene DM con disfunción ventricular severa)*».

El cirujano que practica el cateterismo informa a la esposa e hijo de los hallazgos encontrados (obstrucción importante de arterias: una, al 100%; otra, al 90% y la tercera, al 80 %; por lo que llega la sangre al corazón por arterias secundarias), indicando, como solución, la implantación de un triple *bypass*. Ese mismo cirujano, el día siguiente, les informa, una vez valorado el caso, de la conveniencia de practicar el triple *bypass* y entrega los documentos de consentimiento informado.

El 25 de marzo de 2011, los Facultativos del Servicio de Cardiología del Hospital *San Pedro* dan el alta al paciente. En el *Informe de Alta de Hospitalización* consta lo siguiente:

«ITC al Servicio de Cirugía Cardiovascular del Centro de referencia:

Paciente que no presenta ningún carácter de urgencia, está estable y no tiene lesiones amenazantes. Puede volver a su domicilio, para ser citado en Consulta de Cirugía Cardíaca, con vistas a su intervención, se le llamará telefónicamente para la consulta en *L. M.*

Evolución:

Estable y asintomático durante su estancia en planta de hospitalización, sin presentar nuevos episodios de dolor torácico. Tendencia a hipertensión arterial (sobre todo diastólica), que se controla con optimización de tratamiento. Se considera paciente candidato a realización de coronariografía, por lo que se realiza el 23/03/2011. Dados los resultados, se presenta el caso en sesión clínica y se considera al paciente candidato a revascularización quirúrgica. Se realiza ITC al Servicio de Cirugía Cardíaca para valoración, considerándolo candidato a cirugía ambulatoria. Siguiendo la recomendación de CCV, se decide alta hospitalaria.

Diagnóstico:

1. Cardiopatía isquémica. SCASEST, Killip I.
2. Miocardia dilatada. Disfunción ventricular moderada-severa. FEVI 30-35%. Discinesia inferior, posterior e hipocinesia lateral. Insuficiencia mitral moderada.

3. EAC severa de tres vasos. Dominancia derecha.
4. Hipertensión arterial. Diabetes Mellitus.
5. Previos».

Dicha decisión desconcertó a la familia a la vista de la gravedad de las lesiones advertida por el Cardiólogo, lo que les llevó a pensar que la intervención de revascularización se haría de forma inmediata. No obstante, confiaron que el Servicio de Cardiología habría valorado convenientemente dicha gravedad y que no existía riesgo alguno en esperar unos días. El 8 de abril de 2011 (14 días más tarde), la clínica *L. M.* les avisa para ingreso el día 11 de abril, antes de las 17 horas; pero, en la madrugada del día 12, fecha prevista para la intervención de revascularización, fallece súbitamente.

En el escrito, se deja constancia de la solicitud de información a clínica *L. M.* para que aclaren el sentido de la interconsulta realizada, determinante del alta, así como diversas consideraciones sobre las circunstancias del fallecimiento, manifestando que la tardanza en la intervención de revascularización ha sido causa directa del fallecimiento de su esposo y padre, apreciación que hacen con apoyo en una *Guía de práctica clínica*, cuyas referencias incluye, en la que se hace mención a la necesaria «*estratificación temprana del riesgo*».

Adjunta a su solicitud diversa documentación del historial médico del paciente, incluida copia de la *Guía de práctica médica sobre revascularización miocárdica* (folios 7-39)

Segundo

Mediante Resolución de 3 de abril de 2012, el Secretario General Técnico tiene por iniciado el procedimiento correspondiente, nombra Instructor del procedimiento y ordena su comunicación a los interesados, lo que se le notifica el 11 de abril de 2012.

Tercero

El Instructor del procedimiento, el 4 de abril de 2012, solicita de la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja, Hospital *San Pedro*, la información existente sobre la asistencia prestada, así como informe de los Facultativos intervinientes. Ese mismo día, se remite a AON (gestora del seguro contratado por el SERIS con Z. I. PLC Sucursal en España) la tramitación del expediente de responsabilidad. Se acusa recibo el mismo día.

Mediante escritos del Instructor de 7 de mayo y 8 de junio de 2012, se reitera la solicitud de remisión de documentación a la Dirección Gerencia.

Cuarto

La Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja. Hospital *San Pedro*, mediante escrito registrado de entrada el 18 de junio de 2012, remite la documentación referida a la atención sanitaria prestada (folios 48-63 bis). Entre ella, debe reverenciarse lo siguiente

-El informe suscrito por la Dra. M. y el Dr. B., del Servicio de Cardiología del Hospital *San Pedro* en el que refieren el tratamiento dispensado en su Servicio, tras atención en UCI, siendo diagnosticado de enfermedad coronaria de tres vasos; que fue valorado en sesión médica como candidato a revascularización quirúrgica; que, en interconsulta al Servicio Cirugía Cardíaca del Centro de referencia (clínica *L. M.*), fue valorado por el Dr. P.-M., de dicho Servicio, citando: «*paciente que no presenta ningún carácter de urgencia, está estable y no tiene lesiones amenazantes. Puede volver a su domicilio, para ser citado en consulta de cirugía cardíaca con vistas a su intervención, se le llamará telefónicamente para la consulta en L. M.*», considerando, por su parte, al paciente candidato a alta hospitalaria y cirugía ambulatoria, criterio que fue seguido, procediéndose al alta hospitalaria.

-Informe del cateterismo cardíaco diagnóstico que, con el logo *Clínica L. M.*, suscriben el Dr. F., Médico adjunto Cardiología Hospital *San Pedro* y el Dr. B., Jefe de Servicio Cardiología Hospital *San Pedro* (folio 60-61 bis).

-Documentos de consentimiento informado para intervencionismo coronario percutáneo (angioplastia coronaria) y para cateterismo cardíaco diagnóstico, debidamente suscritos por el paciente, aunque no consta data (folios 62-63 bis).

Quinto

El Instructor del procedimiento, mediante escrito de 19 de junio de 2012, notificado el 22 de junio siguiente, reclama a clínica *L. M.* que remita cuantos antecedentes existan en relación con la asistencia prestada, en particular de los Facultativos intervinientes, así como si tiene suscrita póliza de seguro.

D. R. d'O. L., Abogado que actúa en representación de la referida clínica, según acredita mediante poder notarial, comparece y se persona en el procedimiento.

Mediante escrito de la Directora de Gestión de la citada clínica, se remite diversa documentación y se informa al Instructor de la póliza de seguro suscrita con MAPFRE Empresas. Entre la documentación remitida, figura un escrito, suscrito por el Dr. P.-M., de contestación a la esposa del fallecido, en relación con la valoración de la nota ITC. En lo que interesa, señala:

«Tal y como se refleja, estas lesiones no presentaban un riesgo vital para él, por lo que se procedió, siguiendo las consignas de las Guías de las sociedades científicas internacionales, a programar su intervención de una forma reglada...Fue visto el mismo día que se solicitó la interconsulta, en la cual fue informado de los riesgos y beneficios de la intervención, firmó los consentimientos informados y se programó a las 4 semanas siguientes a esta visita. Al ingreso en la clínica de *L. M.*, no presentaba ningún signo, que sepamos, de agravación, ni sintomatología y,

durante su sueño, presentó una muerte súbita, complicación de toda patología cardíaca excepcional, pero que acontece en un pequeño porcentaje de enfermos cardíacos, operados o no».

Asimismo, constan los siguientes datos:

-En *Incidencias de Enfermería*, correspondientes al día 12.4.2011, a las 0:34 horas: «Llama a las 01,35 h, aproximadamente; al entrar en la habitación, no lo encontramos en el sillón sentado, no responde a estímulos, tumbamos en suelo y llamamos a MG y a UCI, sube personal de URG y UCI. Comenzamos con RCP: masaje cardíaco y ventilación mediante intubación TET nº8, canalizo VVP nº 18, pongo: finalizamos masaje a las 02,15 h. Exitus a las 02,15 h».

-En *Hoja de Evolución*, consta anotación día 11.4.2011, a las 20:06 horas: «Glucosa, bien; Rx y analítica, bien». Y el día 12.4.2011, a las 03:06 h: «Acudo a llamada de Enfermera por paciente inconsciente. Cuando llego, encuentro al paciente en el suelo en situación de parada cardiorespiratoria. Al monitorizarse, observa disociación electromecánica lenta. Se inician medidas de soporte vital avanzado durante 40 mi....sin éxito, falleciendo el paciente a las 02:20 minutos del día 12/04/2011. Se oferta posibilidad de necropsia a la esposa, que rechaza. Según refiere la esposa, llevaba 1-2 h intranquilo y nervioso, con sudoración fría, pero el paciente no ha querido avisar. No dolor torácico opresivo, pero sí refería dolor en región mandibular izquierda. No cogía postura en la cama, por lo que se sienta en el sillón y es cuando la esposa nota que presenta ruidos respiratorios y que no responde a la llamada, avisando a Enfermería ...».

Sexto

El Instructor del procedimiento, mediante escrito de 19 de junio de 2012, solicita a la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones que la Inspección médica emita un informe en relación con la reclamación presentada, que se cumplimenta el 28 de septiembre de 2012. Sus conclusiones son las siguientes:

«1ª.- Que (el paciente) ingresó en el CHSMSP presentando un SCASEST. Se le administró el tratamiento farmacológico adecuado y se le realizaron las pruebas diagnósticas oportunas...presentando una evolución favorable.

2ª.-Que, tal y como se recomienda en la bibliografía consultada, se le realizó un cateterismo cardíaco diagnóstico, con posibilidad de tratamiento mediante ICP durante el mismo que, finalmente, no se procedió a realizar dadas las lesiones que presentaba.

3ª.- Que, ante el diagnóstico de enfermedad coronaria de 3 vasos, con disfunción ventricular moderada-severa y antecedentes de DM, en sesión clínica se consideró al paciente candidato a revascularización coronaria quirúrgica completa mediante cirugía de derivación aortocoronada, tratamiento recomendado para su situación en las Guías médicas publicadas sobre el manejo del paciente con SCASEST.

4ª.- Que, con respecto a la decisión de programar la cirugía coronaria de manera ambulatoria y no realizarla durante el ingreso hospitalario, es de señalar que:

-Si bien la toma de dicha decisión clínica fue realizada por un Especialista en Cirugía Cardiovascular, el Servicio de Cardiología encargado de su proceso aceptó sus directrices, sin que consten objeciones.

-Está publicado en la literatura médica un documento oficial de la Sociedad Española de Cardiología, en conjunto con la de Cirugía Cardiovascular, en el que se establecen ‘criterios de ordenación temporal de las intervenciones quirúrgicas en patología cardiovascular’.

-Aplicando dicho documento a la situación clínica del paciente (angina inestable controlada con tratamiento óptimo y sin angina con la actividad hospitalaria y enfermedad multivaso), no existen criterios de indicación de cirugía prioritaria (durante el ingreso). El paciente sería candidato de cirugía programada, después del alta hospitalaria, indicando, como tiempo de intervención desde la indicación quirúrgica un plazo menor de 6 semanas. El paciente fue programado para su intervención en un plazo de 3 semanas, por lo que se cumplieron los criterios marcados en dicho documento.

5ª.- Que, con respecto a las recomendaciones que figuran en las Guías de práctica clínica a las que se hace referencia en el escrito de reclamación, es de señalar que:

-No podemos valorar la actuación médica siguiendo recomendaciones médicas publicadas después de que sucedieran los hechos. La *Guía de práctica clínica sobre revascularización miocárdica*, en la que se basa la reclamación, se trata de una segunda edición corregida de fecha posterior al fallecimiento del paciente.

-En las Guías de práctica clínica consultadas para el manejo de pacientes con SCASEST publicadas en ese momento, tanto americanas como europeas, se hace referencia a los pacientes sobre los que se recomienda realizar una estrategia invasiva (cateterismo cardíaco y posible revascularización percutánea durante el mismo) y el momento más adecuado a realizarla según su perfil de riesgo, si bien no existe consenso sobre el momento óptimo para realizar una posterior revascularización miocárdica mediante derivación aortocoronaria.

-En el caso que nos ocupa, el paciente cumplía criterios para la realización de una estrategia invasiva de manera precoz, (con un score de Grace <de 140 (riesgo intermedio) y apropiadamente se realizó el cateterismo cardíaco con posibilidad de revascularización, tal y como ya se ha expuesto, en un plazo de tiempo que, si bien no se ajusta al plazo recomendado de 72 horas en algunas Guías, no puede considerarse desproporcionado, teniendo en cuenta, además, que dicha demora no afectó a la evolución posterior.

6ª.- Que el paciente presentaba SCASEST de nueva aparición, por definición una angina inestable, cuadro que indica que la evolución del paciente es difícilmente previsible, aunque no desfavorable necesariamente, pues el criterio de inestabilidad lleva aparejado un perfil incierto.

7ª.- Que la evolución del paciente fue en todo momento favorable, presentando de manera súbita un nuevo evento coronario por el que falleció mientras se encontraba en espera del tratamiento quirúrgico para el mismo, no pudiendo afirmar, en base a todo lo anteriormente expuesto, que la asistencia sanitaria que le fue prestada no fuera conforme a la *lex artis*».

Adjunta a su informe, un escrito con información complementaria suscrito por el Dr. P.-M.

Séptimo

A.R. S., corredora de la Aseguradora del SERIS, acusa recibo de la remisión de información complementaria en relación con el procedimiento de reclamación de responsabilidad, el 8 de noviembre de 2012.

Octavo

Consta incorporado al expediente un dictamen médico, redactado, el 21 de noviembre de 2012, por el Dr. L. E. T. M., Especialista en Cardiología. En él se expone un resumen de los hechos y unas pormenorizadas consideraciones médicas sobre distintas enfermedades cardiovasculares, en particular, de la que aquejaba al paciente. Constan las siguientes conclusiones.

- «1. El paciente fue diagnosticado y tratado de manera correcta y se le hicieron las pruebas diagnósticas pertinentes. Si bien la coroariorgrafía se hizo pasadas las 72 horas después del ingreso, esto no influyó en el desenlace final.
2. Se encontraba en una situación de estabilidad clínica y hemodinámica, por lo que la indicación de la cirugía de revascularización coronaria no era urgente.
3. El plazo establecido por los documentos de consenso encaja en un código tres (hasta seis semanas) y, sin embargo, la cirugía se fijó para 18 días después.
4. La muerte súbita cardíaca es un evento inesperado que puede ocurrir en un paciente con una enfermedad cardiovascular, aún con el mejor cuidado y tratamiento.
5. Como no se hizo autopsia, no podemos saber con total certeza las causas de su fallecimiento».

Noveno

El Instructor da trámite de audiencia a las partes interesadas (los reclamantes, representante de clínica *L. M.* y a su Aseguradora). Comparece la esposa del fallecido, retira copia de los documentos obrantes en el procedimiento instruido, y, mediante escrito registrado de entrada el 31 de enero de 2013, presenta alegaciones, en las que, entre otras, efectúa las siguientes consideraciones:

- Reitera, en cuanto a la cuestión de fondo, el injustificado retraso en la práctica de la revascularización propuesta.

-Discrepa de los informes de la Inspección médica y del pericial emitido a instancias de la Aseguradora (valor de la Guía médica utilizada que, en opinión de la reclamante, *«pone de manifiesto que el manejo de la patología del paciente no fue adecuado»*).

-Subraya que el mismo informe de la Inspección médica reconoce que *«la evolución del paciente es difícilmente previsible»*.

-Precisa, sobre la supuesta estabilidad clínica y hemodinámica del paciente a la que se refiere el informe pericial aportado por la Aseguradora, que, si la muerte súbita puede producirse en un enfermo cardíaco, de ello se desprende que, cuanto más tiempo transcurra sin reparar dicha enfermedad, más riesgo hay de que se produzca dicho evento, considerando que no se valoró adecuadamente ese riesgo.

-Entiende que dicho informe pone en duda la causa del fallecimiento, al no haberse practicado la autopsia, cuando el certificado de defunción señala la causa inmediata: *«síndrome coronario agudo»*; como causas antecedentes: *«disfunción ventricular severa»*; y, como causa inicial o fundamental: *«enfermedad coronaria severa de 3 vasos»*.

-Cree que ambos informes justifican la demora en realizar la revascularización al no revestir carácter de urgencia, pues era impredecible el desenlace producido, pero lo que ello prueba es precisamente lo inadecuado de la valoración del estado clínico del paciente.

-Insiste en que el deficiente funcionamiento del Servicio de Cardiología al valorar la situación de gravedad, de manera que hubieran podido evitarse las consecuencias derivadas de la grave patología; lo que supuso privar de la expectativa de seguir viviendo, si se hubiera practicado la revascularización con anterioridad, y ello supone una pérdida de oportunidad terapéutica.

Décimo

Z. G.C.S, (Centro tramitador de siniestros), Aseguradora del SERIS, mediante escrito de 31 de enero de 2013, comunica que el ámbito de cobertura de la póliza suscrita ampara la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro*, pero no la asistencia realizada en la clínica *L. M.*.

En ésta última citada clínica, el paciente fue valorado por el Médico adjunto del Servicio de Cirugía Cardiovascular, que consideró que no estaba indicada intervención urgente, al no presentar un riesgo vital, procediendo a programar la intervención de forma reglada, de acuerdo con las Guías de las Sociedades científicas internacionales. Y consta a continuación lo siguiente:

«La reclamación se basa en la convicción de que existió una errónea valoración del riesgo, al no realizar la revascularización con mayor premura. En el presente caso, se valoró adecuadamente el riesgo para la planificación y práctica del cateterismo, con el que se consiguió un rápido diagnóstico, sin embargo se valoró incorrectamente dicho riesgo a la hora de planificar la práctica del tratamiento médico concomitante, la revascularización, pues, en lugar de llevarse a cabo ésta en las fechas inmediatamente siguientes a dicho diagnóstico, se demoró excesivamente y el paciente falleció con anterioridad a su práctica».

En aplicación de la póliza suscrita (apartado 1.2.1, Asegurado), que excluye de la cobertura a la asistencia prestada en centros concertados -salvo cuando el personal del SERIS, por cuenta de éste, preste servicios asistenciales en los mismos-, concluye que, si existiera una estimación de las pretensiones reclamadas, el asunto estaría excluido de cobertura del siniestro de referencia por la póliza suscrita por el SERIS núm. xxxxxxxx».

Undécimo

D. R.D., en representación de clínica *L. M.*, comparece en el trámite de audiencia y presenta escrito de alegaciones, registrado el 11 de febrero de 2013. Manifiesta que, al no haberse practicado autopsia, no es posible confirmar las causas del fallecimiento. Además, no ha quedado acreditado ningún dato que aconsejara la intervención con carácter inmediato por razón de urgencia vital, de manera que el fallecimiento no puede imputarse a actuación u omisión de los Servicios médicos, por lo que solicita la desestimación de la reclamación.

Duodécimo

El Instructor, el 4 de marzo de 2013, elabora la Propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad presentada, al considerar que no concurren los requisitos exigidos por la legislación y la jurisprudencia para que pueda nacer la obligación de la Administración de indemnizar el daño alegado, pues no es imputable al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

La Propuesta de resolución, tras un pormenorizado relato fáctico, con síntesis de los hechos acreditados, considera que la reclamación presentada carece de los requisitos exigibles para reconocer la obligación de la Administración de indemnizar el daño alegado, pues no existe nexo causal entre el fallecimiento y el supuesto retraso en la práctica de la revascularización. Esta intervención, al no tratarse de un supuesto de urgencia vital, se programó dentro de los plazos recomendados para su situación (hasta seis semanas), citándose para su realización 18 días después. Pese a que no se ha determinado con certeza la causa de su fallecimiento (al no autorizarse la autopsia), éste se debió a la propia evolución de la enfermedad padecida. En cuanto al requisito de la antijuridicidad y, en particular, la posible infracción de la *lex artis*, que actúa como parámetro en la responsabilidad sanitaria, dado que la obligación de la Administración (y del personal sanitario) es de medios y no de resultado, no ha quedado acreditada ninguna infracción de la *lex artis*, pues, pese a la alegación de los reclamantes, la programación de la intervención se hizo de acuerdo con las Guías de práctica clínica, como se afirma en los informes de la Inspección médica y en el dictamen pericial aportado por la Aseguradora del Servicio público sanitario.

Decimotercero

Remitida la Propuesta de resolución, el 8 de marzo de 2013, para informe de la Letrada de los Servicios Jurídicos adscritos a la Consejería, es informada favorablemente el 14 de marzo siguiente.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 18 de marzo de 2013, registrado de entrada en este Consejo el 20 de abril de 2013, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 21 de marzo de 2013, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho

dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

Mientras no se fije una cuantía específica para el ámbito autonómico riojano, del art. 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja (en la redacción dada al mismo por el art. 44.1 de la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, de Medidas fiscales y administrativas de la CAR para 2012), en relación con: i) el art. 65.4 de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR (en la redacción dada al mismo por el art. 45 de la precitada Ley 7/2011); y ii) con el art. 143.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (en la redacción dada al mismo por la DF 40 de la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía sostenible), resulta preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo de La Rioja cuando la reclamación de responsabilidad patrimonial sea de cuantía igual o superior a la de 50.000 euros señalada en el ámbito estatal para el Consejo de Estado. En el presente caso, es preceptivo nuestro dictamen a ser la reclamación de 200.000 euros.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública.

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del R.D. 429/1993 de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (cfr. Dictamen 23/98, F.J.2), pueden sintetizarse así:

1º.- Existencia de un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2º.- Que el daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal.

3º.- Que el daño no se haya producido por fuerza mayor.

4º.- Que no haya prescrito el derecho a reclamar, cuyo plazo legal es de un año, computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad *directa* de la Administración (aunque el daño haya sido causado por personal dependiente de la Administración o sea atribuible genéricamente a los servicios administrativos), *objetiva* (aunque no haya mediado culpa individual o la actuación no haya sido “ilícita”) y *general* (aplicable a cualesquiera de las actividades y servicios de la Administración).

Ahora bien, que el sistema de responsabilidad patrimonial sea objetivo no permite deducir, como oportunamente ha señalado la jurisprudencia, que la Administración tenga un deber general de indemnizar cualquier daño que pueda atribuirse causalmente al funcionamiento de sus servicios. No es ocioso recordar que la protección constitucional de la salud y el derecho de asistencia sanitaria reconocido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del sistema nacional de salud, desarrolladas por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización, no son absolutos, pues, por ambiciosas y amplias que sean las prestaciones reconocidas por el sistema sanitario público y las aptitudes de los profesionales sanitarios, no podemos soslayar nuestra condición perecedera como seres vivos. Por esa razón, la acción de los poderes públicos en materia sanitaria es, sobre todo y por lo general, una *prestación de medios* (correlato al derecho individual de cada paciente a la protección a la salud y a la atención sanitaria) y no *de resultados*, dado que no es posible garantizar de manera absoluta la curación y sanidad de los pacientes. En este sentido siempre que la Administración sanitaria haya puesto los medios necesarios de acuerdo con los protocolos de actuación y sus profesionales actuado de conformidad con la *lex artis ad hoc* no será posible imputar a la Administración el daño generado por la prestación sanitaria realizada.

De manera que –como hemos señalado en múltiples dictámenes– siempre que la Administración sanitaria haya puesto los medios necesarios de acuerdo con los protocolos de actuación y sus profesionales actuado de conformidad con la *lex artis ad hoc* y el daño producido constituya un riesgo típico inherente al tratamiento dispensado, del que el paciente ha sido adecuadamente informado y éste prestado su consentimiento informado al tratamiento, no será posible imputar a la Administración el daño generado o concomitante

a la prestación sanitaria, en casos, como el presente, en el que se produce el fallecimiento del paciente unas horas antes de la intervención quirúrgica programada (revascularización), explicable por la propia evolución de la enfermedad padecida, sin que haya existido, de acuerdo con los informes médicos obrantes en el expediente, incorrecta valoración del riesgo en cuanto a la premura en la necesidad de intervención.

Tercero

La existencia de responsabilidad de la Administración en el presente caso

En el presente caso, los reclamantes, en su escrito de iniciación del procedimiento, así como en las alegaciones presentadas en el trámite de audiencia, consideran que ha existido un deficiente funcionamiento del Servicio de Cardiología del Hospital *San Pedro*, debido al injustificado retraso en la práctica de la revascularización propuesta, a fin de implantarle un triple *bypass* coronario, que hubiere evitado las consecuencias que se derivaron de la grave patología que padecía. Particularmente incisivas son las alegaciones presentadas en el trámite de audiencia, en las que, tras reiterar el deficiente funcionamiento del servicio sanitario, manifiestan que no comparten las valoraciones recogidas en los informes incorporados al procedimiento (el de la Inspección médica y el dictamen pericial aportado por la Aseguradora del SERIS) y reiteran la inadecuada valoración del estado clínico del paciente, de manera que, si se hubiese practicado la revascularización con anterioridad, pudiera haberse evitado el fallecimiento, lo que supone una pérdida de oportunidad terapéutica evidente (Antecedente Noveno).

La Propuesta de resolución considera, por el contrario, que no existe nexo causal entre el retraso en la práctica de la revascularización y el fallecimiento, explicable por la propia evolución de la enfermedad padecida. Al no tratarse de un supuesto de urgencia vital inmediata, la intervención se programó de manera ambulatoria en los plazos recomendados por las Guías de práctica clínica internacionales (hasta 6 semanas), estando prevista su realización 18 días después. Al no haberse infringido la *lex artis*, el daño alegado no puede ser imputable al SERIS, pues su obligación es *de medios* y no *de resultados*.

Esa es, en síntesis, la argumentación jurídica de la Propuesta de resolución, fundamentada en la valoración médica recogida en el informe de la Inspección médica (en particular, las Conclusiones 4ª y 5ª, que hemos recogido en el Antecedente Sexto), en el dictamen pericial aportado por la Aseguradora del SERIS (cuyas conclusiones hemos recogido en el Antecedente Octavo), y en las pormenorizadas consideraciones obrantes en el expediente (folios 109 a 124).

Sin embargo, este Consejo Consultivo no comparte la Propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, cuyo criterio estriba en considerar correcta la valoración del riesgo vital derivado de la programación ambulatoria de la revascularización.

Es cierto que los propios informes médicos aportados reconocen como cuestión discutida la ordenación temporal de las intervenciones quirúrgicas coronarias (condicionada por la actividad preparatoria, la imprevisible evolución del enfermo, y la organización hospitalaria, entre otros factores), aunque, en el caso estudiado, consideran ajustada a las Guías de práctica clínica internacionales, la programación ambulatoria fijada (18 días más tarde).

Pero no hace falta ser un experto médico para constatar la gravedad del diagnóstico, correcta y prontamente establecido por el Servicio de Cardiología del Hospital *San Pedro* y por el Servicio de Cirugía Cardiovascular de la clínica de *L. M.*, que hemos recogido en los antecedentes fácticos.

Por otra parte, los antecedentes médicos del fallecido, adecuadamente documentados, constituyen otro argumento a favor de una pronta intervención. Es bien indicativa de la gravedad del diagnóstico del paciente la información verbal transmitida por el cirujano que practica el cateterismo sobre el estado de obstrucción de tres conductos sanguíneos cardíacos, que decanta la intervención hacia la revascularización.

En este sentido, las consideraciones médicas del dictamen pericial permiten identificar diversos parámetros o indicadores que corroboran la gravedad del caso. Así: i) los altos valores de la troponina (una encima cardíaca cuya concentración en sangre aumenta cuando existe un daño en los tejidos del corazón, según folio 112), calificada como «elevada» en folio 106 y como «máxima», en folio 107, en los análisis realizados el 16 de marzo de 2011; ii) el ecocardiograma (raíz aórtica y aorta descendente), refleja una FE del VI de entre 30-35 % (normal sobre 50%), según el folio 107; iii) la fracción de eyección FE (un parámetro fisiológico utilizado para valorar la función sistólica del ventrículo izquierdo, según folio 121), ofrece riesgos de mayor mortalidad cuando está por debajo del 45 %, y en el caso era del 30-35%, folios 107, 121 y 123; y iv) el SCASET era de nueva aparición, con angina inestable.

Pese a estas evidencias, tanto la Inspección médica como el dictamen pericial consideran la programación de la revascularización conforme a la *lex artis*, como ha quedado señalado.

En contra de tal parecer técnico, este Consejo Consultivo comparte la convicción de los reclamantes, a la vista de las circunstancias concurrentes, de que ha existido una errónea valoración del riesgo, al no realizar la revascularización con mayor premura. En

este sentido, es, para nosotros, relevante y significativa la manifestación contenida en el escrito de Z. G.C.S, que hemos reproducido en el Antecedente Décimo, cuando afirma:

*«En el presente caso, se valoró adecuadamente el riesgo para la planificación y práctica del cateterismo, con el que se consiguió un rápido diagnóstico, sin embargo **se valoró incorrectamente dicho riesgo** a la hora de planificar la práctica del tratamiento médico concomitante, la revascularización, pues, en lugar de, llevarse a cabo ésta en las fechas inmediatamente siguientes a dicho diagnóstico, **se demoró excesivamente** y el paciente falleció con anterioridad a su práctica».*

Se trata de una afirmación categórica de la Aseguradora del SERIS sobre la existencia de una valoración incorrecta del riesgo. No cabe relativizar este juicio, considerándolo guiado por un afán exclusivamente exculpatorio y de simple traslado de la responsabilidad a un tercero, en el marco de la lógica pretensión de acotar restrictivamente el ámbito de la cobertura de la póliza.

En la perspectiva de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, son indiferentes las causas que hayan podido justificar o explicar ese error, desde las ligadas a las características evolutivas de la enfermedad del paciente, hasta los condicionantes organizativos derivados de la gestión de la prestación cardiológica en La Rioja, en la que el centro de referencia es una clínica privada (aspectos de organización hospitalaria a los que se refiere el dictamen pericial en el folio 119).

En conclusión, este Consejo Consultivo considera, a la vista de las circunstancias concurrentes, que ha existido un funcionamiento anormal del servicio sanitario al valorar el riesgo vital del paciente, al no considerar la intervención urgente y, en consecuencia, que ha existido una privación de la expectativa de seguir viviendo, al no haber practicado la revascularización inmediata, lo que constituye un «pérdida de oportunidad terapéutica», constitutiva de un daño antijurídico imputable a la Administración sanitaria.

Cuarto

Valoración del daño

En cuanto a la valoración del daño alegado, no podemos aceptar el importe solicitado por los reclamantes, a partir de la aplicación del baremo establecido en el Real Decreto Legislativo 8/2004, Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la circulación de vehículos a motor, para valoraciones de los daños y perjuicios causados a las personas en accidente de circulación.

Hemos dicho reiteradamente en anteriores dictámenes que ese baremo es —como lo considera la jurisprudencia— meramente orientativo y no vinculante (D.75/04, D.45/06, D.95/06, D.100/06, D.53/07, D. 65/07, D.68/07, D.35/08, D.44/08, D.56/08, D.57/08,

D.63/08, D-113/08, D.9/09, D.29/09, D.48/09, D.51/09, D.69/09, D.32/10, D.37/10, D.63/10, D.70/10, D.50/11 y D.12/13).

En el presente caso, y teniendo en cuenta las circunstancias personales del fallecido, incluidos sus antecedentes médicos (que presumiblemente hubieran limitado sus expectativas de vida), consideramos suficiente una valoración global del daño por importe de 50.000 euros, que corresponden a la esposa e hijos del fallecido, en la misma proporción que resulta de su reclamación (fol.10 del expediente), donde consta el reparto que los reclamantes proponen de la indemnización inicialmente solicitada por los mismos.

Quinto

Consideraciones en relación con la aplicación del convenio suscrito con la clínica privada L. M.

El relato fáctico recogido en los Antecedentes de este dictamen pone de relieve aspectos no suficientemente diferenciados de la gestión de la asistencia cardiológica de la sanidad pública de La Rioja, en lo que afecta al régimen de responsabilidad patrimonial.

La clínica privada L. M. es el centro de referencia cardiovascular para la sanidad riojana; pero, en el caso, consta acreditado que los Facultativos del SERIS informan y valoran las actuaciones médicas (cateterismo) realizadas en la citada clínica privada, así como que un médico especialista de ésta realiza una visita al paciente cuando se encuentra ingresado en el Hospital *San Pedro* del SERIS.

En dichos supuestos, no hay —a los efectos del régimen de responsabilidad patrimonial— una rígida separación entre la asistencia prestada en el hospital público y la prestada en la clínica privada, separación que la Aseguradora del SERIS parece presumir que existe, a la hora de delimitar el alcance de la póliza de cobertura del seguro. Y ello debiera ser clarificado, para evitar los posibles conflictos que puedan suscitarse, aunque, obviamente, sin introducir incomodidades a los pacientes.

Debe quedar claro, desde la perspectiva de los pacientes y usuarios de la sanidad pública, que el titular de la prestación sanitaria (de la cartera sanitaria) es el SERIS, con independencia de que determinadas prestaciones sanitarias puedan estar «externalizadas» y gestionadas, en el marco de convenios de colaboración público-privado, por entidades privadas.

Quien responderá patrimonialmente, entonces, por razón del funcionamiento normal o anormal del servicio público sanitario, es el SERIS, sin perjuicio de repetir contra el causante directo del daño, en los casos de gestión privada, en la parte del daño que se estime imputable a su actuación, tal y como hemos señalado en diversos dictámenes

(D.2/00, D.59/00, D.51/01, D.18/03, D.50/05, D.119/05, D.8/06, D.16/06, D.37/08, D.72/08, D.142/08, D.12/09, D.27/10, D.36/10 -especialmente-, D.57/10, D.62/11 y D.83/11).

CONCLUSIONES

Primera

Existe relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada y el fallecimiento de D. J. Á. A., al haber valorado erróneamente el riesgo vital del paciente, postergando la intervención de revascularización, programada sin la necesaria premura.

Segunda

El importe de la indemnización se fija en 50.000 euros, a repartir entre la esposa e hijos del fallecido en la proporción señalada al final del Fundamento Jurídico Cuatro de este Dictamen.

Tercera

El pago corresponde al SERIS sin perjuicio de la acción de repetición contra la clínica *L. M.*, en aquella parte del daño que se estime imputable a su actuación.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero