

Dictamen n^o: **308/12**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **16.05.12**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid emitido por mayoría en su sesión de 16 de mayo de 2012 sobre la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora 6/2007, de 21 de diciembre, sobre reclamación presentada por C.C.Q. y R.B.C., F.B.C. y A.B.C., de indemnización de los perjuicios causados por la asistencia sanitaria prestada a A.S.B.P.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 2 de noviembre de 2010 tuvo entrada en el Registro de la consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, reclamación de responsabilidad patrimonial formulada en nombre propio por C.C.Q. y R.B.C., F.B.C. y A.B.C. (en adelante "*los reclamantes*"), en relación con los perjuicios derivados de una colecistectomía laparoscópica realizada a su difunto padre y esposo, respectivamente (en adelante, "*el paciente*"), en el Hospital Universitario Gregorio Marañón.

En su escrito, los interesados ponían de manifiesto que el paciente padecía una cardiopatía cardíaca asintomática consistente en estenosis aórtica de grado ligero-moderado, dolencia que no le impedía tener un estado de salud óptimo e incluso practicar actividades deportivas.

En mayo de 2009, su médico de cabecera le recomendó la realización de pruebas específicas de la cardiopatía con vistas a analizar la conveniencia de una intervención quirúrgica. En el Hospital Universitario Gregorio Marañón se le realizaron pruebas de hepatología y hemodinámica, con buenos resultados, y se le practicó un cateterismo. Éste último, realizado el 9 de junio de 2010 a instancia del cirujano cardiológico responsable del paciente durante todo el proceso, reflejó una insuficiencia aórtica de grado ligero-moderado. Se le recomendó someterse a una cirugía cardíaca conducente a la sustitución de la válvula aórtica.

La intervención quirúrgica se produjo el 7 de julio de 2010, y el paciente fue dado de alta el día 24 siguiente. A pesar de que los médicos consideraban satisfactorio el proceso de recuperación, el padre y esposo de los reclamantes no experimentó mejoría ni antes ni después del alta hospitalaria, sino que, por el contrario, su estado de salud fue empeorando paulatinamente sin que, a decir de los reclamantes, ningún médico se percatara de ello. En este contexto se produjeron varias visitas del paciente al Servicio de Cardiología del Servicio de Salud, con fechas 5 y 18 de agosto de 2010 y otra posterior, el 30 de agosto, al Servicio de Urgencias.

No fue hasta una nueva visita a urgencias, el 1 de septiembre de 2010, cuando, ante su preocupante estado de salud, se decidió su ingreso en medicina interna. Al día siguiente, un ecocardiograma transesofágico, prueba que hasta aquel momento no se le había practicado, permitió detectar una insuficiencia aórtica severa y diagnosticar endocarditis infecciosa protésica precoz por estafilococo epidermis, adquirida en quirófano. Ante la información dada al paciente y familiares sobre la enorme gravedad de la dolencia, se decidió una nueva intervención quirúrgica destinada a restituirle la válvula aórtica protésica, efectuada el día 3 de septiembre.

Refieren los reclamantes las complicaciones del “*tortuoso postoperatorio*”, entre ellas una anemia normocrómica y una neumonía de origen nosocomial. Recibió el alta hospitalaria el 27 de septiembre de 2010, al presentar a juicio de los facultativos una situación clínica y hemodinámica estable, manteniéndose el tratamiento antibiótico de la endocarditis mediante hospitalización domiciliaria hasta (previsiblemente) el 16 octubre de 2010.

Sin embargo, la evolución del paciente en su domicilio fue desfavorable, a partir del mismo día 28 siguiente al alta, con fiebre, malestar generalizado, problemas respiratorios, etc., por lo que hubo de reingresar de inmediato en la UCI con serios problemas cardíacos, respiratorios y renales. El 30 de octubre se le practicó intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica, y, mediante un ecocardiograma transesofágico, se confirmó una disfunción progresiva con abceso valvular extenso e insuficiencia aórtica muy severa. Se decidió su traslado a la unidad UCP de Cardiología, donde permaneció sedado cinco días, decidiéndose finalmente como única posibilidad de tratamiento un nuevo recambio valvular, esta vez con un homo injerto por la válvula aórtica, con pocas posibilidades de éxito dado el historial del paciente. Durante la intervención, realizada el 5 de octubre de 2010, se produjo el fallecimiento del paciente a consecuencia de una salida de la circulación extracorpórea.

En relación con los anteriores hechos, los reclamantes consideran que deben ser indemnizados por los siguientes conceptos: por la infección bacteriana nosocomial transmitida al paciente en la primera de las intervenciones quirúrgicas, por la falta de aplicación de una profilaxis antibiótica que hubiera minorado razonablemente el anterior riesgo, por error de diagnóstico al darse el alta tras la primera intervención a pesar de los síntomas planteados, por la pérdida de oportunidad al no haberse detectado la mortal enfermedad hasta el 2 de septiembre de 2010 y por la

pérdida de oportunidad y daño moral al paciente y sus familiares, al no habersele practicado el recambio de la válvula por homo injerto en la segunda intervención. Y, en cuanto a la evaluación económica de la indemnización, la concretaban inicialmente, sin aplicar el factor de corrección, en 79.257,16€ al cónyuge, 8.806,35€ a cada uno de los dos hijos mayores de 25 años y 17.612,70€ a la hija menor de esa edad. Todo ello, en aplicación de la Resolución de 31 de enero de 2010, de la Dirección General de Seguros, teniendo en cuenta la edad del paciente fallecido.

Acompañaban a la reclamación los diversos informes de los actos de asistencia sanitaria referidos en la relación de hechos antecedente.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos:

1. A.S.B.P., padre y esposo, respectivamente, de los reclamantes, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica y Ca de laringe, tras la realización de un ecocardiograma el 2 de marzo de 2010, fue diagnosticado de válvula aórtica desestructurada y calcificada y estenosis aórtica severa. En coronariografía realizada el siguiente 9 de junio, se observó una lesión moderada en porción media de la descendente anterior, lesión significativa en circunfleja distal con vaso distal de escaso desarrollo y calibre, coronaria derecha vaso dominante difusamente enfermo con lesiones moderadas en segmento medio y límite en el segmento distal con vaso distal de tamaño límite.

2. Para el tratamiento de la dolencia, con fecha 7 de julio de 2010 se le sometió a intervención quirúrgica para la sustitución valvular aórtica en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital General Gregorio Marañón, implantándosele prótesis biológica mitroflow nº 21 y BIAC

profiláctico. Tras la intervención quirúrgica, permaneció hasta el 11 de julio en la Unidad de Cuidados Postoperatorios de Cirugía Cardíaca y, posteriormente, en planta de Cirugía Cardiovascular hasta el 24 de julio de 2010, en que recibió el alta hospitalaria, dada su satisfactoria evolución y adecuado proceso de cicatrización.

3. El 5 de agosto de 2010 acudió a revisión a la consulta de Cardiología, refiriendo astenia, náuseas y ligera molestia en el precordio. Tras exploración física, se solicitaron pruebas complementarias (analítica, ECG y Holter). Acudió nuevamente a la consulta de Cardiología el 18 de agosto de 2010 para valoración de los resultados, fijándosele como tratamiento tranorex, control de la anemia por su médico atención primaria y nueva revisión en 6 meses.

4. El 30 de agosto acude de nuevo al Servicio de Urgencias del mismo hospital, por astenia, anorexia, mareos y pérdida de peso no especificada. Tras la exploración física y pruebas complementarias (ecocardiograma transtorácico), se le ajustó el tratamiento y se le dio el alta hospitalaria.

5. El paciente acude de nuevo al Servicio de Urgencias el 1 de septiembre de 2010, refiriendo fiebre y malestar general. Tras la exploración física y valoración de los resultados de las pruebas complementarias practicadas anteriormente, se decidió su ingreso para estudio. Al día siguiente se le realizó ecocardiograma transtorácico y ecocardiograma transesofágico, evidenciando endocarditis aórtica sobre válvula protésica, insuficiencia aórtica severa e insuficiencia mitral moderada. Se le intervino el 3 de septiembre de 2010 por endocarditis protésica precoz, efectuándose recambio de la prótesis biológica de válvula aórtica e implantándose prótesis mitroflow biológica.

6. El 10 de septiembre, se le efectuó un ecocardiograma transtorácico y, cuatro días después, un ecocardiograma transesofágico. Al presentar

situación clínica y hemodinámica estable, se le dio el alta hospitalaria el día 27, con indicación de hospitalización a domicilio. Durante el tiempo en que estuvo ingresado, el paciente fue valorado y controlado por el Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas, y recibió tratamiento antibiótico.

7. El 29 de septiembre, el paciente acude nuevamente al Servicio de Urgencias, observándose mediante Rx condensación neumónica. Ingresó en la Unidad de Alta Dependencia y, al día siguiente, en la UCI por aumento de la disnea. El 1 de octubre se le realizó ecocardiograma transesofágico y, consultados los resultados con el Servicio de Cirugía Cardiovascular, se acordó realizar un nuevo recambio valvular. Esta última intervención quirúrgica tuvo lugar el 5 de octubre, realizándose en ella el recambio de la prótesis por homoinjerto en la válvula aórtica. Durante la intervención, el paciente presentó paradas cardíacas; tras una primera reanimación avanzada, no superó la producida a las 17:15 horas, que provocó su fallecimiento.

TERCERO.- A causa de la referida reclamación se ha instruido procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP), y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPRP).

A tenor de lo previsto en el artículo 10.1 RPRP, se ha requerido informe del Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, que, con fecha 15 de noviembre de 2010, expone, entre otros extremos, lo siguiente:

“1.- Se trata de un paciente de 67 años de edad que después de una intervención quirúrgica valvular aórtica sufre una complicación encuadrada en el grupo de las endocarditis precoces valvulares protésicas que le lleva al fallecimiento.

[...]

4.- Desgraciadamente el fallecimiento del paciente sobrevino por las complicaciones de la propia patología: cirugía de sustitución valvular que presentó una endocarditis protésica precoz con deterioro del estado del enfermo. Las complicaciones son para la Medicina y Cirugía aquellos fenómenos o procesos morbosos que se producen durante el curso de una enfermedad pero que no son parte de la patología de base. De ahí que toda complicación constituya un suceso pernicioso que requiere un tratamiento adicional al instaurado en un principio. En este caso, la endocarditis protésica precoz sucede entre el 0.5-2% de los pacientes sometidos a recambio valvular con independencia de la situación clínica previa del paciente y del estado del mismo.

5.- El hecho de poder prever una complicación de esta magnitud y haber puesto los recursos para prevenirla profilaxis antibiótica, esterilidad quirúrgica... no significa que no sobrevenga. En el caso del paciente A.S.B.P. su complicación fue la materialización de un riesgo permitido, o al menos permisible, y además inherente a los cuidados dispensados debida y adecuadamente, no pudiendo reputar mala práctica al tratamiento correcto (reintervenciones quirúrgicas, antibioticoterapia) acaecido sobre una complicación conocida en las que se han puesto los medios y servicios disponibles en tiempo y forma para esta enfermedad.

Lamentamos de forma extraordinaria el fallecimiento del paciente en el que estudiamos su clínica, pusimos los medios terapéuticos que precisaba y todo nuestro interés. Desgraciadamente la Medicina no es una ciencia exacta y el resultado de la cirugía no alcanzó las cotas deseadas”.

Constan también informes de la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad y del Coordinador de la Sección de Anestesia y Cuidados Postoperatorios de Cirugía Cardíaca del mismo hospital, referidos a las medidas de asepsia y profilaxis seguidas en la intervención quirúrgica y tratamiento del paciente.

Del mismo modo, se ha recabado informe de la Inspección Médica, que, con fecha 5 de diciembre de 2011, en sus conclusiones indica que *“la asistencia que se le prestó a (...el paciente) en el Hospital Gregorio Marañón, fue adecuada./ Según la documentación revisada y analizada se le aplicaron los medios diagnósticos y asistenciales, así como los tratamientos necesarios e indicados a la clínica que presentaba el paciente y a su estado”.*

En virtud de acuerdo de la Jefa del Servicio de Responsabilidad Patrimonial del Servicio Madrileño de Salud se confirió el trámite de audiencia a los reclamantes. Fue formalizado mediante escrito de 17 de febrero de 2012, en que solicitaron la apertura de un período extraordinario de prueba para la incorporación al procedimiento de los informes de enfermería del primer ingreso hospitalario, e insistieron en la procedencia de estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Practicada la audiencia, mediante propuesta de resolución de 12 de marzo de 2012, la viceconsejera de Asistencia Sanitaria recomendó al órgano competente para resolver la desestimación de la reclamación administrativa por falta de infracción de la *lex artis* en la asistencia

sanitaria prestada. Asimismo, se pronuncia la propuesta a favor de rechazar la petición de apertura de un período extraordinario de prueba, al deducirse de la historia clínica obrante en el expediente y del informe de la Inspección Médica, elementos de juicio suficientes para la formulación de la propuesta de resolución.

CUARTO.- El consejero de Sanidad, mediante Orden de 22 de marzo de 2012 que ha tenido entrada en el Registro del Consejo Consultivo el día 28, formula consulta a este Consejo Consultivo y corresponde su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VIII, presidida por el Excmo. Sr. D. Andrés de la Oliva Santos, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 16 de mayo de 2012, por ocho votos a favor y un voto en contra.

La solicitud del dictamen fue acompañada de documentación que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora 6/2007, de 21 de diciembre (LRCC), por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 14.1 LRCC.

El dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LRCC.

SEGUNDA.- Debe plantearse si los reclamantes ostentan legitimación activa para formular la reclamación. Esta cuestión, por su importancia en el caso planteado, será tratada en la consideración jurídica cuarta.

Sí se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, titular del centro sanitario a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

Las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 142.5 LRJAP, que se contarán, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o determinación del alcance de las secuelas.

En el caso sujeto a examen, la reclamación de responsabilidad patrimonial debe considerarse formalizada en plazo, ya que, producido el fallecimiento del paciente el 5 de octubre de 2010, el escrito de solicitud indemnizatoria se presentó con relativa inmediatez, el 2 de noviembre siguiente.

TERCERA.- El órgano petionario del dictamen ha seguido en la tramitación del procedimiento administrativo los trámites previstos en las leyes y reglamentos aplicables, en particular en el Título X de la LRJAP, artículos 139 y siguientes, desarrollado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Tales normas resultan de aplicación a la reclamación de daños y perjuicios causados con ocasión de la asistencia sanitaria prestada por las Administraciones Públicas, sus entidades u organismos dependientes, según se deduce, respectivamente, de las disposiciones adicionales duodécima y primera de la ley y del reglamento de reciente cita.

Conviene destacar que, entre los trámites seguidos, tal como ha quedado expuesto en los antecedentes de hecho de este dictamen, se ha recabado informe de los responsables de los servicios en que se prestó atención sanitaria familiar de los reclamantes, tal como exige el artículo 10.1 del RPRP, así como el informe de la Inspección Médica. Del mismo modo, se

ha otorgado el trámite de audiencia, regulado, como garantía esencial del derecho de defensa, en los artículos 84 de la LRJAP y 11 del RPRP.

En cuanto a la solicitud de apertura de un período extraordinario de prueba hecha valer por los reclamantes en el trámite de audiencia, la incorporación al expediente administrativo de los informes de enfermería del primer ingreso médico no se considera relevante por este Consejo Consultivo, ya que el extenso historial médico incorporado al procedimiento da cuenta suficiente de la asistencia sanitaria prestada al paciente.

Por el contrario, se ha sobrepasado el plazo de seis meses que, para la resolución y notificación del procedimiento, estatuye el artículo 13 RPRP en relación con el artículo 42 LRJAP. En todo caso, la superación del plazo previsto no dispensa al órgano administrativo peticionario del dictamen de la obligación de resolver (artículo 43.1 de la LRJAP) ni, en consecuencia, a este Consejo Consultivo de informar la consulta.

CUARTA.- Advertíamos antes del necesario examen separado de la legitimación activa de los reclamantes. Conforme al criterio ya expuesto en el Dictamen 596/11, nuestra posición es contraria a reconocer la legitimación activa de quienes no hayan sido perjudicados directamente por la asistencia sanitaria para solicitar la indemnización de los perjuicios físicos y morales causados al paciente, cuando éste haya fallecido antes de la reclamación. Este Consejo considera que debe distinguirse la reclamación de los perjuicios ocasionados a los familiares del paciente por una defectuosa asistencia médica prestada, reclamación sobre la que no cabe duda de la legitimación activa, de la reclamación que los familiares de un paciente presenten a fin de obtener ellos indemnización por los daños sufridos por el paciente, posteriormente fallecido. En este último supuesto, los reclamantes carecen de legitimación activa, pues, dados los presupuestos de la responsabilidad administrativa patrimonial, existirá un

derecho a la indemnización atribuible a quien padece los daños, pero ese derecho, pese a su contenido patrimonial, debe reputarse de carácter personalísimo y, en consecuencia, no susceptible de transmisión *mortis causa*.

En este sentido se han pronunciado distintas sentencias y, entre otras, la más reciente de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 8ª, del Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de Madrid, de 15 de marzo de 2011, al afirmar la *“falta de legitimación activa de las reclamantes -viuda e hijo del paciente fallecido- para reclamar por las secuelas y daños sufridos por su marido y padre si este no lo hizo ya que la reclamación de indemnización por secuelas es un derecho de carácter personalísimo y, por lo tanto, no es transmisible mortis causa, ni los hijos del fallecido tienen el carácter legal de perjudicados pues no cabe el derecho a una indemnización que no era debida a su padre, en tanto éste, en vida, por el motivo que fuera, no consideró procedente solicitarla”*. En la misma línea, la también reciente Sentencia núm. 283/2011, de 15 de abril (JUR 2011\282357), dictada por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Valencia.

La misma posición contraria a la legitimación de los reclamantes por daños no sufridos por ellos, sino por persona ya fallecida de la que son herederos, sostiene la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, de 16 julio de 2004 (RJ 2004\5538).

En la reclamación que actualmente nos ocupa, los reclamantes solicitan que se reconozca en su favor una indemnización de 79.257,16€ al cónyuge, 8.806,35€ a cada uno de los dos hijos mayores de 25 años y 17.612,70€ a la hija menor de esa edad. Ahora bien, estas cantidades, según refiere expresamente el escrito inicial de reclamación, surgen de los siguientes conceptos: la infección bacteriana nosocomial transmitida al paciente en la primera de las intervenciones quirúrgicas, la falta de profilaxis antibiótica que hubiera minorado razonablemente el anterior

riesgo, el error de diagnóstico al darse el alta tras la primera intervención a pesar de los síntomas planteados, la pérdida de oportunidad al no haberse detectado la mortal enfermedad hasta el 2 de septiembre de 2010 y la pérdida de oportunidad, al no habersele practicado el recambio de la válvula por homo injerto en la segunda intervención. A éste último concepto anudan los reclamantes, sin explicación alguna, un daño moral a ellos mismos.

Como se puede apreciar, aplicando nuestra doctrina en los términos en que han sido resumidos anteriormente, de los diversos conceptos solicitados por los reclamantes, sólo podría, si acaso, reconocerse legitimación activa para la solicitud de resarcimiento de los daños morales producidos a los reclamantes por el fallecimiento. A estos presuntos daños morales nos referiremos posteriormente.

QUINTA.- Expuesto lo anterior, conviene añadir, a mayor abundamiento, que, incluso si se reconociera la legitimación activa de los reclamantes para solicitar la reparación pretendida, su solicitud también debería ser desestimada.

Sobre la base de lo dispuesto en el artículo 106.2 de la Constitución Española y en el Título X de la LRJAP, la Sala Tercera del Tribunal Supremo ha establecido en numerosísimas sentencias (v., por todas, la de 23 de enero de 2012, en el recurso de casación 43/2010), los requisitos exigibles en orden al reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración. Consisten en la generación al perjudicado de un daño o perjuicio efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas; en que el daño o lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterándolo, en

el nexo causal; en la ausencia de fuerza mayor, y en que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño alegado.

Ahora bien, cuando las reclamaciones indemnizatorias deducidas a instancia de los particulares traigan causa de una actuación médica o sanitaria, no basta con la concurrencia de una lesión efectiva, individualizada y evaluable, causada a un particular, que tenga origen en el funcionamiento del servicio público sanitario. En tales casos, más allá del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, se hace necesario acudir al criterio de la *lex artis* como pauta determinante de la existencia de responsabilidad patrimonial, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. De ahí que, si, en términos generales, en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, *“cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto”* (STS de 2 de noviembre de 2011, recurso de casación 6236/2007).

En punto a la prueba del ajuste de la práctica sanitaria a las reglas de la *lex artis*, sabido es, por constante jurisprudencia y doctrina, que al

reclamante incumbe, como regla general ordinaria, la carga de la prueba, a salvo de supuestos excepcionales en que se aplica la denominada inversión de la carga de la prueba, que no vienen al caso.

Los reclamantes no alzan la carga que les incumbe de acreditar que la actuación médica se haya separado de las pautas de actuación exigibles, en función del estado actual de la ciencia y la técnica, a los profesionales médicos. No contamos con ningún elemento probatorio al margen de los informes de la Inspección Médica y de los responsables de los servicios que atendieron al paciente, que no resultan precisamente favorables, sino contrarios, a la pretensión indemnizatoria de los reclamantes.

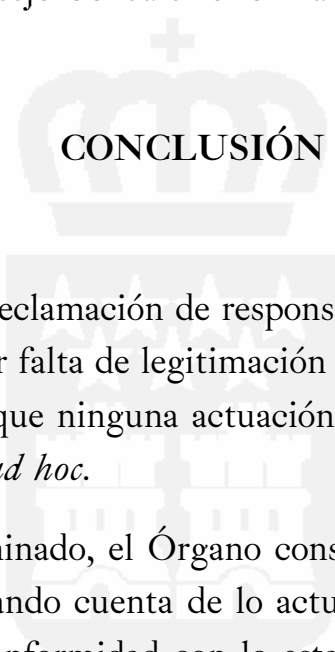
El informe del jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de fecha 15 de noviembre de 2010, advierte que el fallecimiento del paciente fue consecuente a una grave complicación de la primera cirugía, y no a una pretendida mala praxis en la asistencia médica prestada. En particular, incide en que tales complicaciones (cirugía de sustitución valvular que presentó una endocarditis protésica precoz con deterioro del estado del enfermo) se debieron a la propia patología del paciente, que determinó la materialización de un riesgo por otra parte no extraordinario, pues afecta del 0.5 al 2% de los pacientes sometidos a recambio valvular con independencia de su situación clínica previa y de su estado. Secuelas que, además, pueden subvenir aun habiendo aplicado una correcta profilaxis antibiótica y esterilidad quirúrgica para prevenir su aparición.

Del mismo modo, el informe del coordinador de la Sección de Anestesia y Cuidados Postoperatorios de Cirugía Cardíaca del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, ha dado cuenta de la aplicación de medidas de profilaxis antibiótica al paciente, conforme a lo indicado con carácter general por el Comité de Expertos del centro.

En términos equiparables se pronuncia la Inspección Médica, en su informe de 5 de diciembre de 2011, en que aprecia una buena praxis en la asistencia sanitaria dada al paciente.

No puede reconocerse, en consecuencia, que la asistencia sanitaria haya producido un daño antijurídico al paciente, padre y marido de los reclamantes. Éstos no acreditan en modo alguno los daños morales concretamente referidos a una de las actuaciones sanitarias.

Por lo expuesto, el Consejo Consultivo formula la siguiente



CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial objeto del presente dictamen, por falta de legitimación activa de los reclamantes y al no haberse acreditado que ninguna actuación médica sea contraria a las exigencias de la *lex artis ad hoc*.

A la vista de lo dictaminado, el Órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3. 7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo.

Madrid, 16 de mayo de 2012