

Expediente Núm. 265/2006
Dictamen Núm. 266/2006

V O C A L E S :

Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Presidente en funciones
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General Adjunto:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 21 de diciembre de 2006, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 2 de octubre de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don, como consecuencia de lo que califica de defectuosa asistencia sanitaria recibida en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 13 de junio de 2005, don presenta, en el Registro General de la Administración del Principado de Asturias, una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de una infección que afirma haber contraído en el Hospital

Inicia su escrito relatando que el día 2 de agosto de 2003 es trasladado “al Servicio de Urgencias del Hospital al haber sido atropellado cuando circulaba en bicicleta”. Tras las pruebas y el tratamiento de las lesiones, es dado de alta el día 29 de agosto de 2003, con el diagnóstico de luxación de cadera izquierda. El día 5 de septiembre acude de nuevo al Servicio de Urgencias del citado hospital, debido a un fuerte dolor cervical con contractura muscular.

Durante su ingreso en el Servicio de Traumatología, según dice, “comenzó a notar un descenso de su agudeza visual bilateral, hecho que puso oportunamente en conocimiento del equipo médico que le atendía, el cual le manifestó que eso era algo habitual en su estado y que, a medida que transcurriese el tiempo y recobrase (las) fuerzas empezaría a encontrarse mejor de forma generalizada y a recobrar la vista, manifestándole que no se preocupara (...) porque todo ello estaba dentro de la normalidad”. Pese a lo dicho, “comprueba que la pérdida de agudeza visual continúa (...) y que en vez de mejorar empeora progresivamente, con aparición de fopsias y miodesopsias, alcanzando finalmente una pérdida de visión casi total, motivo por el cual el día 6 de noviembre de 2003 acude a su médico de cabecera a fin de solicitarle un volante para ser visto por el oftalmólogo, el cual ante el hallazgo en el examen del fondo de ojo de endoftalmitis por candida le remite inmediatamente al Servicio de E. Infecciosas” del Hospital El día 28 de noviembre ingresa en el Servicio de Medicina Interna del Hospital, donde se le constatan “múltiples flóculos vítreos en polo posterior, saliendo de la papila, retinitis (...), así como lesiones foliculares pápulo-pustulosas en número aproximado de 12, en distintos estadios y en ambos carrillos, mejillas y cuello”. Durante el ingreso se le constató, asimismo, “la existencia de una foliculitis de la barba (...), insuficiencia renal (...), una alteración en la vesícula biliar (...), así como una inflamación del hígado perivesicular. Todo ello da lugar a un cuadro altamente sugestivo de una candidiasis sistémica, con afectación ocular, hepática, biliar, renal y cutánea, pues, a pesar de no haberse logrado aislar

dicho germen en ninguno de los cultivos realizados, no se puede descartar dicha etiología dadas las características microbiológicas de dicho germen”.

Con el tratamiento pautado, continúa diciendo, mejoró la agudeza visual, si bien persistieron las lesiones en el fondo del ojo. El día 11 de diciembre de 2003 se le realiza en el Servicio de Oftalmología una vitrectomía bilateral. Posteriormente hubo de ingresar de nuevo en el Servicio, el día 25 de febrero de 2004, en este caso “por endoftalmitis en (el) ojo derecho, siendo intervenido al día siguiente practicándosele una vitrectomía (...). En el posoperatorio de la intervención “presentó un desprendimiento de retina que precisó de una nueva vitrectomía y cerclaje, para lo cual ingresó el día 17 de marzo de 2004 y fue dado de alta el 19 del mencionado mes, requiriendo posteriormente cirugía de catarata el día 3 de junio de 2004, mediante facoemulsificación e implante de lente intraocular”.

El día 14 de junio de 2004 el reclamante acude a una nueva revisión en el Servicio de Oftalmología en la que se comprueba que “el ojo derecho presenta una visión con corrección de 0.2 y en su ojo izquierdo de 0.3, encontrándose en ambos ojos la retina aplicada./ Finalmente su disminución de agudeza visual asciende en el ojo derecho a 0.8 y (en) el ojo izquierdo a 0.7”.

A la vista de las circunstancias expuestas, concluye el reclamante que “como consecuencia de su ingreso (...) adquirió una infección hospitalaria, pues anteriormente era una persona sana (...), que le originó todas las intervenciones quirúrgicas descritas en los hechos anteriores, así como la pérdida de visión y la necesidad del implante de una lente intraocular en su ojo derecho y la extirpación de la vesícula biliar”. Además, afirma que “como consecuencia de la infección hospitalaria padecida (...), invirtió en la estabilización de sus lesiones un total de 317 días, de los cuales 72 lo fueron con estancia hospitalaria y 245 improductivos para la realización de sus ocupaciones habituales”.

En lo que respecta a la cuantificación del daño, a la vista de todo lo manifestado, reclama la cantidad de treinta y siete mil ciento cincuenta y siete

euros con veinticuatro céntimos (37.157,24 €), afirmando que “los mencionados días de incapacidad temporal y secuelas serán valorados según establece el anexo de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor”.

Por último, en cuanto a la prueba, solicita el reclamante que se tengan por reproducidos los documentos que acompaña a su escrito y que se expida copia certificada de su historia clínica íntegra.

Acompaña su reclamación de copia de la siguiente documentación: informe del Servicio de Traumatología del Hospital, librado el 29 de agosto de 2003, con ocasión del alta por mejoría en el traumatismo provocado por el accidente de circulación; informe del Área de Urgencias del mismo hospital, fechado el 5 de septiembre de 2003, en el que se le diagnostica cervicalgia y se le prescribe tratamiento; informe del Servicio de Medicina Interna, de 10 de diciembre de 2003, en el que se le diagnostica “probable candidiasis sistémica”, junto a otras afecciones; informe del Servicio de Oftalmología, de 12 de diciembre de 2003, relativo a la vitrectomía del ojo izquierdo; informe del Servicio de Oftalmología, fechado el 27 de febrero de 2004, sobre la vitrectomía realizada en el ojo derecho, y tres informes más del Servicio de Oftalmología II, del mes de junio de 2004, relativos a la cirugía de catarata del ojo derecho y a distintas mediciones acerca de la corrección de la visión y pérdida de agudeza visual.

2. Mediante escrito fechado el 21 de junio de 2005, del que no consta fecha de notificación, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica al interesado la recepción de su reclamación y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio.

3. Por escrito de fecha 24 de junio de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Secretaría General del Hospital la

remisión de una copia de la documentación relativa a la reclamación, así como un informe de los Servicios de Infecciosas y de Oftalmología.

4. Con fecha 24 de junio de 2005, la Secretaría General del Hospital remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias una copia de la historia clínica solicitada, junto con una copia de la reclamación y del parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria, datado el 23 de junio de 2005. Entre la documentación correspondiente a la historia clínica figura una copia del consentimiento informado para la cirugía de cataratas y para la cirugía de vitrectomía.

5. Mediante escrito de 22 de julio de 2005, la Secretaría General del Hospital remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias un informe del Servicio de Medicina Interna, fechado el 10 de diciembre de 2003, que se refiere a un cuadro "altamente sugestivo de candidiasis sistémica, con afectación ocular, hepática, biliar, renal (...) y cutánea, no obstante hasta el momento actual no se ha logrado aislar dicho germen en ninguno de los cultivos realizados (sangre, orina, bilis y piel) lo cual no descarta dicha etiología dadas las características microbiológicas de dicho germen".

6. Con fecha 30 de agosto de 2005, la Secretaría General del Hospital remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias dos informes del Servicio de Traumatología que atendió al paciente, fechados los días 3 y 11 de agosto de 2005.

7. Con fecha 28 de septiembre de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto elabora el oportuno Informe Técnico de Evaluación, en el que comienza por resumir la asistencia prestada al reclamante a consecuencia del accidente de tráfico producido y las distintas incidencias acaecidas con posterioridad.

En el apartado “valoración del caso”, expone que “la candida albicans es un hongo presente como comensal en el 50% de la población sana, localizado preferentemente en la piel y el tubo digestivo. Bajo ciertas condiciones (situaciones de inmunodepresión, prematuridad, etc.) pueden proliferar y provocar una candidiasis o infección por candidas, pero no se requiere necesariamente un trastorno de la inmunidad para que una persona sufra una candidiasis. Aparecen las candidiasis como complicaciones frecuentes en pacientes politraumatizados con largos periodos de permanencia en las unidades de cuidados intensivos y con alteraciones de sus barreras inmunológicas por intervenciones, catéteres o tratamientos antibióticos prolongados”.

En el curso del ingreso en Traumatología, sigue diciendo el inspector, “el paciente en ningún momento presentó síntoma alguno que orientara hacia una candidiasis y, pese a lo afirmado por el reclamante en su escrito de reclamación, ni en (...) el curso clínico, ni en las observaciones de enfermería, ni en ningún otro lugar de su historia aparece recogida anotación alguna sobre una supuesta disminución de la agudeza visual”. Por lo que respecta a la afirmación del reclamante de haber contraído una infección nosocomial en el curso del ingreso, manifiesta el informante que “el contagio pudo producirse en el momento y con motivo del accidente o, más probablemente, que se trate de un portador sano de candida albicans en el que determinadas complicaciones, imprevisibles o inevitables, surgidas durante su estancia (...) favorecieron la aparición de una posible y nunca demostrada, bacteriológicamente, candidiasis sistémica con afectación (...). Además, en cuanto se tuvo la mínima sospecha de su existencia se inició el tratamiento específico (...). Los procedimientos quirúrgicos (...) contaron siempre con el conocimiento y beneplácito del reclamante y fueron los adecuados a la patología presentada por éste”. Ya que, según dice “la agudeza visual (...) es la consecuencia lógica y menor de lo esperable, de un proceso tan grave como una endoftalmitis bilateral”.

Concluye el informe señalando que la reclamación de responsabilidad

patrimonial interpuesta debe ser desestimada, ya que “el reclamante no ha podido acreditar que la candidiasis sistémica padecida haya sido contraída en el medio hospitalario” y, “en todo caso, la actuación de los profesionales que atendieron al reclamante (...) fue correcta y ajustada a la `lex artis ad hoc`”.

8. Mediante escrito de fecha 29 de septiembre de 2005, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite una copia del informe técnico de evaluación al Secretario General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente a la correduría de seguros.

9. Con fecha 29 noviembre de 2005, una asesoría privada elabora un dictamen suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna, a instancia, según la propuesta de resolución formulada, de la compañía de seguros del Principado de Asturias. En el mismo, después de exponer los antecedentes del caso de manera similar al informe técnico de evaluación, se exponen las siguientes conclusiones: “1. El enfermo sufrió un politraumatismo grave por accidente de tráfico por el que estuvo ingresado 27 días./ 2. Dos meses después del alta acudió al oftalmólogo por pérdida casi total de visión, encontrando lesiones sugestivas de endoftalmitis micótica./ 3. La endoftalmitis por candida se produce como resultado de una candidiasis sistémica./ 4. La candidiasis sistémica aparece en enfermos inmunodeprimidos o en pacientes con catéteres intravenosos durante largo tiempo o que han recibido tratamiento antibiótico prolongado. Es excepcional en personas previamente sanas, fuera del hospital./ 5. El único factor de riesgo en este paciente era el ingreso por el politraumatismo grave, que era inevitable./ 6. No se puede asegurar que (el) paciente tuviese una candidiasis sistémica ya que no se pudo aislar el hongo en los diferentes cultivos que se hicieron ni en el material de la pieza quirúrgica de colecistectomía./ 7. Aunque el paciente no padeciese una candidiasis sistémica la actuación médica fue correcta ya que debe tratarse como tal ante la fuerte sospecha de su existencia./ 8. La evolución y la actuación médica llevada a

cabo sobre la endoftalmitis es la habitual en casos de endoftalmitis micótica./ 9. La actuación médica en este caso fue correcta y acorde a *lex artis ad hoc*”.

10. Mediante escrito de 16 de diciembre de 2005, notificado el día 23 del mismo mes, se comunica al reclamante la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en el mismo.

El día 23 de diciembre de 2005, quien dice actuar como representante del interesado, aportando al efecto autorización otorgada por éste en su favor para tomar vista del expediente y solicitar las copias que considere pertinentes, se persona en las dependencias de la Administración y obtiene una copia del mismo que, en ese momento, se compone de ciento veintiún (121) folios, según diligencia incorporada al efecto.

11. El día 13 de enero de 2006 el interesado presenta un escrito de alegaciones en el que reproduce los hechos, argumentaciones y petición indemnizatoria recogidos en su escrito inicial.

12. Mediante oficio fechado el 17 de enero de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite “copia de las alegaciones presentadas” a la entidad aseguradora del Principado de Asturias y a la correduría de seguros.

13. Con fecha 19 de enero de 2006, la Secretaría General del Hospital remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias informe del Servicio de Oftalmología II, fechado el 17 de enero de 2006. En el informe, después de exponer sintéticamente los antecedentes del caso, se afirma que “en la última revisión realizada el 28-09-2005 el paciente presentaba una agudeza visual corregida de 0.8 en su ojo derecho y (de) 0.4 en su ojo izquierdo donde existía una catarata moderada”.

14. Mediante oficio de fecha 31 de enero de 2006, notificado el día 7 de febrero de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias se comunica al reclamante la apertura de un nuevo trámite de audiencia, al haberse incorporado al expediente el informe del Servicio de Oftalmología.

Con la misma fecha, se remite copia del informe a la entidad aseguradora del Principado de Asturias.

15. Con fecha 23 de febrero de 2006, el interesado remite nuevas alegaciones en las que reitera lo ya dicho, a lo que añade que el último informe emitido confirma la realidad de la candidiasis sistémica padecida.

Mediante oficio fechado el 2 de marzo de 2006, se remite a la entidad aseguradora del Principado de Asturias y a la correduría de seguros una copia de estas alegaciones.

16. El día 11 de septiembre de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, por considerar que no se ha probado que la infección fuera contraída en el hospital y que todo el proceso asistencial prestado al paciente fue adecuado y conforme a la "lex artis ad hoc". En efecto, señala que "el reclamante no aporta prueba alguna que permita sostener que la candidiasis fuera contraída durante su ingreso en el hospital, siendo, el desarrollo de la misma derivada del accidente sufrido por el paciente y, en todo caso, por la situación de inmunodepresión secundaria a su estado durante el ingreso. En este punto coinciden los informes aportados al expediente (...). Se desprende, en contra de lo apuntado por el reclamante, que resulta más asequible situar el origen de la infección en el traumatismo o en el propio paciente, siendo éste el portador, y que el patógeno, favorecido por el estado convaleciente del reclamante, se desarrollara./ En este punto se hace necesario tener en cuenta

los factores de riesgo que acompañaron el ingreso del paciente, tales como politraumatismo grave, la intervención quirúrgica, la retención urinaria que requirió sondaje vesical y el tratamiento antibiótico. (...) en este contexto resulta previsible, aunque no por ello evitable, el desarrollo de patógenos denominados `oportunistas´ que se sirven del estado inmunodeprimido de enfermos sometidos a complejos procesos asistenciales”.

Añade la propuesta de resolución que “aunque no hubiera podido objetivizarse la ausencia de relación causal (...), la actuación de los profesionales (...) fue correcta en todo momento y ajustada a la `lex artis´, criterio éste que ratifica la ausencia de responsabilidad por parte del” Hospital

17. En este estado de tramitación, mediante escrito de 2 de octubre de 2006, registrado de entrada el día 4 de octubre de 2006, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo según 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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

Se aprecia que la vista del expediente es realizada por una letrada sin que conste acreditada su representación en los términos establecidos en el artículo 32.3 de la LRJPAC, pues sólo aporta un escrito privado del reclamante otorgándole su representación para este acto. Ciertamente, conforme a este precepto y con carácter general, al tratarse de un acto de mero trámite cabe presumir la representación por mera autorización en documento privado, sin mediar declaración en comparecencia personal del interesado. Sin embargo, al contener el expediente una documentación especialmente íntima, como es la historia clínica del reclamante, la Administración no debió dar a la letrada vista del expediente sin antes verificar la representación que decía ostentar, pues así lo exige la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, cuyo artículo 18, en su apartado 2, dispone que “El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada”.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado, en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula dicha reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de

manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el caso ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 13 de junio de 2005, habiendo tenido lugar la definitiva determinación del alcance de las secuelas el día 14 de junio de 2004, momento en el que se emite informe por el Servicio de Oftalmología acerca de la corrección de la visión del reclamante después de la operación de cataratas a que fue sometido el día 3 del mismo mes, por lo que es claro que lo fue dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar al interesado, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, la fecha en que su solicitud ha sido recibida por el órgano competente, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que, si bien se notifica al reclamante por el

Servicio instructor la incoación del procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado, al haberse precisado estos extremos mediante una mera referencia a la normativa rectora del mismo.

Por lo que se refiere a la incorporación de los informes de los servicios “cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable”, tal y como específicamente exige el artículo 10.1 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, si bien han sido aportados informes de los Servicios de Medicina Interna, Traumatología y Oftalmología del Hospital, sólo los de los dos últimos servicios citados son posteriores a la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, pues el del Servicio de Medicina Interna, datado el 10 de diciembre de 2003, ya obraba en la historia clínica y, obviamente, era anterior a la reclamación presentada.

Con respecto a este último informe, hemos de decir que este Consejo, como ya ha señalado en dictámenes precedentes (Núm. 44/2006 y 131/2006, entre otros), no considera jurídicamente correcto el criterio, que parece mantener el órgano instructor, de que el trámite de emisión de informe del servicio o servicios implicados en la reclamación queda cumplido con la incorporación de los informes evacuados por ellos durante el proceso sanitario asistencial y, por tanto, con anterioridad al inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial. El artículo 10.1 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial demanda la elaboración de un informe posterior a la presentación de la reclamación, que no puede suplirse por la información que sobre el proceso asistencial consta en el historial clínico respectivo, ya que ello impide conocer la versión que el servicio implicado pueda tener sobre datos y consideraciones que consten en la reclamación planteada. En el presente caso, uno de los informes remitidos por la Secretaría General del Hospital no es el que aquel Reglamento requiere y el propio Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita. Por el contrario, es copia del que obra en el historial médico del reclamante. No obstante, en el caso examinado, a la vista del conjunto de la

documentación contenida en el expediente, incluidos los informes referidos, este Consejo, en aplicación de los principios de eficacia y economía procesal, no considera precisa la subsanación del defecto expuesto, pues la emisión de un nuevo informe del servicio afectado no supondría variación en el sentido del presente dictamen.

Por último, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Recibida la reclamación en el Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 16 de junio de 2005, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 4 de octubre de 2006, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC, ya citada, establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la

Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Funda el reclamante su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, a la que imputa una deficiente praxis médica durante la atención que le fue dispensada en el Hospital con motivo de un politraumatismo. Afirma que como consecuencia de su ingreso en el centro hospitalario adquirió una candidiasis sistémica que atribuye directamente a la atención recibida, y de la que se derivó que le fuesen practicadas diversas intervenciones quirúrgicas, la necesidad de realizar el implante de una lente intraocular en su ojo derecho y la extirpación de la vesícula biliar; resultando como secuela de todo el proceso padecido una

disminución de agudeza visual, que en el ojo derecho asciende a 0.8 y en el ojo izquierdo a 0.7.

A la vista de la documentación que acompaña al escrito inicial del reclamante, así como de la que ha sido incorporada posteriormente durante la tramitación del procedimiento, hemos de entender acreditado el hecho dañoso por el que se reclama, lo que implica analizar si su producción guarda una relación causal jurídicamente relevante con el funcionamiento del servicio sanitario público. Pues bien, el examen de la reclamación presentada y de los informes incorporados al expediente pone de manifiesto la existencia de una discrepancia relevante en relación con los hechos, ya que el reclamante sostiene que la infección que desencadenó el deterioro ocular fue contraída en el hospital, mientras los informes médicos apuntan en otra dirección.

Las pruebas indiciarias obrantes en el expediente avalan la presencia de un cuadro altamente sugestivo de candidiasis sistémica, pese al hecho de no se logró aislar dicho germen en ninguno de los cultivos realizados. Por ello, hemos de considerar probada la presencia de la candidiasis, pues no ha de pesar sobre el reclamante la prueba de un extremo que ni los mismos especialistas pueden acreditar, máxime cuando a lo largo del procedimiento los distintos facultativos intervinientes dan como cierta la presencia de candidas y cuando la mejoría del paciente se produce con el inicio del tratamiento anti-fúngico. No obstante, hemos de decir que, pese a que incumbe al reclamante la carga de la prueba de los hechos que fundamentan su pretensión, en el presente caso éste no aporta prueba alguna, siquiera indiciaria, del nexo causal que ligue el origen o el desarrollo de la infección a la atención hospitalaria dispensada.

En efecto, frente a lo manifestado por el reclamante, la documentación obrante en el expediente parece apuntar a que la infección por él padecida trae causa de gérmenes procedentes de su propia flora, por lo que no resultaría imputable a la Administración. Tanto el informe técnico de evaluación como el de la asesoría privada señalan que el hongo causante de la infección está presente en gran parte de la población sana y que, en situaciones de

inmunodepresión, puede proliferar y provocar una candidiasis. Consideran los informes que lo más probable es que la infección tenga su origen en el traumatismo o en el propio paciente, siendo éste portador, y que el desarrollo de la misma derive de la situación de inmunodepresión secundaria al estado del paciente durante el ingreso por traumatismo. En este sentido, el informe técnico de evaluación apunta que “el contagio pudo producirse en el momento y con motivo del accidente o, más probablemente, que se trate de un portador sano de *Candida albicans* en el que determinadas complicaciones, imprevisibles o inevitables, surgidas durante su estancia (...) favorecieron la aparición de una posible y nunca demostrada, bacteriológicamente, candidiasis sistémica con afectación”. En tal contexto, resulta previsible, aunque no por ello evitable, el desarrollo de patógenos denominados “oportunistas”, que se sirven del estado inmunodeprimido de los enfermos. A todo esto, hemos de añadir la demora producida entre el tratamiento del prolitraumatismo padecido y el recurso por el reclamante a su médico de cabecera con problemas de visión (el alta en el Servicio de Traumatología se produce el 29 de agosto de 2003 y acude al médico de cabecera el 6 de noviembre del mismo año).

Por otro lado, aun cuando llegara a probarse la relación causal con la asistencia médica prestada, debemos tener presente que la doctrina y la jurisprudencia restringen la responsabilidad de la Administración a los supuestos en que no se hubieren adoptado las medidas preventivas exigibles conforme a la *lex artis*. Ésta no impone a la Administración sanitaria una obligación de agotar hasta el extremo todas las posibilidades de asepsis, sino de aplicar los medios posibles y razonables en función del estado de la ciencia en cada momento. Según ha reiterado el Tribunal Supremo, cuando el origen del germen causante de la infección radique en el propio material quirúrgico o en el recinto sanitario, la responsabilidad de la Administración sanitaria no es automática sino que se contrae a los supuestos en que no se hubieran adoptado las medidas preventivas exigibles; esto es las medidas sépticas protocolarias y profilaxis antibiótica (entre otras, Sentencias del Tribunal

Supremo, de 7 de octubre de 2002 y de 13 de julio de 2000, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª).

En el presente caso, hemos de tener en cuenta que el ingreso del reclamante se produce como consecuencia de un politraumatismo y que su sometimiento a tratamiento quirúrgico y antibiótico fue inevitable. Aun así, el informe técnico de evaluación pone de manifiesto que “en el curso de su ingreso en Traumatología (...) el paciente en ningún momento presentó síntoma alguno que orientara hacia una candidiasis y, pese a lo afirmado por el reclamante en su escrito de reclamación, ni en (...) el curso clínico, ni en las observaciones de enfermería, ni en ningún otro lugar de su historia aparece recogida anotación alguna sobre una supuesta disminución de la agudeza visual”. Por otro lado, “en cuanto se tuvo la mínima sospecha de su existencia se inició el tratamiento específico (...). Los procedimientos quirúrgicos (...) contaron siempre con el conocimiento y beneplácito del reclamante y fueron adecuados a la patología presentada por éste./ La agudeza visual (...) es la consecuencia lógica y menor de lo esperable, de un proceso tan grave como una endoftalmitis bilateral”.

Tampoco aparece constancia alguna en el expediente de la afirmación efectuada por el reclamante en su escrito inicial de que ya “durante su ingreso en el Servicio de Traumatología (...) comenzó a notar un descenso de su agudeza visual bilateral, hecho que puso oportunamente en conocimiento del equipo médico que le atendía”, y que se le manifestó que lo sucedido “era algo habitual en su estado y que, a medida que transcurriese el tiempo y recobrase (las) fuerzas empezaría a encontrarse mejor de forma generalizada y a recobrar la vista”, y que no debía preocuparse “porque todo ello estaba dentro de la normalidad”. Nada figura en la historia clínica, ni en los informes ni en las anotaciones obrantes en la misma, con respecto a tal afirmación, aparte del hecho de que nada aporta el interesado en prueba de la misma.

Con base en lo expuesto, concluimos que no queda acreditado que el contagio alegado por el reclamante se hubiera producido dentro del ámbito

hospitalario, no aportando éste elemento probatorio alguno, pese a que sobre él recae la carga de la prueba. Por el contrario, consta la acreditación de la correcta actuación de los profesionales que atendieron al paciente, conforme con la *lex artis*, pues tanto el diagnóstico como el tratamiento se ajustaron a la sintomatología que el paciente presentó en cada momento.

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 don

V.E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL ADJUNTO,

V.º B.º

EL PRESIDENTE EN FUNCIONES,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.