

Expediente Núm. 305/2010  
Dictamen Núm. 273/2011

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

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*  
*Jiménez Blanco, Pilar*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 15 de septiembre de 2011, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 30 de septiembre de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., a consecuencia de las secuelas derivadas de la atención médica prestada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 7 de julio de 2009, el perjudicado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por las secuelas derivadas de la atención médica negligente sufrida en el Hospital .....

Inicia su relato refiriendo que el día 2 de abril de 2008 acude al Servicio de Urgencias del hospital, donde es “diagnosticado de `neuralgia del trigémino´” y se le pauta tratamiento. Debido a “la persistencia y aumento de dolor” acude de nuevo a dicho Servicio, siendo ingresado en el Servicio de

Neurología el día 3 de abril, "por neuralgia del trigémino resistente al tratamiento analgésico". El día 17 de abril aparece "fiebre sin foco aparente y un cuadro de dolor y deterioro de la función renal", y el día 19 ingresa "en UCI tras fallo cardiaco, constatándose (...) la presencia de `hemocultivos de Staphylococcus aureus meticilín resistente´ (MARSA)", estableciéndose un diagnóstico principal de "shock séptico originado por bacteriemia por catéter periférico".

El día 28 de mayo de 2008, el Servicio de Cardiología del Hospital ..... diagnostica "infección del cable del marcapasos por MARSA, siendo intervenido quirúrgicamente para su retirada y dado de alta provisional el día 11 de junio de 2008". El día 24 de junio "se decide nuevamente ingreso hospitalario, al confirmarse en los estudios y pruebas clínicas positivo para el mismo virus (*sic*), lo que motivó una segunda intervención quirúrgica para la extracción de la prótesis de la cadera derecha infectada por `MARSA´. Evidenciándose una vez más la presencia de Staphylococcus aureus meticilin resistente en el líquido articular". Añade que "a resultas de esta intervención permanecí ingresado (...) un mes, siendo dado de alta definitiva el día 25 de julio de 2008".

Considera que "dicha circunstancia, unida a la retirada del marcapasos, viene a agravar notablemente mi estado de salud (...), amén de la pérdida de movilidad que me obligó en un principio a utilizar una silla de ruedas y, aún hoy, tras el largo tratamiento rehabilitador (...), no puedo desplazarme sin la ayuda de bastones de descarga lo que dificulta mi autonomía personal y limita extraordinariamente mis actividades, imposibilitándome el desarrollo de las tareas que habitualmente realizaba con total normalidad y autonomía plena". Además, los facultativos "desaconsejan en la actualidad una intervención quirúrgica para la colocación de una nueva prótesis de cadera (...), debiendo recibir la ayuda constante de familiares", a lo que añade que "como consecuencia de la infección he de seguir un tratamiento médico de por vida tal y como queda reflejado en informe (...) de fecha 25 de julio de 2008" del Servicio de Medicina Interna del Hospital ....., "sin que (...) se pueda afirmar con rotundidad que el germen infeccioso hubiera sido eliminado de mi organismo". Concluye que "la presencia de `Staphylococcus aureus´ en un

catéter aplicado en el Servicio de Neurología” del Hospital ..... “evidencia una falta de prevención y control” que le han ocasionado las lesiones y secuelas físicas y psíquicas.

Solicita una indemnización de ciento treinta mil setecientos setenta y un euros con treinta y seis céntimos (130.771,36 €).

Solicita como medio de prueba: “Declaración de (un testigo), quien acompañaba al perjudicado en los momentos de ingreso y estancia hospitalaria (...). Vista y copia del expediente y traslado de todas las actuaciones que se realicen teniendo al compareciente como interesado y perjudicado en el citado procedimiento con instrucción de todo lo actuado a esta parte”.

Adjunta copia de los siguientes documentos: a) Informes del Servicio de Urgencias del hospital, de fechas 2 y 3 de abril de 2008. b) Informe del Servicio de la UVI, de 2 de mayo de 2008. c) Informe del Servicio de Cardiología, de 11 de junio de 2008. e) Informe del Servicio de Medicina Interna, de 25 de julio de 2008. f) Informe médico pericial, emitido el día 5 de diciembre de 2008.

**2.** El día 30 de julio de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** El día 6 de agosto de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al reclamante la denegación de prueba consistente en la declaración del testigo propuesto, por ser “manifiestamente improcedente e innecesaria toda vez que puede realizarse la misma prueba en forma documental”.

**4.** Con fecha 29 de julio de 2009, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita al Director Gerente del Hospital ..... le remita copia de la historia clínica del perjudicado, así como informes de los Servicios de Neurocirugía y Medicina Preventiva.

5. Con fecha 1 de septiembre de 2009, el Secretario General del Hospital ..... remite al Servicio instructor copia de la historia clínica del perjudicado.

6. Con fecha 18 de septiembre de 2009, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto reitera al Director Gerente del Hospital ..... la petición de remisión de los referidos informes.

7. Con fecha 28 de septiembre de 2009, el Secretario General del Hospital ..... remite al Servicio instructor copia del informe del Servicio de Neurocirugía.

En él se refiere que el paciente ingresó "el día 3 de abril de 2008, procedente del Servicio de Urgencias, donde había sido valorado por neuralgia del trigémino". El día del ingreso el paciente se quejaba de "dolor facial en hemicara derecha, compatible con neuralgia del V par craneal de ese lado que no cedía con tratamiento medicamentoso y le impedía hablar y comer, con descargas dolorosas prácticamente continuas". Llega a planta "en silla de ruedas (...), tiene mucho dolor y se le coge vía venosa periférica (...) en miembro superior derecho y se le comienza a pasar la analgesia pautada (...). En días sucesivos se comprueba mejoría aumentando la medicación. (...). Se solicitó TC craneal el día 9 (...). El estudio de TC craneal no mostraba alteraciones significativas. El día 16 (...) se encuentra mejor, por lo que se disminuyó el tratamiento analgésico y se pensó darle el alta una vez valorado por Maxilofacial (por molestias en un molar)".

El día 17 de abril se "inicia cuadro febril. Se solicitaron estudios para buscar foco: sedimento urinario y Rx simples de tórax. Al mismo tiempo volvió a aumentar el cuadro doloroso (...). El día 19 inicia un cuadro de inestabilidad hemodinámica y persistencia de fiebre elevada. Ante la evidencia de que se trataba de un shock séptico de origen no determinado, se avisó a UVI que traslada al paciente a esa unidad./ En los hemocultivos (...) crecía *Staphylococcus aureus* meticilín resistente. Fue valorado por Infecciosas que pautó tratamiento con vancomicina, gentamicina y rifampicina".

**8.** Con fecha 30 de septiembre de 2009, el Secretario General del Hospital ..... remite al Servicio instructor copia del informe del Servicio de Medicina Preventiva.

En él, de fecha 28 de septiembre de 2009, se expone que el paciente fue diagnosticado de "sepsis por *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (MARSA) al presentar clínica compatible y hemocultivo positivo de fecha 21 de abril de 2008./ Como antecedente probable de vía de entrada se encuentra la retirada de una vía por flebitis previa a la aparición por (*sic*) la sepsis pero no es posible demostrarlo al no existir cultivo de la punta del catéter (...). Se desconoce también el estado del portador previo del MARSA del paciente, factor predisponente ya que según la bibliografía disponible entre el 30 y el 60% de los pacientes colonizados se infectan durante el ingreso (...). El paciente fue tratado de acuerdo a la evidencia científica con vancomicina y se procedió a la descolonización con mupirocina nasal y cutánea (...), se tomaron las medidas de aislamiento oportunas con una duración de 12 días tal y como figura en las recomendaciones del Servicio de Medicina Preventiva".

Precisa el informe que en lo que concierne a "infecciones por MARSA en nuestro centro hospitalario no existe constancia de una mayor incidencia de infecciones durante la estancia del paciente ni en la planta ni de forma global en el centro sanitario según consta en el Registro de Aislamientos de pacientes del Servicio de Medicina Preventiva y tomando como referencia el corte de prevalencia de EPINE de 2008 que coincide en la fecha de recogida con los ingresos del paciente (Bacteriemia en pacientes sometidos a cirugía electiva 1,9%, siendo similar a otros hospitales de iguales características)".

**9.** Con fecha 22 de octubre de 2009, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Tras describir los hechos, procede a su valoración indicando que "se trata de un paciente de 79 años que ingresa en el (Hospital .....) para ser tratado por Neurocirugía de una neuralgia del trigémino, mediante medicación por catéter. A los quince días del ingreso desarrolló un cuadro de inestabilidad hemodinámica y persistencia de fiebre elevada y ante la evidencia de que se

trataba de un shock séptico ingresó en UCI. Desde el punto de vista infeccioso se constató la presencia de hemocultivos de *Staphylococcus aureus* meticilín resistente, por lo que el tratamiento antibiótico empírico inicial de Tazocel y Tobramicina se cambió a Vancomicina el 21 de abril de 2008. Como diagnóstico principal se estableció shock séptico originado por bacterinemia por catéter y fallo cardíaco asociado (...). Posteriormente fue valorado por Traumatología por dolor en cadera derecha que portaba desde 1990. También se estableció un diagnóstico de endocarditis por infección de cable de marcapasos por MARSAs teniendo que procederse a la retirada del cable del marcapasos con fecha 28 de mayo (...). Estudios posteriores resultaron compatibles con aflojamiento séptico de cadera y tras la valoración por Traumatología es trasladado a su Servicio, siendo intervenido el 9 de julio de 2008. En el acto quirúrgico se confirma artritis séptica con líquido articular purulento, que posteriormente fue positivo para MARSAs, se extrae el vástago (...), también se extrae el cotilo protésico que está suelto y se realiza legrado del mismo (...). Como diagnósticos principales se señalan infección de prótesis de cadera derecha por MARSAs con extracción del material quirúrgico y toma de cultivos, absceso de psoas por MARSAs (...), endocarditis del marcapasos por MARSAs ya resuelto tras extracción del cable, neuralgia del trigémino estable con tratamiento, síndrome coronario agudo antiguo ya resuelto y déficit de B12".

Concluye que el perjudicado "fue diagnosticado de sepsis por *Staphylococcus aureus* resistente (MARSAs), al presentar clínica compatible y hemocultivo positivo de fecha 21 de abril de 2008. Como antecedente probable de vía de entrada se encuentra la retirada de una vía por flebitis previa a la aparición por la sepsis pero no es posible demostrarlo al no existir cultivo de la punta del catéter por tratarse de una vía periférica. En cuanto a la incidencia de infecciones por MARSAs en el (Hospital .....) no existe constancia de una mayor incidencia de infecciones durante la estancia del paciente ni en la planta ni de forma global en el centro sanitario, según consta en el Registro de Aislamientos de pacientes del Servicio de Medicina Preventiva".

**10.** Mediante escritos de 9 de noviembre de 2009, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

**11.** Con fecha 12 de febrero de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cinco especialistas en Medicina Interna, que formulan las siguientes conclusiones: “El paciente sufrió una sepsis por *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (MARSA) con aparición de shock séptico e infección de cable de marcapasos y de prótesis de cadera derecha que tuvieron que ser extraídos (...). El origen de la infección es desconocido, pero el más probable es una diseminación desde las fosas nasales del propio enfermo, ya que este es el lugar donde más frecuentemente existe el germen. No se puede asegurar que el origen fuese una infección de catéter venoso, como se indica en el informe de alta de la UCI porque no se cultivó el catéter (...). El cuadro que presentó el paciente es de una extremada gravedad con una mortalidad superior al 50% (...). La prevalencia de infección por MARSA ha aumentado en los enfermos hospitalizados en España a pesar de que cada vez se toman más medidas encaminadas a evitarla (...). Por ello se puede asegurar que la infección por MARSA en enfermos hospitalizados es un riesgo que no se puede eliminar aunque se tomen todas las medidas conocidas para evitar su aparición (...). Creemos que la actuación seguida con este paciente ha sido correcta y acorde a *lex artis ad hoc*”.

**12.** Mediante escrito de fecha 23 de febrero de 2010 se comunica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el procedimiento. El día 12 de marzo, el reclamante se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo compuesto por ciento cuatro (104) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

**13.** Mediante comparecencia personal en fecha 12 de marzo de 2010, el reclamante otorga la representación a una letrada.

**14.** Con fecha 29 de marzo de 2010, su representante presenta un escrito de alegaciones en el que se reafirma en los términos del escrito inicial. En idéntica fecha presenta otro escrito en el que solicita “prorroga del plazo conferido para formular alegaciones (...) a fin de completar las (...) efectuadas a la vista del informe médico de parte, pendiente aún de conclusión”. Mediante escrito de fecha 29 de marzo de 2010, se notifica al reclamante la concesión de “un periodo de ampliación de ocho días”.

**15.** Con fecha 15 de abril de 2010, el representante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un nuevo escrito de alegaciones en el que afirma que “resulta decisivo” el que no haya “constancia de que el paciente presentara la infección antes de su ingreso hospitalario” y que “el propio servicio público reconoce que la vía de transmisión más frecuente del germen no es otra que la de instrumentos contaminados”, concluyendo que “no se adoptaron (...) las medidas profilácticas tendentes a evitar que contrajera una infección de tal magnitud” y que “con independencia de la causa o vía de entrada de la infección (...), el daño se produjo en el hospital”. Añade que, además, “resulta evidente la negligencia profesional a la hora de adoptar las decisiones terapéuticas tendentes a que remitiera la infección definitivamente”, y que tales decisiones “no fueron adoptadas en el momento oportuno provocando innumerables perjuicios y secuelas al paciente”, pues “no tiene sentido y no es correcto que un paciente que ha sufrido un shock séptico por MARSA”, se le envíe “a casa con la cadera infectada. Lo razonable hubiera sido retirar de inmediato todos los elementos donde se pueda haber escondido el MARSA, entre otros la cadera, y solo después darle el alta”, y sostiene que “la prueba (...) es que reingresa a los pocos días para retirar la prótesis”.

Solicita que “remita oficio” al Hospital ..... para que se certifique “el número de ocasiones que el paciente (...) acudió al Servicio de Urgencias entre los días 2 de abril y 25 de julio de 2008, ambos inclusive./ Igualmente certifique claramente el número de ingresos indicando la fecha de los mismos en los



distintos departamentos del hospital entre los días 2 de abril y 25 de julio de 2008, ambos inclusive”.

**16.** Mediante escrito de fecha 21 de abril de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios solicita al Director Gerente del Hospital ..... le remita certificado de los datos requeridos en el escrito de alegaciones. Con fecha 30 de abril, el Coordinador de Urgencias del hospital remite al Servicio instructor una relación de las asistencias prestadas al reclamante en el Servicio de Urgencias y los ingresos hospitalarios.

**17.** Mediante escrito de fecha 18 de mayo de 2010, se comunica al reclamante la apertura de un nuevo trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjuntan los nuevos documentos incorporados al procedimiento. Con fecha 16 de junio de 2010, su representante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que manifiesta que el Hospital ..... no ha dado “cumplida respuesta” a la solicitud de emisión del certificado requerido, pues si bien el Servicio de Urgencias indica “las fechas de asistencia a urgencias, no ha sido incorporado al expediente certificado alguno emitido por los departamentos correspondientes del citado hospital acerca del número de ingresos indicando la fecha de los mismos en los distintos departamentos del hospital entre los días 2 de abril y 25 de julio de 2008, ambos inclusive”, lo que “nos impide formular alegaciones complementarias, obligándonos a dar por reproducidas las incorporadas al expediente (...), al carecer de datos que devienen imprescindibles a los fines de ampliar aquellas alegaciones efectuadas en derecho del perjudicado así como para la aportación de nuevos documentos y justificaciones que pudiéramos considerar oportunos en defensa del perjudicado, generando por tanto indefensión a la parte”. Solicita que se “se certifique claramente el número de ingresos indicando la fecha de los mismos (fecha de ingreso-fecha alta) en los distintos departamentos del hospital entre los días 2 de abril y 25 de junio de 2008, ambos inclusive”.

**18.** Mediante escrito de fecha 30 de junio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios reitera al Director Gerente del Hospital ..... su solicitud de emisión de certificado de los datos requeridos.

**19.** Con fecha 12 de julio de 2010, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital ..... remite al Servicio instructor un certificado en el que se hace constar que “solo ha habido un ingreso con diferentes traslados a distintos servicios de este hospital./ El paciente ingresa el día 3 de abril de 2008 a cargo del Servicio de Cardiología./ El 19-4-2008 es trasladado al Servicio de Cuidados Intensivos, siendo alta en ese Servicio el día 29-4-2008 (...). El 24-6-2008 el Servicio de Cardiología lo traslada al Servicio de Medicina Interna, siendo dado de alta por mejoría el 25-7-2008”.

**20.** Mediante escrito de fecha 16 de julio de 2010, se comunica al reclamante la apertura de un nuevo trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjuntan los nuevos documentos incorporados al procedimiento.

**21.** Con fecha 7 de septiembre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “la infección por MARSa en enfermos hospitalizados es un riesgo que no se puede eliminar aunque se tomen todas las medidas conocidas para evitar su aparición”.

**22.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 30 de septiembre de 2010, registrado de entrada el día 5 de octubre, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ...., de la Consejería de Salud 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 de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 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.

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

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 7 de julio de 2009, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -alta hospitalaria- el día 25 de julio de 2008, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de 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 incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

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

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios

públicos". Y, en su apartado 2, que "En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que "Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos".

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

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

**SEXTA.-** El interesado solicita una indemnización por los daños y perjuicios derivados de un complejo proceso patológico desencadenado a consecuencia de una infección nosocomial por *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (MARSA).

Consta en la historia clínica que el interesado ingresó en un centro hospitalario de la red pública del Principado de Asturias, para recibir tratamiento

por “neuralgia del trigémino”. Durante el ingreso sufre un “shock séptico” a consecuencia de una bacteria denominada MARSA, que le produce graves complicaciones (fundamentalmente una Endocarditis del marcapasos y un síndrome coronario agudo) y que obliga a la retirada del marcapasos y de la prótesis de cadera derecha que portaba, que resultó colonizada por dicha microorganismo.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la interesada es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del

enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

El interesado considera que la infección se produjo por la presencia del patógeno “en un catéter aplicado en el Servicio de Neurología”, lo que evidencia una falta de prevención y control para evitar la infección hospitalaria y sus consecuencias”. En su apoyo aporta, entre otros, un informe de alta del Servicio de UVI, de fecha 29 de abril de 2008, que literalmente indica: “shock séptico originado por bacteriemia por catéter”.

Con carácter preliminar debemos advertir que, a pesar de que pesa sobre quien reclama la carga de la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega y, en particular, la de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama, el interesado se limita a la aportación de ciertos informes integrantes de la historia clínica, como si el mero enunciado del diagnóstico y sus complicaciones posteriores, probara la realidad de la infracción de la *lex artis ad hoc* que imputa a la Administración. En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio acerca del respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada sobre la base en los informes médicos incorporados al expediente, los cuales no han sido refutados por el interesado mediante la aportación de dictámenes o pericias médicas contradictorias.

A la vista de los informes médicos que obran en el expediente, considera este Consejo Consultivo que no resulta acreditada infracción alguna de la *lex artis* en el supuesto analizado. En primer lugar, pese a que uno de los servicios sanitarios conjetura que la infección pudo producirse con ocasión de la retirada de un catéter para el tratamiento de una flebitis, lo cierto es que la UVI nunca pudo analizar el instrumental utilizado por el Servicio de Neurocirugía, dado que se trata de una vía periférica para la que se utiliza material estéril de un único uso, y por ello desechable, no se procede al cultivo de la aguja y, una vez retirada, tan solo resulta exigible su destrucción. Lo cierto es que no existe constancia de cuál haya podido ser la vía de infección, por lo que la afirmación de la UVI carece de basamento científico. A ello ha de añadirse que otros

informes médicos igualmente incorporados al expediente señalan la imposibilidad de conocer con precisión las circunstancias concretas de la infección, que en ocasiones el paciente puede ser portador previo de la bacteria, y en tales casos, “entre el 30 y el 60% de los pacientes colonizados se infectan durante el ingreso”, y que “no existe constancia de una mayor incidencia de infecciones durante la estancia del paciente ni en la planta ni de forma global en el centro sanitario” (informe del Servicio de Medicina Preventiva). Finalmente, el elaborado a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, señala que “la prevalencia de infección por MARSa ha aumentado en los enfermos hospitalizados en España a pesar de que cada vez se toman más medidas encaminadas a evitarla”, por lo que afirma que tal infección resulta ser “un riesgo que no se puede eliminar aunque se tomen todas las medidas conocidas para evitar su aparición”. Todos los informes emitidos en el curso del procedimiento juzgan, además, correcta la atención sanitaria orientada al diagnóstico y al tratamiento del cuadro infeccioso y sus complicaciones subsiguientes, constando en la historia clínica de modo detallado el seguimiento de todo el proceso asistencial.

En resumen, considera este Consejo Consultivo que una interpretación lógica de los hechos acreditados no permite presumir una mala praxis médica, ni mucho menos considerar probada una contaminación del instrumental “aplicado en el Servicio de Neurología”, como se afirma en la reclamación.

Según reiterada doctrina que venimos sosteniendo, acorde con los pronunciamientos del Tribunal Supremo, ha de producirse una infracción de la *lex artis ad hoc* para generar la obligación de indemnización por parte de la Administración sanitaria de los daños causados, no resultando suficiente la acreditación de un daño, “ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o salud del paciente” -Sentencia del Tribunal Supremo de 17 de mayo 2006, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª-.

En este caso, todos los informes técnicos ponen de manifiesto que la Administración sanitaria actuó de forma correcta, constituyendo la infección hospitalaria por MARSa un riesgo inevitable pese a los esfuerzos por su



erradicación, sin que el paciente haya aportado prueba técnica alguna que los cuestione. Una vez materializado el riesgo de infección, esta fue diagnosticada y tratada de forma correcta; por ende, no resulta imputable al servicio público sanitario el daño alegado, al no concurrir relación de causalidad entre este y la asistencia sanitaria prestada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, que debe desestimarse la reclamación presentada por .....

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.