

Expediente Núm. 119/2013
Dictamen Núm. 156/2013

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 25 de julio de 2013, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 28 de mayo de 2013, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 23 de enero de 2012, un letrado, en nombre y representación de la interesada, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de una infección atribuida a un catéter venoso central.

Refiere que “ingresó en el Hospital el día 25 de mayo de 2011 para una cirugía programada de cáncer de colon, realizándose la intervención

quirúrgica el 26 de mayo./ A partir de la finalización de dicha intervención y ante la aparición de diferentes complicaciones, la paciente fue intervenida quirúrgicamente en otras tres ocasiones./ Finalmente, y tras más de dos meses en el hospital (...), es ingresada en el Servicio de UVI, donde se descubre que (...) tiene puesta desde hace más de un mes una vía central yugular, probable foco del empeoramiento de la salud de la paciente”.

Relata, a continuación, el sufrimiento padecido -“varias operaciones (...), el ingreso en (...) la UVI (...), el haber estado casi desahuciada (...), secuelas psicológicas (...) y los daños derivados de haber estado intubada y con ventilación mecánica durante un periodo de tiempo tan largo”-, que se imputa a que la paciente “ha tenido puesta durante más de un mes una vía central sin que le fuese cambiada periódicamente, como es preceptivo”.

Cuantifica el daño ocasionado en ciento dos mil euros (102.000 €), y acompaña a su escrito copia de los siguientes documentos: a) Autorización de representación, conferida por la interesada a favor del letrado que presenta la reclamación. b) Informe de alta, por mejoría, del Servicio UVI, fechado el 22 de agosto de 2011, en el que se reseñan “como probables focos” de la enfermedad actual la sepsis “abdominal, orina y vía central yugular derecha que lleva puesta más de un mes con mal aspecto”, y como impresión diagnóstica “shock séptico por catéter SARM y *E. coli* productora de BLEE”.

2. Con fecha 13 de febrero de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la interesada la fecha de entrada de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, la requiere para que acredite su representación, lo que se cumplimenta mediante comparecencia personal de la interesada.

3. Durante la instrucción, se incorporan al expediente, remitidos por el centro hospitalario que atendió a la paciente, copias de su historial clínico relativo a los episodios objeto de reclamación y de los informes librados por los servicios implicados.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Hoja de "valoración del paciente al ingreso", el 25 de mayo de 2011, para intervención quirúrgica, en la que se refleja que "tiene información del funcionamiento de la Unidad" y "del proceso actual". b) Hojas de consulta médica del Servicio de Nutrición, en las que se constata, el 12 de julio de 2011, que tras la intervención quirúrgica del "1-7-11, reconstrucción de colostomía por infección y mala cicatrización", la paciente solicita una nueva cita. c) Hoja de intervención quirúrgica, hoja anestesia y registro de enfermería en quirófano, fechados todos el 1 de julio de 2011, y, junto a ellos, hojas de consentimiento informado, sin fechar y rubricadas por la paciente, para "resección segmentaria de colon", en la que se especifican como riesgos "poco graves y frecuentes" los de "infección o sangrado de la herida" y "flebitis" y como riesgos "poco frecuentes y graves" los de "dehiscencia de la laparotomía", "fístula de la anastomosis" y "sangrado o infección intraabdominal"; para la "implantación de catéter epidural" y "para anestesia general", junto a otro documento de consentimiento informado, firmado por la paciente el 30 de junio de 2011, "para transfusión", en el que se señala que "todos los componentes sanguíneos se administran a través de una vena o un catéter venoso". d) Hojas de consentimiento informado para transfusión, para anestesia general, para "resección del recto" y para cirugía de urgencias, firmadas por la paciente los días 10 y 25 de mayo y 3 de junio de 2011. e) Hojas de observaciones de enfermería -folios 395 y 404-, en las que aparece anotado, el 18 de junio de 2011, que "se canaliza vía venosa", y el 2 de julio, a las 21 h, que "llega de reanimación con vía central". f) Hoja del Servicio de Medicina Intensiva -folio 223-, en la que se constata que a la paciente, con motivo de su ingreso el 27 de julio de 2011, se le "cambia vía venosa". g) Lista de verificación de la

inserción de vías centrales UCI, fechada el 5 de agosto de 2011 y rubricada por la supervisora, en la que aparece marcada la casilla referida a “consentimiento informado y/o información al paciente” que figura entre los “pasos fundamentales/ antes del procedimiento” y se reseña, como “nivel de urgencia”, “electiva”. h) Informe de alta del Servicio de Cirugía General, de 6 de septiembre de 2011, en el que consta que el “día 01-07-11 se programa nueva intervención quirúrgica para reconstrucción de colostomía y desbridamiento de infección de herida quirúrgica (...). La paciente requiere nueva intervención quirúrgica 08-07-11 (...): se realiza nueva colostomía (...). La importante infección de la herida quirúrgica y el propio abdomen de la paciente dificultan la cicatrización (...), permanece asintomática, pero el 27-07-11, debido a una insuficiencia respiratoria por inestabilidad hemodinámica secundaria a una sepsis por catéter (...), requiere ingreso en la UVI (...). En el momento del alta (...) precisa rehabilitación, ya que no puede deambular por sí sola”. Se le recomienda “dieta y vida progresivamente normal (...). Continuará con tratamientos habituales previos al ingreso”.

En el informe emitido por el Médico Adjunto del Servicio de Medicina Intensiva I, fechado el 22 de febrero de 2012, se manifiesta que “el motivo del ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos fue debido a un shock séptico y fracaso multiorgánico por infección de catéter venoso central (...) por *Staphylococcus aureus* meticilin resistente. El catéter estaba implantado por necesidad de acceso venoso central para tratamiento con nutrición parenteral. Este tratamiento no se puede realizar por línea venosa periférica (...). Quedó a criterio de Cirugía General, valorando el riesgo-beneficio, el mantenimiento de dicho catéter. También sería aconsejable no desdeñar riesgos de implantación de catéter venoso central que además en la paciente aumentan por condiciones anatómicas”.

En el informe librado, el 24 de febrero de 2012, por el Médico Adjunto del Servicio de Cirugía General se relatan las complicaciones quirúrgicas surgidas tras la intervención de “adenocarcinoma de recto medio el día 26 de

junio de 2011”, que “no son excepcionales en (...) este tipo de patologías”. Se detalla que la paciente “sufrió dehiscencia de sutura anastomótica, complicación no infrecuente en este tipo de intervención, y máxime con las peculiaridades anatómicas de la paciente, además de su diabetes y portadora de neoplasia, que provocó peritonitis difusa, de la que fue intervenida con carácter de urgencia el día 3 de julio de 2011 (...) con una gran dificultad y precariedad que llevó a una desinserción e infección de colostomía y herida quirúrgica, por lo que fue de nuevo llevada a quirófano (...) no consiguiéndose el resultado esperado; el día 8 de julio de 2011 fue de nuevo reintervenida mediante laparotomía, practicándosele resección parcial del intestino grueso (...). Estos pacientes graves requieren de un catéter de acceso venoso central para el aporte de las múltiples medicaciones y recibir nutrición parenteral, siendo implantado en quirófano durante la cirugía del día 1 de julio de 2012./ En los días previos al (...) traslado a UVI por sepsis, la paciente había presentado infección del tracto urinario en escáner abdominal, colección importante intra-abdominal, infección grave de pared (...), motivos suficientes para desencadenar el cuadro séptico, al igual que podría ocurrir con la contaminación de la vía venosa central, que no fue confirmada hasta su retirada y cultivos./ El recambio de la vía venosa central debe realizarse si se sospecha que es la responsable de un cuadro séptico, en ausencia de otros posibles focos y teniendo presentes los riegos (...), aumentados en este caso por la configuración anatómica de la paciente”.

El Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública remite un informe, rubricado por la Facultativa Especialista de Área el 2 de abril de 2012, sobre “los aspectos más relevantes de las medidas de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria referidas al caso concreto objeto de reclamación”. En él se observa que en la “Guía para la prevención de infecciones relacionadas con el catéter intravascular” se indica, en relación con estos procedimientos, “no sustituir sistemáticamente catéteres venosos centrales (...) para prevenir las infecciones relacionadas con los catéteres (...).

Usar un diagnóstico clínico para evaluar la pertinencia de quitar el catéter, dependiendo de si la infección se declara en otro sitio o si se sospecha de una fiebre con causa no infecciosa". Se reseña que el "mal aspecto" apreciado en el informe de la UVI "es equiparable a una herida abdominal con dificultades de cierre (...) o una orina con piuria (...), lo cual no concede a priori una mayor etiología a la vía que al resto de probables focos", y se contemplan en el informe "factores de riesgo intrínsecos para infección muy elevados", apreciándose que la paciente "tiene diferentes focos que pueden originar su desestabilización". Concluye que ese "riesgo intrínseco de infección -independientemente de que se hayan tomado todas las medidas oportunas- se considera el doble respecto a los pacientes sin sus factores de riesgo", y estima que "la periodicidad de cambio de la vía central obedece a parámetros clínicos que la hacen pertinente, valorando el riesgo-beneficio de dicho cambio"; que "la actuación respecto a la prevención de la infección es conforme a la buena praxis", y que "existe constancia de que se han tomado las medidas de prevención de la infección: administración de profilaxis quirúrgica y la preparación quirúrgica adecuada a este tipo de intervención, tal como consta en la hoja de registro de enfermería en quirófano de fecha 26 mayo 2011".

4. El día 7 de septiembre de 2012, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras detallarse sus diversas dolencias e intervenciones, se relatan los antecedentes de la paciente -"alergia al yodo, HTA, diabetes mellitus tipo II, obesidad mórbida, hepatitis A en la infancia, síndrome ansioso depresivo (...), esteatosis hepática, estenosis de canal lumbar, carcinoma infiltrante de mama izquierda 2001-2002, histerectomía con doble anexectomía en 1978, eccema liquenificado en extremidad inferior y varices bilaterales"-.

Observa que "el catéter venoso central" al que la reclamante atribuye "la causa del shock séptico padecido (...) fue colocado el día 01-07-2011 y retirado el día 27-07-2011, aislándose en cultivo *Staphylococcus aureus* y *Escherichia*

coli”, habiéndose aislado también este último agente “en cultivos de orina y de sangre” y el primero “en muestras de aspirados traqueobronquiales, de sangre, de colecciones retrogástricas y de exudados faríngeos”.

Afirma que “nos encontramos ante una paciente diabética, con obesidad severa y antecedentes de síndrome ansioso depresivo que, tras ser diagnosticada de neoformación rectal, es intervenida el 26-05-2011, teniendo que ser reintervenida en otras tres ocasiones más como consecuencia de complicaciones surgidas en su evolución clínica y que son posibles en el tipo de cirugía a la que fue sometida, tal y como consta en el documento de consentimiento informado que firmó la perjudicada”.

Concluye que “no ha quedado acreditado que la causa de las complicaciones surgidas durante la evolución clínica (...) sea la contaminación de una vía central que llevaba puesta más de un mes, tal y como se manifiesta en la reclamación (el recambio de este dispositivo nunca superó el periodo de un mes desde su implantación), pues las mismas son posibles en la cirugía a la que fue sometida la paciente, que además presentaba diferentes focos que podían originar sus desestabilización y empeoramiento clínico, como son una herida abdominal que no progresaba adecuadamente, la infección de orina y el (catéter venoso central), además de sus importantes factores de riesgo intrínseco”. Añade que “ha quedado acreditado que la prevención de la infección” en el Hospital “es conforme a la buena praxis, como demuestra la aplicación de profilaxis antibiótica, toma de cultivos y cobertura antibiótica que se realizó durante la estancia hospitalaria de la paciente”.

5. Con fecha 11 de octubre de 2012, la interesada presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias al que adjunta “informes médicos relacionados con la evolución” de sus dolencias y “algún informe de fecha anterior a la interposición de la reclamación”.

6. El día 23 de enero de 2013, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por dos especialistas en Medicina Intensiva. En él señalan que “en los diversos protocolos del mantenimiento de accesos venosos centrales no existe consenso sobre los días que debe estar una vía central colocada, basando estos en la necesidad del catéter, la ausencia de signos de infección y la valoración de los riesgos y beneficios que aporta la retirada y nueva inserción de un catéter”, observándose que la paciente “precisaba un catéter venoso central para (nutrición parenteral), infusión de antibióticos, etc. Según consta en las hojas de enfermería se han realizado las curas pertinentes (...) y no se describe mal estado del catéter en ellas”.

Reseñan que la reclamante presentaba fallo en tres órganos -“respiratorio, renal y hemodinámico”- a su ingreso en la UCI, lo que implica una mortalidad “del 48,5%” y justifica la información proporcionada a la familia.

Concluyen que “el acceso venoso se realizó por personal cualificado y el mantenimiento también (...), no pudiendo hablarse de dejadez u olvido. La adquisición de la infección no es fruto de imprudencia, impericia ni negligencia médicas (...). Se valoran los riesgos y beneficios del mantenimiento del catéter y la necesidad de este en la paciente, lo que ha quedado demostrado (...). Las actuaciones sanitarias han estado todas dentro de la lex artis”.

7. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio notificado a la reclamante el 14 de febrero de 2013, el representante de esta toma vista del expediente y obtiene copia del mismo.

Con fecha 4 de marzo de 2013, presenta un escrito de alegaciones en el que se ratifica en su pretensión inicial. Expone que la paciente consintió la intervención de “reconstrucción de colostomía”, pero “en ningún caso (...) es informada de la necesidad o conveniencia de la inserción de un (catéter venoso central), ni antes, ni durante, ni tampoco después de concluida la intervención”.

El modelo de “consentimiento para catéter venoso central” figura en el compendio de documentos de consentimiento informado del hospital, la

necesidad del mismo se recoge en la literatura médica y su realidad aparece entre los ítems a comprobar por el Servicio de Medicina Intensiva, tal como se observa en la "Lista de verificación de vías centrales" que se encuentra incorporada al expediente. Se reseña también que la paciente "padecía un riesgo de infección que superaba el de la población general", y se cuestiona la necesidad misma de la implantación del catéter.

8. A continuación, mediante providencia del Instructor del procedimiento, se incorporan al expediente copias del "Manual de procedimientos de enfermería" del Hospital, en lo relativo al "mantenimiento del catéter venoso central", y del modelo de "consentimiento informado para canalización de vías centrales", en el que se señala, como riesgo típico, el de "infección (...), sobre todo en los días siguientes (...). Es la complicación más importante por su frecuencia y puede tener consecuencias potencialmente graves e incluso mortales en casos excepcionales", y se añade que "normalmente su médico ya ha valorado todas las posibilidades disponibles y ha llegado a la conclusión de que el uso de una vía central es altamente recomendable y prescindir de ella resultaría temerario, peligroso o simplemente poco recomendable".

El día 26 de abril de 2013 se confiere traslado de esta documentación a la interesada, que presenta, el 10 de mayo de 2013, un escrito de alegaciones en el que subraya que "no debemos confundir el Protocolo de mantenimiento con el Protocolo de inserción" del catéter venoso, que adjunta a su escrito, y en el que consta que debe recabarse el consentimiento informado.

9. Con fecha 15 de mayo de 2013, el Coordinador de Régimen Disciplinario y Responsabilidad Patrimonial elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella admite la necesidad del consentimiento informado para la canalización de vías centrales y deja constancia de que en el presente caso "no se ha localizado documento de consentimiento informado", si bien "no se puede colegir que no hubiese recibido información sobre el procedimiento";

además, la reclamante “tampoco puede alegar desconocimiento del procedimiento, pues de hecho en la intervención realizada el 26-05-2011 ya le habían implantado un (catéter venoso central). En los protocolos a los que se refiere (...) en sus alegaciones se habla de la necesidad de informar a la paciente, pero no se dice que esta información tenga que ser escrita”.

Respecto a la necesidad de implantar el catéter, la propuesta de resolución se remite a “lo manifestado por los especialistas (...), quienes coinciden en señalar que la paciente presentaba peculiaridades anatómicas y que los pacientes graves requieren un catéter de acceso venoso central (...) para el aporte de múltiples medicaciones, así como para recibir nutrición parenteral”.

En cuanto al “cambio” del catéter venoso central, se aclara que se realizó “el 27-07-2011, fecha en la que la paciente ingresó en UVI (...), lo que contradice (...) lo manifestado en las alegaciones, en las que se considera que se incumple el Protocolo de mantenimiento” del mismo.

Por otro lado, “de la documentación incorporada al expediente no resulta indudable que el ingreso de la paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos se produjese por una sepsis por catéter”, y afirma que “se aplicaron las medidas de prevención que la situación clínica de la paciente requería”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de mayo de 2013, registrado de entrada el día 5 del mes siguiente, 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 Sanidad, 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 la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

Ahora bien, en el escrito de alegaciones se alude también al “daño padecido por (...) sus familiares”, y debemos dejar constancia al respecto de que la reclamación del mismo corresponde a estos, sin que pueda el representante de la interesada accionar acumuladamente, en nombre propio, por los perjuicios irrogados a ella y a sus parientes más próximos.

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 23 de enero de 2012, habiéndose desencadenado el daño cuyo resarcimiento se impetra en el mes de julio del año anterior, 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, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 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.- Imputa la reclamante a la Administración sanitaria el sufrimiento derivado de un posoperatorio penoso, que concreta en “varias operaciones (...), el ingreso en (...) la UVI (...), el haber estado casi desahuciada (...), secuelas psicológicas (...) y los daños derivados de haber estado intubada y con ventilación mecánica durante un periodo de tiempo (...) largo”; padecimientos que anuda al shock séptico que la condujo a la Unidad de Vigilancia Intensiva y que atribuye al catéter venoso central que le fue colocado al ser reintervenida.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta probada la causación material de un daño -aunque su cuantificación no es rigurosa en el escrito de reclamación-, pues en los informes médicos se constata un estado crítico de la paciente y la prolongación del posoperatorio. Debe igualmente admitirse el invocado origen de la infección, toda vez que el informe de alta del Servicio de Cirugía General, de 6 de septiembre de 2011, refiere una “insuficiencia respiratoria por inestabilidad hemodinámica secundaria a una sepsis por catéter”, y en el informe emitido por el Médico Adjunto del Servicio de Medicina Intensiva I, de fecha 22 de febrero de 2012, se manifiesta que “el motivo del ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos fue debido a un shock séptico y fracaso multiorgánico por infección de catéter venoso central (...) por *Staphylococcus aureus* meticilin resistente”, sin que por la posibilidad de una etiología diversa (orina) que recogen otros informes deba hacerse pesar sobre la paciente la carga de una *probatio diabólica*.

Admitido el engarce fáctico entre la lesión sufrida y la infección provocada por el catéter, ha de advertirse que la interesada fundamenta doblemente su pretensión indemnizatoria: por un lado, invoca una mala praxis médica, al no habersele cambiado oportunamente la vía central yugular que llevaba “desde hace más de un mes”, y, por otro -ya en fase de alegaciones-

que no consta el consentimiento informado preceptivo “para la canalización de vías centrales”, desconociendo la perjudicada los riesgos asociados a esta intervención.

En torno al primer extremo, este Consejo viene señalando que el servicio público sanitario debe 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, 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 que se obtengan los resultados concretos pretendidos. Por tanto, para apreciar que el daño alegado 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.

En el supuesto examinado no se acredita la pretendida negligencia profesional en la contaminación de la vía central. En el orden fáctico, se constata que esta no llevaba “puesta más de un mes”, tal como manifiesta la reclamante, pues se le coloca al ser reintervenida el día 1 de julio de 2007 y se le retira al detectarse su “mal aspecto” el 27 del mismo mes. En el plano pericial, la perjudicada se detiene en la argumentación dialéctica de la invocada

infracción de la *lex artis ad hoc*, sin aportar -pese a que sobre ella recae la carga de la prueba- soporte técnico alguno que avale sus afirmaciones. En suma, el enjuiciamiento del quehacer médico ha de fundarse en los criterios aportados por los informes técnicos obrantes en el expediente, todos ellos incorporados por la Administración o la compañía aseguradora, y, partiendo necesariamente de estos elementos, debe excluirse la invocada mala praxis.

En el informe técnico de evaluación se concluye que “ha quedado acreditado que la prevención de la infección” en el Hospital “es conforme a la buena praxis, como demuestra la aplicación de profilaxis antibiótica, toma de cultivos y cobertura antibiótica que se realizó durante la estancia hospitalaria de la paciente”. En el traído al expediente por la compañía aseguradora, suscrito por dos especialistas en Medicina Intensiva, se documenta que “en los diversos protocolos del mantenimiento de accesos venosos centrales no existe consenso sobre los días que debe estar una vía central colocada, basando estos en la necesidad del catéter, la ausencia de signos de infección y la valoración de los riesgos y beneficios que aporta la retirada y nueva inserción de un catéter”, observándose que la paciente “precisaba un catéter venoso central”, que “en las hojas de enfermería se han realizado las curas pertinentes (...) y no se describe mal estado del catéter en ellas” y que “la infección no es fruto de imprudencia, impericia ni negligencia médicas (...). Se valoran los riesgos y beneficios del mantenimiento del catéter y la necesidad de este en la paciente, lo que ha quedado demostrado”.

En lo que atañe a la falta de consentimiento informado de la paciente, hemos de comenzar por recordar que el artículo 8 de 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, dispone que “Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”; consentimiento que, según el apartado 2, “será verbal, por regla

general”, y por escrito en los casos de “intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”. La eventual ausencia del consentimiento del paciente comporta, según reiterada doctrina jurisprudencial, la obligación de resarcir el resultado dañoso efectivamente producido con independencia de cualquier otra valoración en relación con la adecuación a la *lex artis* del acto médico enjuiciado. El Tribunal Supremo ha señalado con reiteración que la omisión del consentimiento previo informado supone, en sí misma, una “mala praxis ad hoc”, y, en estos casos, la responsabilidad “se produce con absoluta independencia de la existencia o no de mala praxis en el acto médico (...), puesto que basta la existencia del daño derivado del mismo cuando falta el consentimiento informado” (Sentencia de 14 de diciembre de 2005 -Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª-, con cita de las Sentencias de la misma Sala y Sección de 26 de marzo de 2002 y de 9 de marzo de 2005).

En el supuesto planteado se admite pacíficamente que la naturaleza de la intervención realizada a la interesada requería, de conformidad con la citada Ley 41/2002, la constatación escrita de su consentimiento. Tras las alegaciones de la reclamante, se incorpora a las actuaciones el modelo de “Consentimiento informado para canalización de vías centrales”, en el que se señala, como riesgo típico, el de “infección (...), sobre todo en los días siguientes (...). Es la complicación más importante por su frecuencia y puede tener consecuencias potencialmente graves e incluso mortales en casos excepcionales”.

En el expediente figuran documentos de consentimiento informado para “resección segmentaria de colon”, para “resección del recto”, para la “implantación de catéter epidural”, para “anestesia general” y para “transfusión”, pero no el correspondiente a la “canalización de vías centrales”, cuya ausencia o extravío se reconoce por la Administración.

En tales condiciones, queda circunscrito el debate a una cuestión de

acreditación de la información suministrada a la paciente, con el correlativo alcance del consentimiento informado por ella prestado tácita o verbalmente. Al respecto, el Tribunal Supremo tiene declarado que la ausencia del soporte documental exigido en la ley no conduce automáticamente a la negación del consentimiento, cuya realidad puede acreditarse por distintos medios; sin embargo, ello supone invertir la carga de la prueba de que efectivamente se proporcionó la información pertinente y se prestó el consentimiento, prueba de un hecho positivo que ha de aportar la Administración (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de 28 de junio de 1999, 4 de abril de 2000 y, más recientemente, 25 de abril de 2005 -todas ellas de la Sección 6.ª-, así como las de 25 de mayo y 27 de diciembre de 2011 -ambas de la Sección 4.ª-). También hemos señalado en ocasiones precedentes (entre otras, en el Dictamen Núm. 361/2011) que no cabe excluir *a priori* la eficacia del consentimiento verbal; ahora bien, la Administración ha de probar que se proporcionó la información adecuada al paciente, no resultando suficiente a tales efectos la mera aceptación de la intervención -presumible por su carácter programado, pero carente de sentido informativo-.

En el expediente analizado, la Administración sanitaria no aporta ningún elemento probatorio suficiente. Los informes incorporados al mismo se limitan a recoger la necesidad del catéter venoso, y en la propuesta de resolución se señala que “no se puede colegir que no hubiese recibido información sobre el procedimiento” y que, además, la reclamante “tampoco puede alegar desconocimiento del procedimiento, pues de hecho en la intervención realizada el 26-05-2011 ya le habían implantado un (catéter venoso central)”, pero ni en esa operación ni en la posterior de 1 de julio se documenta traslado alguno a la paciente de los riesgos de infección que, a la postre, se materializaron.

En definitiva, no existe constancia alguna, ni siquiera mención por parte de los responsables médicos, de cuál haya sido el contenido de la información suministrada a la paciente, y mucho menos de que entre las posibles complicaciones se le hubiera informado del riesgo que finalmente se

materializó, ni de las posibles alternativas al tratamiento, por lo que el daño causado ha de reputarse antijurídico, aunque no se observe ninguna otra violación de la *lex artis ad hoc*.

SÉPTIMA.- Fijados los hechos y establecida la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño producido, así como el carácter antijurídico de este, procede valorar la cuantía de la indemnización solicitada sobre la base de los daños y perjuicios efectivamente acreditados.

Al respecto, hemos de advertir que la Administración, dado el carácter desestimatorio de la propuesta de resolución que formula, no ha analizado la valoración efectuada por la interesada; ausencia que es predicable de todos los elementos indemnizatorios, pues, si bien los días hospitalarios se deducen de lo actuado, no ocurre lo mismo con los impeditivos y los “daños psicológicos” que invoca la reclamante, limitándose esta a señalar un montante resarcitorio global sin referente objetivo y ciertamente desproporcionado.

Como hemos puesto de manifiesto en dictámenes anteriores, para el cálculo de la indemnización correspondiente a los conceptos resarcibles parece apropiado valerse del baremo establecido al efecto en el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre), en sus cuantías actualizadas para el año 2013, que, si bien no es de aplicación obligatoria, viene siendo generalmente utilizado, con carácter subsidiario, a falta de otros criterios objetivos.

Por tanto, careciendo este Consejo de elementos de juicio para precisar la valoración de los daños y para la aplicación de los factores de corrección de la tabla IV de la norma citada, con incidencia en la cuantía indemnizatoria a establecer, consideramos que ha de ser la Administración quien, realizando los actos de instrucción necesarios para la comprobación de todos estos extremos, puede y debe fijar la cuantía de la indemnización total que ha de abonar a la perjudicada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando total o parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en los términos expresados en el cuerpo de este dictamen.”

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.