

Expediente Núm. 81/2015
Dictamen Núm. 106/2015

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 4 de junio de 2015, 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 24 de abril de 2015 -registrada de entrada el día 30 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de un familiar que atribuye a una infección nosocomial.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 13 de marzo de 2014, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por el daño moral derivado del fallecimiento de un familiar como consecuencia de una infección nosocomial que considera contraída en un hospital concertado.

Refiere que el día 31 de octubre de 2013 su padre "fue ingresado en el Hospital `X` diagnosticado de coledocolitiasis y posteriormente de coledocolitiasis, quedando pendiente de realizar CPRE y colecistectomía". Señala que el 12 de noviembre de 2012 se le realiza CPRE, que se reitera con fecha 19 de ese mismo mes, decidiéndose "el 20 de noviembre (...) cirugía laparoscópica reconvertida a laparotomía. Existiendo sangrado poscirugía el 22 de noviembre se realiza cirugía urgente por sangrado, solicitándose con fecha 23 de noviembre traslado por shock hipovolémico al Hospital `Y`".

Manifiesta que "ingresado en UCI del Hospital `Y` remonta la situación de shock, empeorando en días sucesivos por infección del sitio quirúrgico (infección de laparotomía, fuga duodenal y peritonitis polimicrobiana), que se complica igualmente con infecciones traqueobronquiales, así como con rebrotes infecciosos y episodios sépticos. Desestimada nueva cirugía se intentó nueva CPRE, presentando el paciente nuevo episodio séptico que provocó su fallecimiento con fecha 14 de marzo de 2013".

A su juicio, "el origen del fallecimiento estaría en una infección nosocomial o proceso infeccioso originado en quirófano durante las intervenciones practicadas al paciente, causa u origen que al parecer de la declarante hacen a la Administración responsable del fallecimiento por una evidente mala praxis, siendo la causa del fallecimiento ajena y distinta a la que motivó el ingreso inicial (...) en el centro hospitalario, correspondiendo a la Administración sanitaria la adopción de las medidas exigibles a la praxis médica adecuada en evitación de la infección que causó el fallecimiento".

Afirma que "en el presente supuesto la responsabilidad patrimonial de la Administración se predica en base a la mala (...) praxis invocada, que ocasionó el fallecimiento del paciente por una contingencia que no hubiera debido padecer; en suma, ocasionando a los perjudicados un daño que no tienen obligación ni deber de soportar". Tras indicar que "la adopción de las medidas adecuadas a la correcta praxis hubiera debido evitar el proceso infeccioso que derivó en el fallecimiento", estima acreditada la existencia del daño y el

incorrecto o anormal funcionamiento de la Administración, así como “la evidente relación causal entre ambos”.

Pone de relieve los vínculos familiares del fallecido, que se encontraba casado y con dos hijos, uno de ellos la reclamante y el otro fallecido antes que el padre, por lo que deja una hija y heredera única, y reseña que la viuda tiene reconocida una discapacidad del 83%.

Cuantifica el importe de la indemnización que solicita en ciento noventa y cinco mil euros (195.000 €), de los cuales 175.000 corresponderían a la viuda, 10.000 € a la hija y otros 10.000 € a la nieta.

Adjunta los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Cirugía General de la Fundación Hospital “X”, de 23 de noviembre de 2012, relativo a un ingreso el día 12 del mismo mes por “colecistitis aguda. Ictericia”. Como impresión diagnóstica figura “ictericia obstructiva. Colecistitis. Coledocolitiasis./ Hemorragia posoperatoria por esfinterotomía./ Shock hipovolémico”. b) Informe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital “Y”, de 11 de abril de 2013, relativo a un ingreso el día 23 de noviembre de 2012 y alta por exitus el 14 de marzo de 2013. Consta en él que “remonta la situación de shock y de disfunciones orgánicas pero en días sucesivos presenta infección del sitio quirúrgico (...). Además se complica con: infecciones traqueobronquiales por gérmenes Gram negativos (...), rebrotes infecciosos (...), episodios sépticos repetidos (...), bacteriemias de repetición (alguna de brecha), inicialmente por gérmenes Gram positivos (*Enterococcus faecium*) y luego Gram negativos y hongos (*E. coli* productor de Bles, *Pseudomona aeruginosa* multirresistente y *Cándida parapsilosis*) que supusimos, descartadas otras causas, en relación con foco abdominal no controlado (colangitis/infección área quirúrgica del lecho vesicular), por lo cual se realizaron múltiples y repetidos estudios de imagen (...) que no permitieron demostrar una clara causa obstructiva susceptible de cirugía”. Se consigna en él que “solicitada a sus familiares necropsia se nos concede, limitada a la cavidad abdominal; solicitamos que tomen muestras tisulares del hígado, en las que crecieron *Enterococcus faecium* y *Pseudomona*

aeruginosa multirresistente”. Como impresión diagnóstica se reflejan, entre otras, “infecciones bronco-pulmonares por *E. coli* y *Pseudomona aeruginosa*./ Infección del sitio quirúrgico:/ Infección de la laparotomía (polimicrobiana)./ Fuga duodenal y peritonitis terciaria (polimicrobiana)./ Abscesos hepáticos (*E. coli* productor de Bles)”. Segundo y tercer episodios sépticos “con bacteriemia (*Enterococcus faecium*) de foco abdominal./ Cuarto episodio séptico con bacteriemia (*E. coli* productor de Bles) de foco abdominal./ Quinto episodio séptico con bacteriemia de brecha (*Pseudomona aeruginosa* multirresistente y *Cándida parapsilosis*) de foco abdominal, con SDMO (...). Sospecha de colangitis/infección área quirúrgica como foco de las bacteriemias”. c) Copia parcial de un duplicado del Libro de Familia del finado en el que consta la reclamante como hija mayor y la anotación de otro hijo, coincidiendo la esposa con una de aquellas en cuyo beneficio se formula la reclamación. d) Acta de declaración de herederos del segundo hijo del finado, otorgada el día 16 de julio de 2007 y en la que figura la identidad de su hija, apreciándose que coincide con otra de las personas en cuyo beneficio se formula la reclamación. e) Resolución de la Consejera de Bienestar Social y Vivienda, de 1 de octubre de 2013, por la que se le reconoce a la viuda un grado de discapacidad del 83% “desde 28-05-2013”. f) Documento privado en el que la madre y la sobrina de la reclamante la autorizan “para tramitar en su nombre la reclamación administrativa por responsabilidad patrimonial” dirigida frente al Servicio de Salud del Principado de Asturias “a causa del fallecimiento” de su esposo y abuelo, respectivamente.

2. Mediante escrito de 21 de marzo de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a las perjudicadas la fecha de recepción 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.

3. El día 21 de marzo de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario traslada la reclamación a la Fundación Hospital "X" y le solicita una copia de la historia clínica del perjudicado, así como un informe del Servicio implicado y una certificación de la vinculación de los facultativos intervinientes con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

El día 1 de abril de 2014, el Gerente de la Fundación Hospital "X" remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios la documentación solicitada.

En el certificado, elaborado ese mismo día, se hace constar que "todo el personal que ha intervenido en la asistencia sanitaria prestada (...) pertenece a la plantilla de este centro sanitario".

El informe realizado por el Servicio de Cirugía General data del 28 de marzo de 2014, y en él se indica que "el paciente de 80 años, que recibía tratamiento con antiagregantes, ingresó en el Servicio de Cirugía General de este centro con un cuadro de dolor abdominal de 15 días de evolución que se diagnosticó de colelitiasis y coledocolitiasis, decidiéndose realizar una CPRE para resolver la coledocolitiasis y una colecistectomía posterior./ Con fecha (...) 12 de noviembre de 2012 se intentó la realización de una CPRE sin poder canalizar la papila, al existir un duodeno edematoso y ulcerado. Se mantuvo tratamiento antisecretor y se repitió la CPRE con fecha 19 de noviembre de 2012, procediendo a una esfinterotomía y extracción de cálculos./ El día 20 de noviembre fue intervenido, iniciando la cirugía por vía laparoscópica, que precisó reconversión por presentar el paciente un plastrón inflamatorio./ En el posoperatorio hizo un cuadro de descenso de factores de coagulación y hemorragia digestiva que se intentó controlar por endoscopia sin éxito, por lo que se planteó la necesidad de laparotomía urgente, realizada el día 22 de noviembre, en la que no se objetivó la presencia de sangrado activo pero sí signos de sangrado reciente a nivel del lecho hepático, de las úlceras duodenales y de la papila, que se suturan./ Dada la situación hemodinámica del paciente, que precisó de drogas vasoactivas, y de acuerdo con el Servicio de

Anestesia y Reanimación, se decidió trasladar al paciente a una UVI el día 23 de noviembre de 2012”.

Por último, indica que, “una vez llegado al diagnóstico, el procedimiento habitual en nuestro hospital, avalado por la evidencia científica, es la resolución de la coledocolitiasis por CPRE y posterior colecistectomía (...). En el documento de consentimiento informado de la CPRE, así como la información verbal que se dio al paciente y a la familia, se advierte de la posibilidad de que no sea posible la canalización de la papila, y de que una de las complicaciones más frecuentes de esta técnica es la hemorragia (...). El paciente, además, tenía una enfermedad ulcerosa bulbar, tratada adecuadamente con inhibidores de la bomba (...). La colecistectomía se plantea salvo contraindicación siempre por vía laparoscópica y se advierte de la posibilidad de tener que convertir a laparotomía si técnicamente no es posible. Así mismo, se especifica en el documento de consentimiento informado el riesgo de sangrado (...). La hemorragia posoperatoria se trató de forma adecuada, con reposición de factores, tratamiento endoscópico y quirúrgico”.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Consentimiento informado para colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) suscrito por el paciente el 6 de noviembre de 2012. En el apartado relativo a riesgos típicos consta que “las posibles complicaciones consisten en perforación intestinal, hemorragias, inflamación del páncreas (pancreatitis) o infección de los conductos biliares (colangitis). Estas complicaciones son raras, pero pueden ser lo suficientemente importantes como para requerir un tratamiento urgente, incluso una operación. La muerte es una remota posibilidad”. b) Consentimiento informado para colecistectomía suscrito por el paciente el 19 de noviembre de 2012. En él figuran, entre otros, como “riesgos poco graves y frecuentes”, la “infección o sangrado de la herida quirúrgica” y, como “riesgos poco frecuentes y graves”, los de “sangrado o infección intraabdominal (...), colangitis (...) coledocolitiasis”, y se advierte que “estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero

pueden llegar a requerir reintervención, generalmente de urgencia". c) Hojas de verificación del bloque quirúrgico, de fechas 20 y 22 de noviembre de 2012. En la primera de ellas -relativa a la colecistectomía- se refleja, "antes de la incisión en la piel (...). Previsión de sucesos críticos", que "la enfermera revisa los indicadores de esterilización, aspectos del material y los equipos y cualquier otra preocupación", anotándose que "sí", y como "no aplicable" la "profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos", y "antes de que el paciente abandone el quirófano" constan diversos "cuidados", consignándose en observaciones que "a las 9 h 45 min. se convierte en cirugía abierta", dejando referencias relativas a vías, drenajes, material, productos y estudios. En la segunda hoja -relativa a la revisión quirúrgica-, consta "profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos: sí", sin que se realicen más observaciones que las relativas a vías, drenajes, material, productos y estudios. d) Informe anatomopatológico, de 19 de diciembre de 2013, en el que se anota, en el apartado epicrisis, "varón de 80 años que es intervenido por episodios repetidos de colecistitis aguda, se le realiza CPRE y colecistectomía y desarrolla un cuadro posoperatorio de sepsis (...) con disfunción multiorgánica y exitus". Como datos clínicos, consta "cadáver de varón de 80 años (...) que ingresa por sepsis con SDMO de foco abdominal por posoperatorio complicado de vía biliar con abscesos hepáticos (...) y varios episodios de sepsis".

4. Con fecha 17 de julio de 2014, la Gerente del Área Sanitaria V envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente obrante en el Hospital "Y" y un informe del Servicio de Medicina Intensiva.

En el informe, emitido el 25 de julio de 2014 por la Jefa del Servicio, se relata la asistencia dispensada al paciente durante 111 días de ingreso hospitalario, tras los cuales fallece. Indica que ingresa "con el diagnóstico de shock hemorrágico (...), que consideramos fundamentalmente como séptico de origen abdominal (...). Tras una mejoría inicial (...), a los 10 días de evolución

en UCI se objetiva infección del sitio quirúrgico (infección laparotomía, fuga duodenal y peritonitis polimicrobiana). El paciente es tratado con (...) múltiples antibióticos". Consigna que "el paciente presentó complicaciones intercurrentes: infecciones traqueobronquiales, cuadros de bradicardia (...), arritmias ventriculares y derrames pleurales (...). Durante toda su estancia en la UCI persiste la colostasis, más intensa coincidiendo con rebrotes infecciosos (...), que se pusieron siempre en relación con foco abdominal no controlado tras descartar otras posibles causas de infección en un paciente crítico. Estos brotes sépticos implicaron la realización de múltiples estudios de imagen (ecografías y TAC de abdomen) que no permitieron demostrar una clara causa obstructiva susceptible de cirugía./ El paciente es valorado en varias ocasiones por el S.º de Cirugía General, que desestimó intervención quirúrgica ante la falta de evidencia de obstrucción de la vía biliar en los diferentes estudios de imagen realizados. Se intentó una nueva CPRE, pero fue imposible entrar en papila, decidiéndose entonces realizar una colangio-resonancia como última opción diagnóstica, se inician los trámites oportunos, dado que es una prueba que debía realizarse" en el Hospital "Z", "presentando en ese momento un nuevo episodio séptico con grave fallo multiorgánico, siendo exitus".

5. El día 9 de diciembre de 2014, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él afirma que "en toda intervención quirúrgica pueden surgir complicaciones y, entre otras, se encuentran las hemorragias y las infecciones (...). En cuanto a las infecciones, se considera infección de la localización quirúrgica (ILQ) a toda infección relacionada con una intervención quirúrgica, ya sea en el propio lecho quirúrgico o en su proximidad, y que ocurre dentro de los treinta días tras la cirugía".

Afirma que "las infecciones nosocomiales constituyen un problema inevitable a la hospitalización, siendo hoy en día, de acuerdo con el estado de la ciencia, imposibles de erradicar aunque se apliquen todas las medidas

preventivas conocidas. La contaminación de la zona quirúrgica es inevitable, los modernos métodos de antisepsia han reducido dramáticamente (*sic*) esta y por tanto el riesgo relativo de infección. Sin embargo, las bacterias residentes en las glándulas sebáceas, folículos pilosos y glándulas sudoríparas son difíciles de eliminar y el origen de los patógenos en la mayor parte de las ILQ es la flora endógena de la piel, de las mucosas o de las vísceras huecas del propio paciente”.

Por lo que se refiere al caso de la reclamación, estima que “la asistencia médica prestada en el Hospital “X” y en el de “Y” fue correcta, siendo la actuación médica conforme a la *lex artis*, tanto a la intervención en sí misma como al seguimiento y tratamiento posterior del paciente”.

Concluye que el paciente “fue diagnosticado de colelitiasis y coledocolitiasis y programado para tratamiento quirúrgico. Presentó complicaciones en el posoperatorio inmediato y tardías que fueron atendidas de forma oportuna. El paciente fue valorado en todo momento por los servicios solicitados, evolucionando de manera muy tórpida a pesar de todos los cuidados realizados. No es posible acreditar una relación causal entre los daños sufridos por el paciente y la asistencia prestada”. En definitiva, entiende que “la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*”.

6. Mediante oficio de 7 de enero de 2015, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia del expediente administrativo para su remisión al Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias, al haberse interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Consta incorporado al expediente un oficio a través del cual el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario da cumplimiento a lo solicitado el día 19 de enero de 2015.

7. Con idéntica fecha, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una 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.

8. Obra en el expediente, asimismo, el informe emitido por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica el 10 de febrero de 2015, a instancia de la entidad aseguradora. En él señala que “se denomina infección nosocomial o infección intrahospitalaria a la infección contraída por pacientes ingresados en un centro sanitario (...). Según la OMS estarían incluidas las infecciones que no se habían manifestado ni estaban en periodo de incubación, es decir, se adquieren durante su estancia y no son la causa del ingreso”. Añade que “la mortalidad en UCI puede superar el 25%; más de 1/3 desarrollan complicaciones, lo cual aumenta la mortalidad en un 40%. Las infecciones son una de las complicaciones más frecuentes. Los mecanismos de las infecciones en la UCI son complejos y dependen de muchos factores: condiciones de base del paciente, agentes infecciosos y el ambiente propio de la UCI”. Precisa que “solo se puede denominar infección nosocomial en la UCI al ambiente propio de la UCI (contaminación ambiental, por contacto o por material sanitario)./ Las condiciones de base del paciente son la infección propia y el estado inmunobiológico del enfermo./ Los agentes infecciosos inciden en el grado de agresividad de los mismos”.

Tras analizar la praxis médica en el caso, especifica que “durante el ingreso en la UCI del otro hospital (...) es tratado de varias infecciones, todas ellas propias de la patología del paciente, no siendo nosocomiales: absceso de pared en la herida de la laparotomía, fuga duodenal, peritonitis polimicrobiana, abscesos hepáticos y colangitis de repetición. Todas estas complicaciones se trataron correctamente”.

Concluye que “la coledocolitiasis fue la causa de las complicaciones: coledocolitiasis, colecistitis, plastrón perivesicular, colangitis obstructiva aguda supurativa y abscesos hepáticos (...). La complicación por la CPRE fue la hemorragia, contribuyendo en la colangitis complicaciones descritas y severas (...). La causa de muerte fue las infecciosas de la propia patología del paciente y de sus complicaciones, ninguna de ellas de origen nosocomial (...). En la necropsia se encuentran microabscesos hepáticos originados por la peritonitis y la colangitis (...). Todas las medidas terapéuticas hasta el fallecimiento fueron correctas”.

Por último, sostiene que “no existen datos para concluir que se prestase una deficiente asistencia sanitaria ni que existiera negligencia ni mala praxis en el manejo del episodio asistencial del paciente, ajustándose a la *lex artis*”.

9. El día 18 de febrero de 2015, emite informe un gabinete jurídico privado, también a instancia de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias. En él se concluye que “la actuación del equipo médico del Servicio de Salud del Principado de Asturias ha sido conforme a la *lex artis*, ya que se trató correctamente (tanto) la patología base del paciente como las complicaciones que surgieron (...). No existe relación de causalidad, no estando demostrada una relación de causalidad entre el fallecimiento del paciente y una mala praxis por parte del equipo médico o una inexistencia infección nosocomial (*sic*) (...). El paciente era conocedor de los riesgos inherentes a la técnica, habiendo suscrito el correspondiente consentimiento informado, por lo que debemos asumir que los consintió, no existiendo antijuridicidad en el resultado”.

10. Mediante oficio notificado a la reclamante el 3 de marzo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 31 de marzo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas pone en conocimiento de la correduría de seguros que ha transcurrido el plazo establecido al efecto sin que se hayan presentado alegaciones.

11. El día 9 de abril de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Afirma que “en el presente caso la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. Las complicaciones surgidas que llevaron al fatal desenlace no se derivan de una mala praxis médica, sino (de) la materialización de riesgos típicos de este tipo de procedimientos que el paciente conocía y asumió al firmar el documento de consentimiento informado. Una vez que las complicaciones aparecieron se pusieron a disposición del paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos para tratar de solucionarlas”.

Concluye que “no queda acreditado el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños alegados”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de abril de 2015, 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), están la viuda, la hija y la nieta del fallecido activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

En el supuesto examinado, quien presenta la reclamación dice actuar “en su propio nombre e igualmente para beneficio” de su madre y de su sobrina, pero sin expresar el fundamento que sostiene tal beneficio. Además, aunque el perjuicio que se reclama tenga el mismo origen, en cuanto daño moral es personalísimo, por lo que la reclamación del mismo por otra persona exige el otorgamiento de representación. A estos efectos, la interesada acompaña un documento privado en la que ambas la autorizan a tramitar en su nombre la reclamación, por lo que podemos deducir de él la intención de otorgarle su representación. Sin embargo, el artículo 32.3 de la LRJPAC dispone que la representación deberá acreditarse “por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal del interesado”; requisitos que no pueden entenderse cumplidos con la aportación de un escrito privado.

A tenor de lo dispuesto en el artículo 32.4 de la LRJPAC, “La falta o insuficiente acreditación de la representación no impedirá que se tenga por realizado el acto de que se trate, siempre que se aporte aquélla o se subsane el defecto dentro del plazo de diez días que deberá conceder al efecto el órgano administrativo”. En este caso la Administración actuante no ha realizado el

trámite de subsanación. Sin embargo, teniendo en cuenta el principio de eficacia, reconocido en el artículo 3 de la Constitución y recogido en el artículo 3 de la LRJPAC, procede analizar el fondo de la cuestión controvertida.

Ahora bien, si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, no cabría una estimación de la reclamación efectuada en representación de la esposa y de la nieta del finado sin que, por el procedimiento legal oportuno, se verifique dicha representación, toda vez que una falta de subsanación de este defecto sería motivo suficiente para desestimar la reclamación realizada “en beneficio” de ambas.

Por lo que se refiere a la legitimación pasiva, este Consejo viene reiterando (entre otros, Dictámenes Núm. 142/2013 y 94/2014) que el Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario, que en el presente caso ha sido prestado por un centro asistencial con el que se ha suscrito un convenio singular para la atención de usuarios del Sistema Nacional de Salud; siempre sin perjuicio de la repetición de los costes a que, en su caso, deba hacer frente ante el titular del centro directamente causante de ellos por el procedimiento legal que corresponda. En este supuesto, de la documentación obrante en el expediente se desprende que la atención prestada al perjudicado en el centro hospitalario privado lo ha sido en tanto que beneficiario del sistema sanitario público, y que los servicios prestados se encuentran incluidos en el convenio singular aludido.

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 13 de marzo de 2014, habiendo tenido lugar el fallecimiento del que trae

origen el día 14 de marzo de 2013, 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.

Ahora bien, 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.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo

dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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.

SIXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se solicita una indemnización por los daños dimanantes del fallecimiento de un paciente que las perjudicadas atribuyen a una infección nosocomial contraída en uno de los hospitales en los que fue atendido, reprochando la omisión de medidas de prevención.

Consta en el expediente que el esposo, padre y abuelo de las interesadas falleció en el Hospital "Y" el día 14 de marzo de 2013, por lo que debemos reconocer que esta pérdida ha originado en aquellas un daño real y efectivo de naturaleza moral.

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 este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 eventualmente pueda sufrir 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 obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por las reclamantes 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 paciente fue atendido sucesivamente en el Hospital "X" y en el Hospital "Y". Permaneció ingresado en el primero -por coledocolitiasis y coledocolitiasis- entre los días 12 y 23 de noviembre de 2012, fecha en la que fue trasladado -por shock hipovolémico- a la UVI del Hospital "Y", en la que fallece el 14 de marzo de 2013 tras 111 días de ingreso. Constan en varios informes las infecciones y patógenos que se diagnosticaron al enfermo durante su ingreso en la UVI.

Las reclamantes consideran que el origen del fallecimiento de su familiar "estaría en una infección nosocomial o proceso infeccioso originado en quirófano durante las intervenciones practicadas (...), causa u origen que al parecer de la reclamante hacen a la Administración responsable del fallecimiento por una evidente mala praxis, siendo la causa del fallecimiento ajena y distinta a la que motivó el ingreso inicial del paciente en el centro hospitalario, correspondiendo a la Administración sanitaria la adopción de las

medidas exigibles a la praxis médica adecuada en evitación de la infección que causó el fallecimiento". A su juicio, "la adopción de las medidas adecuadas a la correcta praxis hubiera debido evitar el proceso infeccioso que derivó en el fallecimiento".

Ahora bien, no aporta prueba alguna de las afirmaciones que sostienen su pretensión, sin que su propio "parecer" sea suficiente para tenerlas por ciertas, dado el carácter médico de las mismas.

Además, el informe emitido por el especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica se opone a lo aseverado por ella. En efecto, señala que las infecciones que se le apreciaron en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital "Y" eran "propias de la patología del paciente, no siendo nosocomiales: absceso de pared en la herida de la laparotomía, fuga duodenal, peritonitis polimicrobiana, abscesos hepáticos y colangitis de repetición". A la vista de ello, podemos descartar que nos encontremos ante una infección nosocomial, como sostiene la reclamante.

Todos los informes emitidos en el curso del procedimiento avalan la actuación de los facultativos que atendieron al paciente. Según el informe técnico de evaluación, "la asistencia médica prestada en el Hospital 'X' y en el de 'Y' fue correcta, siendo la actuación médica conforme a la *lex artis*, tanto a la intervención en sí misma como al seguimiento y tratamiento posterior del paciente". Concluye que "fue diagnosticado de colelitiasis y coledocolitiasis y programado para tratamiento quirúrgico. Presentó complicaciones en el posoperatorio inmediato y tardías que fueron atendidas de forma oportuna. El paciente fue valorado en todo momento por los servicios solicitados, evolucionando de manera muy tórpida a pesar de todos los cuidados realizados. No es posible acreditar una relación causal entre los daños sufridos por el paciente y la asistencia prestada".

En cualquier caso, figuran en el expediente las hojas de verificación del bloque quirúrgico relativas a las intervenciones de colecistectomía y revisión quirúrgica que se le practicaron en el Hospital "X" los días 20 y 22 de

noviembre de 2012, en las que consta que “la enfermera revisa los indicadores de esterilización, aspectos del material y los equipos y cualquier otra preocupación”, consignándose como “no aplicable” la “profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos” en la intervención de colecistectomía y realizada la “profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos” en la revisión quirúrgica que se llevó a cabo el día 22 de noviembre.

En el trámite de audiencia la interesada conoció todos los informes emitidos en el procedimiento, así como las citadas hojas de verificación del bloque quirúrgico, y no formuló reparo alguno ni a unos ni a otras. De hecho, ni siquiera compareció.

En definitiva, nuestro parecer viene determinado por los indicados informes, al no haber aportado la interesada ninguna prueba que se oponga a los mismos.

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

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.