

Expediente Núm. 104/2015
Dictamen Núm. 127/2015

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 9 de julio 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 8 de junio de 2015 -registrada de entrada el día 15 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia prestada por el servicio público sanitario a un familiar.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 10 de octubre de 2014, la interesada, en su propio nombre y derecho y en nombre y representación de su madre, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la, a su juicio, deficiente asistencia prestada a su padre y esposo, respectivamente, por

parte del servicio público sanitario y que habría desembocado en su fallecimiento.

Señalan que al perjudicado le había sido diagnosticada una neoplasia a nivel de recto en junio-agosto de 2013, y que se le pautó tratamiento radioterápico que se suministró entre el 26 y el 30 de agosto de 2013, practicándosele una intervención quirúrgica el 11 de septiembre de 2013 en el Hospital en la que se procedió a una "resección anterior de recto más pared de vejiga con colostomía terminal".

Refieren que tras esta intervención, y a pesar de que el equipo que la llevó a cabo informó a su finalización que todo había salido correctamente, el paciente ya presenta dolores que no disminuyen con la medicación, hasta que a los dos días se le realiza "un escáner de urgencia donde se detecta una fuga de orina en el estómago". Así las cosas, "con el paciente en muy mal estado general, un cuadro de sepsis o septicemia grave y el diagnóstico de fístula ureteral o urinaria, se decide nueva intervención quirúrgica, realizándose el día 16 de septiembre de 2013. En esta intervención (...) se comprueba que el uréter izquierdo estaba seccionado a la altura de los vasos ilíacos, por lo que se realiza reimplante ureteral laparoscópico y vejiga psóica sobre catéter ureteral doble J".

Indican que tras una leve mejoría, el "8 de octubre de 2013 (...) presenta un empeoramiento del estado general", lo que conduce a que el día 16 de ese mismo mes se le someta a una tercera intervención quirúrgica en la que "se encuentra un segmento de intestino delgado necrosado de unos 50 cm adherido al lecho quirúrgico intestinal de la pelvis (...). Durante el posoperatorio el paciente presenta una mala evolución con un cuadro de sepsis posquirúrgica y fallece el día 18 de octubre de 2013".

Consideran que "resulta evidente que el funcionamiento de la Administración sanitaria, en este caso del Principado de Asturias, no fue el correcto, pues, ya sea por retraso en la atención médica, por diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, por falta de disposición de medios, e

incluso por mala praxis, desencadena un cúmulo de sucesos, patologías y complicaciones que dieron lugar o precipitaron el fallecimiento del paciente”. Concretan los motivos de reproche en relación con la asistencia prestada a su familiar en los siguientes: que “la primera intervención quirúrgica realizada el día 11 de septiembre de 2013 no fue correcta, pues se comprobó que en el transcurso de la misma se secciona el uréter izquierdo, lo que da lugar a una fístula ureteral, con fuga de orina al intestino, que a su vez produce una septicemia grave (...). En la segunda intervención del día 16 de septiembre de 2013 tampoco se actuó de forma correcta, pues después de su realización se detecta una fuga por la sutura vesical y una fístula vesical que provocó un grave empeoramiento del estado del paciente (...). Después de la primera intervención quirúrgica el paciente presentaba un cuadro séptico con signos de peritonismo y, en definitiva, de infección grave, y es en la última intervención quirúrgica del día 15 de octubre de 2013 cuando se encuentra un trozo de intestino delgado necrosado que no se extirpó, o se dejó depositado, en la primera intervención, y que fue el origen de todo el proceso infeccioso que padeció (...). Por ello, resulta que debido a las intervenciones quirúrgicas se secciona el uréter izquierdo y se ocasionan una fístula ureteral y una fístula vesical; que por no haber extirpado desde un principio un segmento de intestino delgado necrosado, por el retraso en la intervención médica y en el diagnóstico se complica su estado de salud hasta el punto de que no se soluciona la infección padecida desde el principio y las intervenciones quirúrgicas no fueron correctas ni adecuadas (...). En el centro hospitalario no se tomaron las medidas de previsión y cuidados necesarios, no se utilizaron a tiempo las pruebas diagnósticas oportunas, no se le aplicaron los tratamientos adecuados, las intervenciones quirúrgicas dieron lugar a multitud de complicaciones, todo lo cual contribuye a poner de manifiesto el nexo causal entre la actuación de la Administración y el fallecimiento del paciente, puesto que de haberse actuado de otra manera no hubiera sucedido el fatal desenlace, evidenciando una clara responsabilidad por parte de la Administración (...). De

haber detectado desde el primer momento la existencia de un trozo de intestino grueso necrosado adherido al lecho quirúrgico intestinal, y de haberse procedido a su extracción a tiempo, se hubieran evitado las intervenciones y complicaciones posteriores y (se) hubiera colocado al paciente en una mejor situación para recuperarse de la enfermedad diagnosticada./ Y aunque hubiera sido difícil establecer cuál hubiera sido el desarrollo de los acontecimientos de haberse tratado correctamente al paciente, es evidente que se hubiera obtenido un resultado más favorable para la salud y, en definitiva, para la vida en el supuesto de haberse diagnosticado y tratado correctamente”.

Solicitan una indemnización por importe total de setenta mil euros (70.000 €).

Adjuntan a su escrito un total de 23 documentos numerados acreditativos tanto del fallecimiento del perjudicado y de su relación conyugal y paterno-filial con las interesadas, como de la asistencia a la que se hace referencia a lo largo de la reclamación.

2. Mediante escrito de 27 de octubre 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. Con fecha 29 de octubre de 2014, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V una copia de la historia clínica del fallecido y un informe de los servicios afectados, en concreto de los de Cirugía General y de Urología del Hospital

4. Ese mismo día, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias dirige otro escrito a la Gerencia del Área Sanitaria V en el que señala que, habida cuenta de que en

la reclamación de responsabilidad patrimonial se hace referencia a que el perjudicado habría sufrido una sepsis durante su ingreso hospitalario, se estima conveniente la emisión de un informe por parte del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital, tanto sobre el caso concreto como sobre la situación del centro en general.

5. Mediante oficio de 27 de noviembre de 2014, la Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del perjudicado y el informe elaborado por el Servicio de Medicina Preventiva.

En el informe emitido por el Servicio de Medicina Preventiva el 19 de noviembre de 2014 consta que "el paciente ingresa para cirugía programada de colon y recto por neoplasia de sigma distal y recto con infiltración de vejiga (...). Previo a la cirugía se realiza la preparación de colon habitual. No tenemos constancia de fallo en esta preparación (...). El paciente fue intervenido en el quirófano 5 del Hospital, realizándose reconversión de cirugía laparoscópica a cirugía abierta en fecha 11 de septiembre de 2013 (...). Este tipo de cirugía está clasificado como 'cirugía contaminada' con alto riesgo de infección y está indicado tratamiento antibiótico perioperatorio siguiendo las normas de los protocolos (...). Por ello, el paciente recibió tratamiento con Amoxicilina y Ac. clavulánico media hora antes de la inducción y 1 dosis cada 8 horas posquirúrgica durante las primeras 24 horas (...). Desde el año 2012 la vigilancia de la infección en cirugía se realiza con el programa Inclimecc (...). En el Hospital la incidencia acumulada en 2013 de infección de cirugía de colon fue del 17,39%, inferior al estándar óptimo del 20% (...). La intervención fue realizada en el quirófano n.º 5 planta 3.ª, dotado de filtros terminales tipo HEPA con el fin de garantizar la calidad del aire, según las normas para la Bioseguridad Ambiental (...). El Servicio de Medicina Preventiva hace controles en bioseguridad ambiental de los quirófanos y hay un protocolo específico de limpieza y desinfección de superficies para el bloque quirúrgico. El quirófano 5

tiene control biológico del 7 de agosto de 2013 con resultado negativo (...). Todo el material utilizado en la intervención fue esterilizado en la Central de Esterilización del Hospital, que conserva los correspondientes registros de los test físicos, químicos y biológicos que garantizan la esterilización efectiva de dicho material (...). La intervención se realiza mediante técnica estéril, base de la cirugía moderna. El personal asistente a la intervención lleva atuendo estéril y el área próxima al campo quirúrgico queda cubierta con paños estériles. En el Servicio de Medicina Preventiva no hay constancia de incumplimiento de las técnicas asépticas durante esta intervención”.

Concluye que “las complicaciones (...) no pueden ser atribuidas a las condiciones del espacio, del instrumental o de la preparación del paciente para la intervención programada./ Pueden ser atribuibles a factores de la patología grave con la que ingresó, a los inherentes de una cirugía compleja y a las características individuales del paciente, así como a otros factores condicionantes que desconocemos y no pueden ser controlados”.

6. Con fecha 19 de enero de 2015, la Gerente del Área Sanitaria V traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios los informes emitidos por los Servicios de Urología y de Cirugía General el 16 de diciembre de 2014 y 19 de enero de 2015, respectivamente.

En el primero de ellos se indica, respecto a la afirmación de las interesadas de que “la intervención quirúrgica realizada el día 11 de septiembre de 2013 no fue correcta al seccionar el uréter” izquierdo, que, “como se desprende del informe de Anatomía Patológica, la cirugía realizada extirpó un tumor agresivo y con una progresión loco-regional avanzada (estadio pT4 b), es decir infiltrando estructuras vecinas. No es infrecuente que a pesar de tener el máximo rigor quirúrgico en cirugías tan complejas la anormalidad de las estructuras anatómicas sea tal que se produzcan lesiones inadvertidas en órganos cercanos, que son en ocasiones difíciles o imposibles de evitar. En este

caso la sección del uréter izdo. pasó inadvertida, por lo que su reparación en el momento resultaba obviamente imposible”.

Por lo que se refiere a la detección de una “fuga por la sutura vesical” en la segunda de las intervenciones, señalan que la “intervención se inició con una cistoscopia, comprobando una sutura vesical por vía endoscópica de aspecto estanco. Por esta razón se inició un procedimiento laparoscópico con el hallazgo de una fístula ureteral. También durante la cirugía laparoscópica se procedió a la comprobación de la estanqueidad de la vejiga mediante el llenado a presión de esta con suero salino sin objetivar fuga por la sutura, único método eficaz para descartar una fuga urinaria. El hecho de que posteriormente esta sutura se abriese es imposible de predecir, y por tanto se considera que esta actuación fue en todo caso correcta”.

En cuanto a la aparición en la tercera de las intervenciones de “un trozo de intestino delgado necrosado que no se extirpó anteriormente y fue el origen de todo el proceso infeccioso”, precisa el Servicio de Urología que “en la intervención quirúrgica realizada el 16 de septiembre de 2013 se procedió a un desbridamiento exhaustivo de las asas intestinales con liberación de todas las adherencias abdominopélvicas y lavado profuso con suero salino para evitar el mantenimiento o nueva aparición de colecciones infecciosas, y en ese momento no se objetivó la presencia de ningún tipo de necrosis intestinal. En la intervención quirúrgica realizada el 15 de octubre de 2013 se encontró un segmento de intestino delgado adherido al lecho quirúrgico intestinal. Este intestino no estaba necrosado, sino que su no viabilidad dependía exclusivamente de la intensa adherencia que presentaba el lecho pélvico, impidiendo una correcta peristalsis. Las adherencias posquirúrgicas son frecuentes e inevitables, especialmente en cirugías con cuadros inflamatorios severos. En este caso además en la cirugía previa se había tenido especial cuidado en la liberación de las asas intestinales y en el lavado de la cavidad abdominal para impedir en la medida de lo posible que sucediese dicha situación”.

Sobre la aseveración de las reclamantes de que “se ocasiona una fístula ureteral y fístula vesical, no se extirpan desde el principio las asas de intestino necrosadas, se retrasa la intervención médica y el diagnóstico y no se soluciona la infección padecida desde el principio”, afirman que “las intervenciones quirúrgicas y médicas fueron correctas y realizadas en el tiempo adecuado en función de los diagnósticos que fueron realizándose, y en todo caso parecen secundarias estrictamente a los riesgos inherentes a toda cirugía intestinal compleja”.

En relación con la manifestación de que “no se tomaron las medidas de previsión y cuidados necesarios ni se utilizaron a tiempo las pruebas diagnósticas oportunas y no se utilizaron los tratamientos o intervenciones quirúrgicas adecuadas”, sostiene el Servicio informante que “las medidas de previsión y cuidados, las pruebas diagnósticas y los tratamientos se aplicaron conforme a la *lex artis* en todo caso”.

Finalmente, y en relación con la alegación de las interesadas de que “de haberse detectado un trozo de intestino necrosado se hubieran evitado las intervenciones y complicaciones posteriores”, aclara el Servicio de Urología que “las complicaciones posteriores no fueron debidas a la existencia de un trozo de intestino no grueso sino delgado y no necrosado sino inviable por su importante adherencia al lecho quirúrgico”, y que “no se realizó una extracción previa porque en el momento de la reintervención ese segmento de intestino era viable y se lavó y se liberó de las adherencias previas”.

Por su parte, el Servicio de Cirugía General señala que “el paciente fue diagnosticado de un tumor sincrónico, avanzado, en recto y sigma con infiltración de la vejiga y de las vesículas seminales. Con este diagnóstico las dificultades técnicas del acto quirúrgico y las posibilidades de complicaciones posoperatorias aumentan considerablemente./ Durante su proceso se actuó con buena praxis médica, reseñando que la necrosis de asas que se manifiesta no se encontraba en la primera intervención quirúrgica, ya que si fuera así se hubiera solucionado en ese momento, siendo una de las múltiples

complicaciones que se pueden producir en la evolución de este tipo de procesos./ En resumen, que se actuó siempre con buena praxis médica intentando, en todo momento, resolver las complicaciones que se fueron produciendo, aunque el resultado final no fuera el que todos hubiéramos deseado”.

7. El día 20 de febrero de 2015, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras relatar pormenorizadamente la asistencia sanitaria prestada al perjudicado por parte del servicio público sanitario, y a la vista de la historia clínica del mismo, en la que constan hasta cuatro documentos de consentimiento informado firmados por él en los que se describen, entre otras, las complicaciones denunciadas por las reclamantes, así como de los diferentes informes obrantes en el expediente, propone desestimar la reclamación al considerar que el proceso asistencial transcurrió en todo momento con arreglo a la *lex artis*.

8. Mediante escritos de 4 de marzo de 2015, 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.

9. Con fecha 7 de abril de 2015, emite informe, a instancia de la entidad aseguradora, un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica. Tras analizar la praxis seguida en el caso concreto que nos ocupa, manifiesta que se inicia “la intervención por vía laparoscópica, seccionando el recto distalmente y dejando colostomía terminal por el riesgo de dehiscencia. La técnica es correcta./ Por ser un tumor invasivo grande del recto-sigma el uréter se encontró íntimamente adherido o englobado al uréter, por lo que se lesionó en las maniobras de extirpación del tumor; esta lesión

pasó inadvertida, por lo que no se reparó intraoperatoriamente. Esta eventualidad está descrita y recogida en todos los consentimientos informados, siendo una lesión casual e imprevisible. Cuando existe una fuga de orina del uréter sale siempre a peritoneo libre, no al estómago, y como la orina es estéril hasta que da síntomas (hasta que se infecta) pasa un tiempo (en) que no se puede detectar, confundiendo con un íleo paralítico. El posoperatorio inmediato causa con íleo paralítico, como ocurre prácticamente siempre después de la cirugía, especialmente si es abdominal, siendo un estado transitorio de obstrucción intestinal por fallo en la actividad propulsiva normal de todo o parte del tubo digestivo. Cuando no cedió este cuadro junto con la aparición de peritonismo se solicitó un TAC abdominal, diagnosticándose en ese momento de lesión ureteral. La sospecha de complicación abdominal surgió en el momento adecuado con las exploraciones correctas./ En la reintervención se reimplantó el uréter en vejiga por vía laparoscópica, indicando el antibiótico correcto por el absceso intraperitoneal visualizado. Fue correcta la intervención para reimplantar el uréter y la antibioterapia pautada, por lo que el paciente mejoró clínicamente y por prueba de imagen./ Empeorando nuevamente se sospecha íleo paralítico, por lo que al no mejorar con las medidas habituales se le realiza cistografía y cistoscopia, comprobándose dehiscencia de sutura de la vejiga. Es correcto el diagnóstico en el tiempo adecuado, descartado el íleo y con las exploraciones adecuadas./ Se trata médicamente (...) de que cierre la vejiga con medidas conservadoras con una sonda vesical que mantenga la vejiga en reposo, no distendida, ya que así puede cicatrizar perfectamente, incluso sin llegar a suturar. Es correcta la demora de la segunda reintervención./ Llegado el momento de la segunda reintervención se encuentra la fístula de la vejiga, que se sutura, y asas de intestino delgado inflamadas (como indicó posteriormente el informe anatomopatológico) adheridas a la pelvis y a zonas cruentas quirúrgicas. Estas asas de intestino no están necrosadas, ya que tienen vascularización, no siendo de origen séptico; sin embargo, por la inflamación se encuentran rígidas, pierden la movilidad y

pueden ser causa de oclusión o pseudooclusión. No son viables en cuanto a la función. Es correcta la resección de las asas de intestino inflamadas./ En la primera reintervención no se describe inflamación irreversible del intestino, es de reseñar que el intestino era viable en cuanto a la función, no habiendo indicación de resección./ El paciente fallece por fallo multiorgánico asociado a un riesgo ASA IV, mortalidad que se aproxima al 100%. No superando la respuesta a la agresión pese a las medidas de soporte que se pautaron./ Se trata de un paciente de 83 años que durante la resección de un gran tumor recto-sigmoideo se lesiona el uréter izquierdo, complicación descrita, casual e imprevisible, que a pesar de tratar correctamente en tiempo (...), así como las complicaciones surgidas posteriormente, el paciente fallece. No habiendo en ningún momento retraso diagnóstico, diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, falta de medios ni mala práctica. No hubo intestino necrótico causa de la mala evolución, el intestino inflamado no fue causa de peritonitis, fue de causa de íleo prolongado o pseudooclusión”.

Con base en lo anterior concluyen que la “lesión iatrogénica del uréter por la extirpación de un gran tumor invasivo recto-sigmoideo” fue tratada “correctamente (...). Las complicaciones surgidas posteriormente se trataron correctamente: peritonitis secundaria, dehiscencia de sutura vesical, íleo adinámico y pseudooclusión intestinal (...). Todos estos efectos adversos no deseados están descritos, son casuales e imprevisibles”.

Por último, afirma 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*”.

10. Ese mismo día, y también a instancias de la compañía aseguradora, emite informe un gabinete jurídico privado. 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*./ La paciente (*sic*) fue informada correctamente de los riesgos que conllevaba la realización de las sucesivas intervenciones que le

fueron realizadas (...), las cuales estaban indicadas, produciéndose finalmente uno de esos riesgos a pesar de haber sido correcta la actuación de los facultativos. Una vez producida esta complicación el tratamiento para solucionarla también fue correcto, pero a pesar de ello el paciente falleció./ No existe antijuridicidad en el daño reclamado./ Ni tampoco existe nexo causal, ya que el motivo del fallecimiento hay que buscarlo en la situación basal previa del paciente. Lo que se ha intentado es mejorar el estado de salud del mismo empleando para ello los medios adecuados./ Dado lo anterior, procede rechazar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada”.

11. Mediante escrito notificado a las interesadas el 23 de abril de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Con fecha 28 de abril de 2015 comparece en las dependencias administrativas el hijo de una de las perjudicadas, debidamente apoderado para actuar en nombre de estas, y se le hace entrega de una copia de lo actuado hasta ese momento, según consta en la diligencia extendida al efecto.

El día 30 de abril de 2015, un letrado, en nombre y representación de las interesadas, según consta en la copia del poder notarial que se adjunta, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reitera en todos los términos de la reclamación inicial. Afirma que “después de la primera intervención quirúrgica se deja dentro del lecho quirúrgico intestinal de la pelvis un trozo de intestino delgado necrosado”, y pone de relieve que, “a pesar de que por la Administración se insiste en que el paciente fue informado sobre los riesgos derivados de las intervenciones a las que fue sometido, lo cierto es que no existe información sobre los riesgos concretos que han sucedido en este caso (sección del uréter, fístulas ureteral y vesical), y desde luego que nunca se le advirtió de la posibilidad de que en las intervenciones quedara un segmento de intestino delgado necrosado”.

12. Con fecha 20 de mayo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “durante el proceso asistencial el paciente recibió tratamiento antibiótico coincidiendo con las tres intervenciones realizadas (...). Las complicaciones sufridas durante el proceso asistencial eran posibles en las intervenciones realizadas, y el paciente fue debidamente informado sobre estos posibles riesgos, tal como consta en los documentos de consentimiento informado firmados por el paciente. Por otra parte, no ha quedado acreditado que en la primera intervención “no se extirpó, o se dejó depositado”, un trozo de intestino delgado como se manifiesta en la reclamación; por el contrario, la Anatomía Patológica evidencia que en la tercera intervención lo que se resecó fue un trozo de intestino delgado inflamado con adherencia entre las asas”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de junio 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 las interesadas activamente legitimadas 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.

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 10 de octubre de 2014, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del paciente- el día 18 de octubre 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.

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.

SIXTA.- Las reclamantes interesan una indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su padre y esposo, respectivamente, que atribuyen a la asistencia que se le prestó por el servicio público sanitario.

Consta acreditado en el expediente el fallecimiento del pariente de las interesadas, por lo que cabe presumir que han sufrido un daño moral, sin perjuicio de una valoración más precisa del soportado por cada una de ellas,

que realizaremos en el caso de que concurran los requisitos para declarar la responsabilidad pretendida.

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.

Al respecto, y 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 los daños alegados por las reclamantes son 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.

También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga 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.

A los expresados efectos, observamos que en el presente supuesto las perjudicadas basan su reclamación en una descalificación global, y en gran medida indeterminada, de la asistencia prestada por el servicio público sanitario a su familiar cuando este requirió los servicios de aquel en busca de un remedio quirúrgico a la enfermedad que, con un más que comprometido pronóstico, le había sido diagnosticada en el ámbito de la medicina privada. Prueba de ello la encontramos en su afirmación de que resulta “evidente” que el funcionamiento del servicio público sanitario “no fue el correcto, pues, ya sea por retraso en la atención médica, por diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, por falta de disposición de medios, e incluso por mala praxis, desencadena un cúmulo de sucesos, patologías y complicaciones que dieron lugar o precipitaron el fallecimiento del paciente”. Es cierto que tras esta descalificación global e indeterminada del funcionamiento del servicio público sanitario, al que se le reprochan todas las deficiencias posibles, una atenta lectura, tanto del escrito de que da inicio al expediente como del presentado en el trámite de audiencia, permite individualizar en qué aspecto se concretaría la mala praxis denunciada por las interesadas, para quienes todas las complicaciones surgidas, y que a la postre desembocaron en el fallecimiento de su familiar, se explicarían por el hecho de que “después de la primera intervención quirúrgica se deja dentro del lecho quirúrgico intestinal de la pelvis un trozo de intestino delgado necrosado”.

Así las cosas, lo primero que llama la atención a la vista de la documentación obrante en el expediente es que las censuras que las reclamantes dirigen frente al funcionamiento del servicio público sanitario carecen del más mínimo apoyo probatorio que les dé soporte. En estas condiciones, y puesto que no se aporta prueba pericial alguna en relación con

lo que pudiera ser conceptuado como una mala praxis, hemos de realizar nuestra valoración al respecto sobre la base de los diferentes informes incorporados al expediente por la Administración sanitaria; los cuales, tras ser conocidos por aquellas en el trámite de audiencia, no han sido cuestionados por su parte con documento pericial alguno de contraste.

En consecuencia, si tenemos en cuenta que todos los informes incorporados al expediente resultan coincidentes al considerar que la asistencia prestada al perjudicado resultó acorde con los postulados de la *lex artis ad hoc*, no podemos más que concluir -como hace la Administración en la propuesta de resolución que somete a nuestra consideración- que la reclamación ha de ser desestimada.

Es más, sorprende que en el trámite de audiencia las interesadas sigan concretando la mala praxis denunciada en el hecho de que “después de la primera intervención (...) se deja dentro del lecho quirúrgico intestinal de la pelvis un trozo de intestino delgado necrosado”, pues ya han tomado conocimiento de que todos los informes incorporados al expediente ponen de relieve, con apoyo en el informe anatomopatológico obrante al folio 281, que esa pretendida “necropsia” del intestino era sencillamente inexistente.

Por la misma razón debe rechazarse el argumento de las reclamantes de que el perjudicado nunca fue advertido de “la posibilidad de que en las intervenciones quedara un segmento de intestino delgado necrosado”.

En definitiva, con los elementos probatorios obrantes en el expediente, que contienen las razones técnicas imprescindibles para fundamentar una conclusión, frente a la cual las reclamantes han declinado hacer aportación alguna, debemos de concluir que no se aprecia la violación de la *lex artis* denunciada.

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.