

Expediente Núm. 144/2016
Dictamen Núm. 188/2016

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 ordinaria por procedimiento escrito del día 1 de septiembre de 2016, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 31 de mayo de 2016 -registrada de entrada el día 3 del mes siguiente-, 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 atribuyen a una infección nosocomial.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 29 de enero de 2015, la interesada, en su propio nombre y derecho y en nombre y representación de su madre y de su hermana, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de un familiar en un centro hospitalario.

Expone que su padre ingresó en el Hospital "el día 2 de diciembre de 2014 debido a una fractura subcapital de cadera izquierda, carente de ninguna patología ni enfermedad que no fuera dicho traumatismo".

Pone de relieve que la "intervención quirúrgica no se realizó hasta el día 11 del mismo mes, esto es, 9 días después de su ingreso, sin más motivo que, según se nos manifestó, la carencia de personal", y precisa que "durante el posoperatorio se le diagnosticó de neumonía nosocomial de la que terminó falleciendo el día 15 de diciembre de 2014".

Manifiesta que "es intención de esta parte reclamar cuantas responsabilidades se deriven de estos hechos y cuantas indemnizaciones sean consecuencia de las mismas, lo que, como reclamación previa realizo a medio de este escrito, solicitando la apertura del correspondiente expediente y la depuración de todas las responsabilidades profesionales y económicas que procedan".

2. Mediante escrito de 16 de febrero de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a la firmante del citado escrito 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.

Asimismo, la emplaza para que acredite tanto el fallecimiento de su padre como la representación con la que dice actuar, y la requiere para que proceda a la cuantificación del daño.

En respuesta a dicho requerimiento, el 27 de febrero de 2015 presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito al que adjunta diversa documentación acreditativa tanto del fallecimiento de su familiar como de la representación que ostenta.

Igualmente procede a cuantificar el daño reclamado, que asciende a la cantidad total de sesenta y siete mil ciento tres euros con ochenta y ocho céntimos (67.103,88 €).

3. El día 6 de abril de 2015, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación interesa de la Gerencia del Área Sanitaria V una copia de la historia clínica del perjudicado, así como informes del Servicio de Traumatología del Hospital y, al tratarse de una infección nosocomial, del Servicio de Medicina Preventiva del citado centro.

4. Con fecha 21 de abril de 2015, la Gerente del Área Sanitaria V traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente al que se refiere la presente reclamación y los informes emitidos por los Servicios de Medicina Preventiva y de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

En el informe del Servicio de Medicina Preventiva, elaborado el 15 de abril de 2015, se indica que "es difícil establecer las causas concretas del caso (...), ya que no se determina el agente causal -3 hemocultivos negativos con fecha de entrada en el laboratorio del 15-12-2015-, ni hay respuesta favorable al tratamiento antibiótico empírico. Por tanto, es posible que el fracaso respiratorio no se deba únicamente a un microorganismo difícil de erradicar y también (que) hayan concurrido otras causas no infectocontagiosas (...). La incidencia de neumonía nosocomial es mucho más elevada en los enfermos intubados, pero se dan casos en las áreas de hospitalización general medicoquirúrgicas (...). El Hospital sigue el programa de prevención de neumonía en el enfermo ventilado ingresado en la UCI, Neumonía Zero. La tasa de incidencia de neumonía nosocomial en UCI en 2014 fue de 2,96 neumonías por 1.000 pacientes-día de intubación. Tasa que es inferior al estándar establecido de < 9 neumonías por 1.000 pacientes-día (...). Es difícil conocer la incidencia real de la neumonía nosocomial fuera de las UCI debido a la dispersión de los casos en el hospital y la posible presentación tras el alta hospitalaria. El dato que nos puede orientar es la neumonía tras procedimiento quirúrgico. En el año 2014 la incidencia acumulada de neumonía tras un procedimiento limpio con implante en Traumatología fue del 0,35% (2 casos de 568 procedimientos vigilados) (...). Tampoco tenemos constancia en la primera

quincena de diciembre de 2014 de brotes de infección nosocomial en el hospital (...). Desde el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital se establecen una serie de recomendaciones que están recogidas en distintos documentos de consenso y protocolos que incluyen unas medidas generales para el control de la infección nosocomial y otras particulares para la prevención de la neumonía (...). La principal medida para evitar la infección nosocomial es el lavado de manos antes y después de atender a cada paciente y la asepsia al realizar los cuidados de salud (...). Para prevenir la transmisión de microorganismos hacia la vía respiratoria se recomienda desechar o desinfectar todos los equipos reutilizables (materiales de aspiración o nebulización), no compartirlos entre los pacientes y utilizar fluidos estériles (...). En el Hospital se realizan actuaciones específicas para evitar la contaminación del ambiente y (...) la transmisión de microorganismos mediante aerosoles (Legionella, Aspergillus) (...). Las actividades de control de la Legionella están reguladas en el Real Decreto 865/2003, de 4 de julio, por el que se establecen los Criterios Higiénico-Sanitarios para la Prevención y Control de la Legionelosis (...). La vigilancia del nivel de hongos filamentosos se realiza en todos los quirófanos del hospital, cerrando la actividad quirúrgica de riesgo en aquellos que tengan el crecimiento de 1 colonia de Aspergillus. En el quirófano 8, donde fue operado el paciente, los controles realizados antes y después de la intervención fueron el 11-11-2014 y el 31-12-2014, siendo ambos negativos”.

Con fecha 17 de abril de 2016, el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital informa que el paciente “ingresa en nuestro Servicio el día 2-12-2014 por lesiones sufridas en caída casual y diagnosticado de fractura subcapital de cadera izda./ A su ingreso se solicita estudio preoperatorio y consulta al S. de Anestesia, que se realiza el 3-12-2014 informada como riesgo quirúrgico ASA II y no apto hasta recibir analítica completa. Se informa como apto el 5-12-2014, interviniéndose quirúrgicamente el día 11-12-2014. Se coloca prótesis tipo Bihapro./ Durante su ingreso es controlado por la Unidad de Orto geriatria./ El día 12-12-2014 a las 9:30 h se avisa por cuadro de disnea y dificultad respiratoria. Se inician estudios y se

pauta tratamiento apropiado. Es diagnosticado de neumonía bilateral./ Se valora por la UCI, que consideran tratamiento en la planta con Tazocel./ Su evolución es desfavorable y el día 15-12-2014, comentado con la familia, se decide sedación y (...) a las 22:40 causa exitus”.

Obra incorporada a la historia clínica una carta en la que los familiares del fallecido ponen en conocimiento del Consejero de Sanidad su malestar con la asistencia prestada al paciente durante su ingreso en el Hospital, fundamentalmente por parte del personal de enfermería de este centro.

5. También a requerimiento de la Inspectora de Prestaciones Sanitarias, el día 29 de mayo de 2015 emite informe el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital En él señala que “el paciente ingresó en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología el 2 de diciembre de 2014, tras haber sufrido una caída casual en su domicilio con resultado de fractura transcervical de cadera izquierda (...). Al día siguiente de su ingreso, según establece el Programa de Orto geriatria, el médico de Medicina Interna responsable realizó una valoración y procedió a la evaluación global del paciente, control de toda su comorbilidad, conciliación de la medicación y establecimiento del programa terapéutico para evitar complicaciones (...). Fue seguido diariamente por el mismo médico responsable de Medicina Interna, quien procedió a las modificaciones y ajustes necesarios en función de su situación clínica. Se mantuvo estable y sin incidencias relevantes (...). Tras la intervención quirúrgica realizada el día 11 de diciembre de 2014 el paciente presentó una neumonía bilateral grave complicada con insuficiencia respiratoria y acidosis respiratoria de la que fue atendido por el médico de Medicina Interna responsable del Programa de Orto geriatria (...). Evolucionó de forma desfavorable a pesar del tratamiento médico instaurado, que incluyó soporte respiratorio, antibioterapia de amplio espectro y otras medidas de sostén. El paciente falleció el día 15 de diciembre de 2014”.

6. El día 10 de junio de 2015, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que “tras analizar la documentación facilitada y las actuaciones realizadas puede concluirse, en relación a la asistencia prestada (...), que nos encontramos con un paciente de 87 años con antecedentes personales de HTA, insomnio, síndrome depresivo e (intervención quirúrgica) de prótesis de cadera derecha. El 02-12-2014, tras sufrir una caída con TCE y presentar dolor en cadera izquierda, es diagnosticado en el Servicio de Urgencias del Hospital de ‘fractura subcapital de cadera izquierda’, ingresando en el Servicio de Traumatología para tratamiento quirúrgico. El 03-12-14 se programa para intervención quirúrgica y el 05-12 el Servicio de Anestesia considera al paciente ‘apto’, siendo intervenido el 11-12 por el Servicio de Traumatología, colocando una prótesis tipo Bihapro. El 12-12 (...) desarrolla fallo respiratorio en relación con neumonía bilateral que se trata con antibióticos, es valorado por Medicina Interna decidiendo tratamiento conservador en planta, y el 13-12 se aumenta la cobertura antibiótica, manteniendo el tratamiento antibiótico hasta el 15-12, fecha en la que a las 22:40 h se conforma (el) exitus (...). Los hemocultivos realizados resultaron negativos, por lo que es difícil establecer las causas concretas de la neumonía que se diagnosticó al paciente, siendo posible que en el fracaso respiratorio hayan concurrido otras causas no infectocontagiosas./ Previamente a la intervención el paciente firma documento de consentimiento informado donde constan como posibles riesgos las complicaciones sufridas (...). También se realiza profilaxis antibiótica antes y después del acto quirúrgico (...). Fue seguido estrechamente por los profesionales que lo tenían a su cargo, quienes actuaron en función de la evolución clínica del paciente. Puede considerarse, por tanto, que la asistencia prestada al perjudicado se ajustó a la *lex artis*./ Por lo anteriormente expuesto considero, salvo mejor criterio, que procede desestimar la reclamación”.

7. Con fecha 17 de junio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas 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. Mediante oficio de 26 de enero de 2016, 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 en el expediente que se da cumplimiento a lo solicitado el día 18 de febrero de 2016.

9. El día 23 de febrero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El 25 de febrero de 2016 comparece en las dependencias administrativas una de las interesadas, a quien se le hace entrega de una copia de la documentación obrante en el expediente.

Mediante oficio de 30 de marzo de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a la correduría de seguros que ha transcurrido el plazo establecido para formular alegaciones sin que se hayan presentado.

10. Con fecha 25 de abril de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas, haciendo suyas las conclusiones del informe técnico de evaluación, elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 31 de mayo de 2016, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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 reclamantes -viuda e hijas 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.

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 29 de enero de 2015, habiendo tenido lugar el fallecimiento del que trae origen el día 15 de diciembre de 2014, 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, y 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.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se solicita una indemnización como consecuencia del fallecimiento de un paciente que las reclamantes atribuyen a una infección “nosocomial” contraída en el Hospital, donde su familiar había ingresado el día 2 de diciembre de 2014 tras sufrir una caída en su domicilio. En este centro sanitario, tras serle diagnosticada una fractura de cadera izquierda, el enfermo fue sometido el día 11 de ese mismo mes a una intervención quirúrgica para su tratamiento.

Consta en el expediente que el esposo y padre de las interesadas falleció en el citado centro hospitalario el día 15 de diciembre de 2014, por lo que es evidente que esta pérdida ha originado en aquellas un daño real y efectivo de naturaleza moral.

Ahora bien, la mera existencia de unos daños efectivos, individualizados y susceptibles de evaluación económica surgidos 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 aquellos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio y que son antijurídicos.

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.

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.

Aplicado lo anterior al presente supuesto nos encontramos con que las reclamantes no han desarrollado ninguna actividad probatoria en la dirección indicada, limitándose a dejar constancia en su escrito inicial de que la

intervención quirúrgica a la que fue sometido su familiar se realizó una vez transcurridos 9 días desde el ingreso, “sin más motivo que, según se nos manifestó, la carencia de personal”, y de que tras serle diagnosticada una “neumonía nosocomial” falleció a los 4 días de la operación.

En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio sobre el respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada al paciente con base en los informes médicos incorporados al expediente por parte de la Administración sanitaria frente a la que se reclama durante la instrucción del procedimiento; informes que, conocidos por las interesadas en su comparecencia durante el trámite audiencia, no han sido objeto de alegación alguna.

Planteada la cuestión en los términos expuestos, y partiendo del dato de que el paciente desarrolló, al día siguiente de la intervención quirúrgica a la que fue sometido en el Hospital para el tratamiento de la fractura que motivó su ingreso, un fallo respiratorio en relación con una neumonía bilateral tratada de manera inmediata, debemos tener presente que en casos similares al que nos ocupa este Consejo viene manifestando que “la mera aparición de una infección nosocomial no permite deducir una infracción de la *lex artis ad hoc* en la prestación sanitaria (por todos, Dictamen Núm. 379/2011). No obstante, hemos de recordar que, aun admitiendo que de acuerdo con el estado actual de la medicina es imposible erradicar por completo el riesgo de que se produzcan infecciones hospitalarias en un ámbito singular en el que la exposición a los agentes causantes resulta inevitable, cualesquiera que sean las medidas profilácticas y preventivas adoptadas, también hemos señalado que en el caso de apreciarse la existencia de un daño desproporcionado o extraordinario, aunque típico, de esta índole la Administración ha de extremar la justificación de que toda su actividad se ajustó a los dictados de la *lex artis*; es decir, ha de demostrar que actuó con la debida diligencia para prevenir la aparición de una infección hospitalaria. En definitiva, no resulta exigible al servicio público sanitario que garantice la no aparición de tales infecciones, pero lo que sí ha de demandarse de la Administración sanitaria es que acredite que ha utilizado

todos los instrumentos disponibles para reducir al mínimo el riesgo de una infección nosocomial, justificando de forma detallada y exhaustiva el cumplimiento de las reglas internas para su prevención”.

A la vista de ello, en el presente supuesto conviene retener las siguientes cuestiones que aparecen recogidas en el informe emitido por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital En primer lugar, y por lo que ahora interesa, se indica en él que “es difícil establecer las causas concretas del caso (...), ya que no se determina el agente causal -3 hemocultivos negativos con fecha de entrada en el laboratorio del 15-12-2015-, ni hay respuesta favorable al tratamiento antibiótico empírico. Por tanto, es posible que el fracaso respiratorio no se deba únicamente a un microorganismo difícil de erradicar y también (que) hayan concurrido otras causas no infectocontagiosas”. En segundo lugar, se señala que no existe “constancia en la primera quincena de diciembre de 2014 de brotes de infección nosocomial en el hospital”. Por último, se pone de relieve que “en el quirófano 8, donde fue operado el paciente, los controles realizados antes y después de la intervención fueron el 11-11-2014 y el 31-12-2014, siendo ambos negativos”.

Desde otra perspectiva, y si tenemos en cuenta la edad del paciente -87 años al momento de su fallecimiento-, tampoco debemos olvidar que, tal y como consta acreditado en el expediente -folios 111 y 112-, el día 4 de diciembre de 2014 había firmado el previo y preceptivo “consentimiento informado para tratamiento de fractura proximal de fémur” en el que, de manera expresa, y como con acierto señala la Inspectora de Prestaciones Sanitarias en el informe técnico de evaluación, “constan como riesgos posibles la `infección (...), neumonía (...), insuficiencia respiratoria´ y las `(...) complicaciones del estado general como consecuencia de la edad y que pueden originar la muerte´”.

Como hemos advertido, en el trámite de audiencia las interesadas tuvieron conocimiento de los referidos informes sin formular reparo alguno.

En consecuencia, de todos los informes incorporados al expediente se desprende que la asistencia prestada al paciente resultó acorde en todo

momento con los postulados de la *lex artis ad hoc*, y que el daño moral alegado por las reclamantes que deriva del fallecimiento de su familiar no guarda relación con una mala práctica médica, sino que se trata de la desgraciada materialización de los riesgos típicos derivados de la intervención quirúrgica a la que fue sometido y encuadrable en los recogidos en el documento de consentimiento informado suscrito por el paciente, por lo que no resulta antijurídico. Por tanto, 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.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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.