

Expediente Núm. 273/2017  
Dictamen Núm. 272/2017

**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 2 de noviembre de 2017, 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 29 de septiembre de 2017 -registrada de entrada el día 5 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia del fallecimiento de su madre tras una intervención quirúrgica programada de hombro.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 23 de noviembre de 2016, un letrado que afirma ostentar “la dirección jurídica” de la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los

daños y perjuicios que atribuye al funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Explica que la madre de la reclamante acudió el 30 de julio de 2013 al Servicio de Urgencias del Hospital ..... tras sufrir una caída, siendo “diagnosticada de fractura del cuello quirúrgico del húmero derecho, pautándose un tratamiento médico (inmovilización y fármacos)./ Debido a la mala evolución de la fractura en los meses posteriores, donde se constata que existe pseudoartrosis (falta de consolidación ósea), su traumatólogo (...) le propone cirugía para colocar una prótesis de cabeza humeral y se le da fecha para la cirugía el 8 de octubre de 2013”.

Indica que “se le realizan las pruebas preoperatorias oportunas”, y que “el día 1 de octubre de 2013 constan los resultados del hemograma y de la analítica de orina”, apareciendo algunos de ellos alterados que figuran marcados con asteriscos en las hojas correspondientes, y precisa que los “anómalos ponen de manifiesto la existencia de una infección de tracto urinario e insuficiencia renal, además de anemia”, pese a lo cual “en la consulta de Anestesiología el día 4 de octubre de 2013 se le considera apta para la cirugía, dándole para firmar el consentimiento informado. Se le clasifica como ASA III”, ya que tiene “una enfermedad sistémica grave con limitación funcional pero no incapacitante, como es su espondilitis anquilosante que le impide realizar extensión del cuello. Debido a ello, la intubación traqueal fue difícil (...), precisó de ayuda y se clasificó como Cormak III, ya que una vez introducido el laringoscopio solo se veía la epiglotis”.

Reseña que “la cirugía transcurrió sin incidencias desde las 12:06 hasta las 15:10 horas del día 8 de octubre de 2013, aunque con tendencia a la hipotensión hacia el final de la misma./ El día 9 de octubre de 2013, es decir durante el posoperatorio inmediato (...), presenta bajo nivel de conciencia y dificultad respiratoria, por lo que se decide su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos. Ya en el posoperatorio inmediato presentó oliguria (escasa producción de orina) y anemización” que requirió transfusión sanguínea. Se le

realiza radiografía de tórax, colocación de sonda nasogástrica y administración de antibioterapia y drogas vasoactivas, pese a lo cual “continúa el fallo respiratorio progresivo”, siendo imposible la intubación orotraqueal, “por lo que se le practica cricotiroidotomía de urgencia”, falleciendo la paciente tras sufrir una parada cardiorrespiratoria.

Pone de manifiesto que los resultados de la autopsia determinan que “la causa fundamental de la muerte es una bronconeumonía aguda bilateral con posible shock séptico (hemocultivo negativo debido a la antibioterapia empírica recibida)”.

Considera que las alteraciones evidenciadas en las pruebas preoperatorias (anemia e infección urinaria) “no tienen relación directa con la causa de la muerte, pero suponen una situación basal patológica que influyó en la fatal evolución de la bronconeumonía, ya que no se partía de una situación del organismo adecuada para superar tal infección pulmonar”. Sostiene también que “ambas afecciones debieron ser tratadas médicamente con anterioridad a la intervención quirúrgica, teniendo en cuenta que esta era programada”.

Señala que los hechos “se pusieron en conocimiento del Juzgado de Instrucción N.º 7 de Avilés por si de los mismos resultara la comisión de un delito”, siguiéndose diligencias previas que concluyeron con el Auto de 15 de junio de 2015 en el que se dispone que “la única posible negligencia que se imputa por la médico forense es indirecta y que en modo alguno afectan a la aparición del origen de la causa de fallecimiento, como es que resultando de la analítica una anemia y una infección de tracto urinario con insuficiencia renal, y no ser la operación urgente pudo posponerse para que la paciente entrara en el quirófano con mejor salud física y así responder mejor a cualquier contratiempo que surgiera y que no era previsible./ Es decir, estamos ante una posible negligencia en su caso que solo afecta de manera secundaria e indirecta y en nada afecta al origen de la causa del fallecimiento, pues el hecho de que tenga anemia, infección de tracto urinario o insuficiencia renal antes de la operación en modo alguno influyeron en la aparición del síndrome de embolismo, o en la

bronconeumonía, pues no se trata de factores que afecten a la existencia de dichas causas”. Indica que el auto acordando el sobreseimiento fue recurrido en apelación, dictándose Auto por la Audiencia Provincial de Oviedo el 13 de noviembre de 2015, notificado el 24 de noviembre de dicho año”.

La indemnización solicitada asciende a veinte mil euros (20.000 €).

**2.** Mediante escrito de 14 de diciembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Igualmente, le concede un plazo de diez días para que pruebe su parentesco con la perjudicada, así como para que el letrado acredite su representación en legal forma.

Mediante escrito presentado el 30 de diciembre de 2016, el letrado actuante cumplimenta ambos requerimientos, aportando copia del Libro de Familia y poder notarial relativo a la representación que ostenta de fecha 16 de diciembre de 2013.

Con fecha 12 de enero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas dirige un escrito a la reclamante corrigiendo el error material consistente en la cita normativa realizada en la comunicación remitida, que procede a actualizar.

**3.** El día 27 de enero de 2017, el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la perjudicada en soporte electrónico y los informes de los Servicios de Traumatología, de UCI y de Anestesiología y Reanimación del Hospital .....

El primero de ellos, suscrito por el Jefe del Servicio con fecha 23 de enero de 2017, reseña que la paciente “fue tratada inicialmente mediante

vendaje inmovilizador y medicación analgésica, pero debido a la mala evolución se decidió posteriormente intervención quirúrgica para reducción correcta de la fractura y osteosíntesis (...). Se le realizó un estudio preoperatorio protocolizado y el día 8 de octubre fue intervenida quirúrgicamente”, cursando la operación, “en cuanto a la osteosíntesis realizada”, sin anomalías. Concluye que “la atención a esta paciente desde el punto de vista de nuestro Servicio ha sido correcta, realizándose un tratamiento adecuado primeramente de manera conservadora y al no obtener buen resultado de manera quirúrgica”.

El segundo, suscrito por un Facultativo Especialista de UCI el 26 de enero de 2017, refiere que la paciente “ingresa en UCI a las 19:30 procedente de la Planta de Hospitalización de Traumatología tras ser evaluada por el médico intensivista a requerimiento de la guardia de Medicina Interna por presentar signos de insuficiencia respiratoria aguda” cuya causa, según la radiografía realizada, era una infiltración alveolar bilateral. Añade que “al ingreso en UCI presenta signos de bajo gasto, abdomen muy distendido e insuficiencia renal, evolucionando rápidamente con fallo hemodinámico y respiratorio, falleciendo a las 2 h de estancia en UCI./ En relación con las consideraciones de la reclamación sobre si la existencia de una anemia de 9,9 g y una analítica de orina preoperatoria con sedimento patológico pudo ser el desencadenante del episodio agudo de la paciente, se considera que esa anemia no comprometía de forma significativa el transporte de oxígeno y que la alteración del sedimento urinario no se asociaba a signos de infección, teniendo en cuenta además que (...) durante el episodio agudo presentó hemocultivos negativos, por lo que se descartaría una sepsis de foco urinario./ La causa de muerte más probable es un fallo respiratorio agudo con infiltrados pulmonares bilaterales que aparecen en un posoperatorio tardío, desencadenado por una broncoaspiración, un síndrome de embolismo graso o un edema pulmonar cardiogénico o no cardiogénico, sin relación aparente con la existencia de unas condiciones previas a la intervención quirúrgica como anemia de 9,9 g de Hb o

un sedimento patológico". Adjunta un informe clínico relativo al ingreso en la Unidad, de fecha 3 de febrero de 2014.

Por último, el informe del Jefe de Sección del Servicio de Anestesiología-Reanimación expone que la paciente fue clasificada como ASA III, "lo cual quiere decir que (...) tiene una incapacidad sistémica grave con limitación funcional, pero no incapacitante./ Una vez revisada la historia, se procedió a informar a la paciente de los riesgos de la intervención, de la probable técnica anestésica y a continuación se le da a firmar el consentimiento informado, que en este caso firma su hija, al tener la paciente el brazo en cabestrillo./ El día de la intervención se realiza en el antequirófano, por parte del anestesiólogo asignado, una evaluación preanestésica inmediata para valorar posibles cambios en relación al estudio preanestésico del día 4, no hubo cambios./ La intubación traqueal fue difícil, como así se preveía, dado que la paciente no extiende el cuello por su espondilitis. No obstante, se realizó sin gran dificultad al segundo intento./ La intervención transcurrió sin incidencias, se acompaña la gráfica de anestesia, donde se registran las incidencias intraoperatorias, fármacos administrados, registros de constantes y monitorización llevada a cabo (...). La paciente, una vez finalizada la intervención, sobre las 12 h a. m., pasa a la Unidad de Recuperación Postanestésica, donde el personal de enfermería realiza una valoración de su estado mediante el test de Aldrete modificado, que valora la actividad, la respiración, circulación, estado de consciencia etc., formulario que se adjunta (...). La paciente permanece en Reanimación hasta las 18 h p. m. sin incidencias, se adjunta (...) el registro de constantes durante su permanencia en Reanimación (...). A continuación se traslada a la Unidad de Hospitalización de Traumatología, donde es recepcionada por el personal de enfermería, quien cumplimenta el formulario correspondiente que se adjunta", momento en el que es alta en la Unidad, a la que no regresa.

Explica que "a la paciente se le da de paso por considerar que aunque tenga patologías asociadas estas no son susceptibles de mejoría aunque se

posponga la intervención. En el momento del estudio preanestésico no había descompensación de ninguna de las patologías crónicas que la paciente presentaba”.

En cuanto a los hechos descritos en la reclamación, señala, en primer lugar, que “el día siguiente” de la operación “no es el posoperatorio inmediato”, y que “mientras la paciente estuvo bajo nuestra supervisión no hubo incidencias destacables, como se puede comprobar en la documentación aportada”. En segundo lugar, indica “que si se hubiese producido una broncoaspiración en el momento de la intubación quien primero se percata de ello es el anestesiólogo. En ningún caso se produjo broncoaspiración en ese momento”, aunque es posible que en el caso de haber existido se hubiera producido “durante la madrugada del día 9”, si bien puede tratarse de “un embolismo graso, como así se apuntó en el informe de Cuidados Intensivos”. En tercer lugar, pone de relieve que la reclamante “da por hecho que las alteraciones analíticas expuestas (anemia, bacteriuria e insuficiencia renal) no se tuvieron en cuenta. La expuesta normalidad de rangos en pruebas analíticas siempre está sujeta a la variabilidad entre pacientes y patologías; no son cifras absolutas. Se valoraron y se analizaron, y puesto que no eran susceptibles de mejoría en base a la mejor evidencia científica del momento, y no repercutían en el estado de la paciente, se dejó constancia de ello y se dio de paso (...). Sin presentar ninguna sintomatología, el estado de la paciente no iba a ser mejor de cara a la intervención (...). No presentaba un estado patológico previo susceptible de mejoría que incrementase el riesgo perioperatorio. Pruebas adicionales, tratamientos innecesarios y el retraso de la intervención únicamente van en detrimento del paciente”. Añade que, pese a que “se afirma que la paciente tenía infección de orina (...), no queda demostrado en ningún momento: se necesitan tener síntomas como fiebre y molestias al orinar para hacer el diagnóstico. En la consulta preanestésica no tomaba fármacos susceptibles de enmascaramiento de síntomas, como queda reflejado en la documentación clínica”.

Por último, reitera que “se puede descartar de manera rotunda la broncoaspiración en quirófano, pues el manejo de la vía aérea difícil de la paciente se realizó sin incidencias (nadie que no estuviera presente puede afirmar lo contrario; en caso de que hubiese existido, los síntomas derivados aparecen entre las 2 y las 6 horas posteriores; pasado ese tiempo se puede descartar). Insiste, de nuevo, en la clarificación de la “definición de ‘posoperatorio inmediato’, que es el tiempo que transcurre entre el fin de la intervención y el paso a la planta de hospitalización. El cuadro clínico fatal ocurre en planta, en el posoperatorio tardío”.

**4.** Mediante escrito de 28 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas pone en conocimiento de la correduría de seguros la presentación de la reclamación.

**5.** Figura incorporado al expediente, a continuación, el informe médico suscrito colegiadamente por cuatro especialistas en Traumatología y Cirugía Ortopédica el día 2 de mayo de 2017 a instancia de la compañía aseguradora. En él se efectúan diversas consideraciones médicas relativas a la espondiloartritis (patología que padecía la paciente), la broncoaspiración y las fracturas de húmero. En relación con la segunda, señalan que la disfagia orofaríngea puede afectar “en el 10-30 % de pacientes hospitalizados independientemente de la causa del ingreso, en el 15 % de los mayores de 65 años”, y explican que “el diagnóstico radiológico se hace por la presencia de infiltrados pulmonares cavitados o no”.

Concluyen que “la paciente tiene unos antecedentes personales que son factores de riesgo de broncoaspiración”, que “la evaluación preoperatoria por Anestesiología” es correcta, que “las alteraciones de laboratorio preoperatorias (...) no han sido la causa de su descompensación posquirúrgica” y que “en la autopsia no se describe perforación de la vía aérea ni digestiva por la intubación, igualmente no hay iatrogenia farmacológica, según la demanda./ No

hay hemorragia posquirúrgica del foco de fractura, pues no hay datos en el redón y su reservorio de la misma./ Por los datos aportados en la historia clínica la paciente presentó posiblemente una aspiración broncopulmonar posoperatoria que le produce una neumonía aspirativa que conlleva al shock y este al exitus./ No hay evidencia de haberse vulnerado la *lex artis*, sino (de) ser una complicación factible de la cirugía./ Ahora bien, hay que señalar igualmente que el exitus no puede ser imputado, como pretende la demanda, a una asistencia inadecuada por parte de los profesionales del sistema sanitario público (...). Por el contrario, su actuación y posteriormente el control posoperatorio en el sistema público, al utilizar los recursos que en cada momento el estado de aquella demandaba, fue correcta y conforme con las exigencias de la *lex artis* profesional, y lo fue por las siguientes razones (...): Porque la cirugía estaba indicada en este caso (...). Porque la intervención contaba con información (...). Porque el acto quirúrgico se desarrolló sin complicaciones (...). Porque las complicaciones surgidas en el posoperatorio han supuesto la materialización de varios de los riesgos del procedimiento que, aunque infrecuentes, están profusamente documentados en la literatura científica y cuya aparición es imprevisible e inevitable según el estado actual de la ciencia médica”.

**6.** Con fecha 29 de junio de 2017, se notifica a la interesada la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El plazo transcurre sin que se presenten alegaciones.

**7.** El día 19 de septiembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes obrantes en el expediente. Afirma que “las complicaciones surgidas en el posoperatorio fueron la materialización de varios de los riesgos del procedimiento (...) y cuya aparición es imprevisible e

inevitable. La causa de la muerte más probable es un fallo respiratorio agudo con infiltrados pulmonares bilaterales que aparecen en un posoperatorio tardío, desencadenado por una broncoaspiración, un síndrome de embolismo graso o edema pulmonar cardiogénico o no cardiogénico, sin relación aparente con la existencia de unas condiciones previas a la intervención quirúrgica como anemia de 9,9 g de Hb o un sedimento patológico. Se puede descartar la broncoaspiración en quirófano, dado el tiempo transcurrido entre la intervención quirúrgica y la aparición de los síntomas”.

**8.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de septiembre de 2017, 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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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 67.1 de la LPAC dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 23 de noviembre de 2016, habiendo tenido lugar el fallecimiento de la paciente el día 9 de octubre de 2013, lo que plantea la posible extemporaneidad de la acción ejercitada. No obstante, la interesada indica que por los mismos hechos instó un procedimiento penal que finalizó en primera instancia por Auto de 15 de junio de 2015, que fue objeto de recurso de apelación resuelto en virtud del Auto de la Audiencia Provincial de Oviedo de 13 de noviembre de 2015, “notificado el 24 de noviembre”. El artículo 37.2 de la LRJSP dispone que la “exigencia de responsabilidad penal del personal al servicio de las Administraciones Públicas no suspenderá los procedimientos de reconocimiento de responsabilidad patrimonial que se instruyan, salvo que la determinación de los hechos en el orden jurisdiccional penal sea necesaria para la fijación de la responsabilidad patrimonial”. Ello implica que, aun no disponiendo de ninguna documentación que acredite los extremos referidos por la perjudicada, dado

que la Administración no los cuestiona, debemos presumir su veracidad. Por tanto, asumiendo que las actuaciones penales se iniciaron en el año 2013, resulta que se produjo la interrupción del cómputo del plazo de prescripción para el ejercicio de la reclamación de responsabilidad patrimonial por la exigencia de responsabilidad penal, y, atendiendo a la fecha en que la reclamante afirma que fue notificado el auto -24 de noviembre de 2015-, debemos concluir que la reclamación presentada el 23 de noviembre de 2016 fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de la citada Ley.

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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida LPAC.

**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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley". 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 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que "Solo 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 una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de una paciente, óbito que su hija vincula con el proceso asistencial asociado a la intervención quirúrgica a la que se sometió su madre.

Del examen del expediente resulta acreditada la defunción, que sucede durante un ingreso hospitalario tras una operación de hombro, por lo que debemos presumir que la muerte ha causado en la descendiente de la fallecida un daño moral cierto.

Ahora bien, la existencia de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica 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 aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y que es antijurídico.

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

También ha subrayado este Consejo 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.

La interesada sostiene que el fallecimiento de su madre está relacionado con la cirugía llevada a cabo, al entender que la situación de la paciente no era

idónea para su realización, pues, a la vista de los resultados analíticos de las pruebas preoperatorias efectuadas, padecía anemia e infección de orina. Sin embargo, no sustenta su argumentación en ningún informe médico, lo que obliga a dirimir la cuestión de acuerdo con los aportados a instancia de la Administración, que aquella no cuestiona.

De la documentación obrante en el expediente se desprende que todos los informes incorporados al mismo coinciden en que el estado de la enferma no impedía practicar la operación, siendo incluso dudoso que presentara una de las dolencias alegadas (infección de orina) dada la falta de sintomatología. Es más, se reseña que el retraso en la intervención hubiera sido perjudicial para ella. Tampoco queda acreditada la afirmación sobre la dificultad para la intubación, ni su relación con el episodio posterior; igualmente, se ha probado que la broncoaspiración, causa que se identifica como probable desencadenante de la neumonía que precedió al shock séptico, no tuvo lugar ni durante la intervención, ni durante el posoperatorio inmediato. En todo caso, de haber sido así, debe tenerse en cuenta que el consentimiento informado para la anestesia

-suscrito por su hija en representación de la paciente- incluye entre los riesgos "derivados del manejo de la vía respiratoria" el de "aspiración de contenido gástrico a los pulmones", precisando que se trata de riesgos "graves" y que pueden producirse "excepcionalmente".

Por otra parte, el contenido del auto judicial que transcribe la propia reclamante descarta que las patologías señaladas guarden relación con la causa del fallecimiento, afirmación que reiteran los informes obrantes en el expediente.

En suma, el fallecimiento se debe a complicaciones surgidas en el posoperatorio que, según precisan los especialistas informantes a instancia de la compañía aseguradora, constituyen la materialización de varios riesgos del procedimiento reconocidos en la literatura científica, sin que pueda reputarse la

comisión de negligencia alguna o infracción de la *lex artis* en la atención dispensada a la paciente.

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.