

Expediente Núm. 316/2017
Dictamen Núm. 8/2018

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 18 de enero de 2018, 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 22 de noviembre de 2017 -registrada de entrada el día 27 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por el fallecimiento de su madre que atribuye a una infección nosocomial.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 14 de diciembre de 2016, el interesado 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 su madre.

Expone que el pasado 29 de octubre de 2015 su madre acudió al Servicio de Urgencias del Hospital “por dolor en hombro derecho tras caída el día anterior en el domicilio con una insuficiencia respiratoria aguda por la que queda hospitalizada./ El día 10 de noviembre de 2016 la paciente presentó cuadro súbito de dificultad respiratoria con taquipnea y uso de musculatura accesoria junto con insuficiencia respiratoria y disminución de nivel de conciencia, por (lo) que se ingresó en la UCI”, falleciendo finalmente el día 15 de diciembre de 2015.

Señala que en “las actuaciones dirigidas a la consecución de la sanidad de la perjudicada (...) se originan una serie de complicaciones provocadas por una infección por un virus/bacteria hospitalario que provoca no solo la falta de mejoría, sino que da lugar a la causación de la muerte”. Añade que, “dada la falta de diligencia con que se actuó por parte de los profesionales del centro al que me dirijo, al no poner los medios ordinarios para evitar el contagio, lo que tuvo como consecuencia el fallecimiento de la paciente derivada de esta actuación, se causaron graves perjuicios susceptibles de ser indemnizados”.

Solicita que “se abone a los herederos de la paciente” la cantidad de sesenta mil euros (60.000 €) “en concepto de indemnización por los daños y perjuicios sufridos”.

2. El día 28 de diciembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. Mediante oficio de 5 de enero de 2017, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia, así como un informe de los Servicios de Urgencias, de UCI, de Medicina Preventiva y de aquel en el que estuvo ingresada la paciente antes de su traslado a la UCI sobre el concreto contenido de la reclamación.

4. Con fecha 10 de enero de 2017, la Coordinadora de Auditorías Asistenciales y Docentes remite el expediente al Inspector de Prestaciones que actuará en el presente procedimiento.

5. Mediante escrito notificado al interesado el 13 de enero de 2017, la Coordinadora de Auditorías Asistenciales y Docentes le comunica la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Asimismo, le requiere para que en el plazo de diez días acredite su parentesco con la perjudicada y aporte el certificado de defunción.

Con fecha 18 de enero de 2017, el reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito al que adjunta la documentación solicitada, consistente en: a) Certificado de defunción, donde consta que la perjudicada falleció el “quince de diciembre de dos mil quince” en el Hospital b) Acta inicial y acta final de declaración de herederos, donde figuran como “únicos y universales herederos *abintestato* de la causante” sus seis hijos “por iguales partes y en proindivisión”.

6. El día 18 de enero de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del parte de reclamación enviado a la correduría de seguros.

7. Con fecha 18 de enero de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la perjudicada en formato electrónico. En ella figura, entre otra documentación, un informe clínico de alta del Hospital, de 21 de octubre de 2016, en el que consta que la paciente acude el 29 de octubre de 2015 “al Servicio de

Urgencias por dolor en hombro derecho tras caída ayer en el domicilio, siendo vista hoy por Traumatología por fractura de húmero proximal que se ha tratado de forma ortopédica. Niega traumatismo a nivel torácico y se queja de dolor en cadera ipsilateral. Además (...), refiere disnea de 4 días de evolución de pequeños esfuerzos acompañada de tos ocasional con escasa expectoración blanquecina, sin dolor pleurítico ni fiebre". En el apartado relativo a la evolución, se indica que "presentaba desde el inicio derrames pleurales bilaterales compatibles con quilotórax y disnea acompañante (...). La evolución clínica desde el inicio fue tórpida, con persistencia de los derrames bilaterales, disnea y dificultad para la movilidad que producía encamamiento casi continuo y movilización únicamente a sillón. Al inicio se procedió a realización de toracocentesis evacuadora de unos 1.600 cc. El día 10-11-2016 (*sic*) (...) presentó cuadro súbito de dificultad respiratoria con taquipnea y uso de musculatura accesoria junto con insuficiencia respiratoria y disminución del nivel de conciencia, por lo que se solicitó valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos, que optaron por ingreso a su cargo./ Durante las primeras horas de ingreso en UCI presentó aumento del trabajo respiratorio, desaturación, mala perfusión distal y obnubilación, por lo que finalmente se decidió IOT y conexión a VM. Radiográficamente presentaba derrame pleural bilateral con signos de sobrecarga hídrica, lo que motivó a forzar balance negativo sin respuesta favorable, puesto que al día siguiente presentaba aumento del derrame pleural derecho con atelectasia asociada, de tal manera que se solicitó valoración urgente a Cirugía Torácica, quienes decidieron colocación de tubo de drenaje pleural derecho con salida de líquido de aspecto lechoso abundante, consiguiendo resolución de la atelectasia y pudiendo ser extubada con buena tolerancia. La bioquímica del líquido pleural es similar a la previa extraída en nuestra planta y compatible con quilotórax./ Se optó también durante el ingreso por administración de dieta enteral pobre en grasas para valorar evolución clínica evidenciando disminución de triglicéridos en líquido pleural con la misma. En el contexto clínico adecuado, creemos que los quilotórax bilaterales y el

cuadro clínico que motivó el bajo nivel de conciencia y posterior ingreso en UVI fueron debidos a insuficiencia cardíaca congestiva con aparición de edema agudo de pulmón y bajo gasto cardíaco. A pesar de la colaboración de Medicina Interna para el control del gasto cardíaco, la evolución fue desfavorable, con escasa movilidad, derrames pleurales con débitos abundantes e insuficiencia respiratoria, siendo finalmente exitus el día 15-12-2016 (*sic*). Se establece el diagnóstico principal de "insuficiencia cardíaca congestiva./ Quilotórax bilateral", y como otros diagnósticos los de "fractura de húmero (...). Hiperpotasemia aguda (...). Quilotórax (...). Coma (...). Hipoglucemia./ Riesgo de caídas r/c factores cognitivos/fisiológicos/ambientales".

El 25 de enero de 2017, le remite el informe elaborado por la Jefa del Servicio de UCI del Hospital En él se indica que "la paciente (...) ingresó en nuestro Servicio el 9 de noviembre de 2015 por una insuficiencia respiratoria aguda, tras resolverse el problema pasa a planta de hospitalización (...) el 13 de noviembre de 2015./ Dado que el exitus se produjo el día 15 de diciembre del mismo año en el Servicio de Neumología de este hospital, solo podemos remitirnos a la información que consta en el informe de alta a planta de fecha 13 de noviembre de 2015 y que está disponible en Millennium".

Con fecha 27 de enero de 2017, le envía el informe emitido por el Director del Área de Gestión Clínica del Instituto En él, tras exponer el curso clínico de la paciente, de 82 años de edad, destaca que tenía "importantes antecedentes médicos relacionados con mal control de su diabetes e HTA, tal y como reconocía su familia". Añade que presentó, además, "insuficiencia cardíaca muy grave y refractaria a tratamiento médico, y que muy probablemente fue la responsable de la mayor parte del cuadro clínico, condicionando la insuficiencia respiratoria, la aparición de derrames pleurales y la existencia de quilotórax por la presencia de estasis linfática acompañante".

Afirma que "la existencia de insuficiencia cardíaca en fase terminal hizo (...) ineficaces todos los tratamientos médicos realizados a pesar del abordaje multidisciplinar con el que se evaluó a la paciente. Finalmente, como

consecuencia de la alteración del gasto cardíaco (...), presentó fallo multisistémico con inestabilidad respiratoria y hemodinámica que condujo al exitus el día 15-12-2015”.

8. Mediante oficio de 10 de febrero de 2017, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios reitera a la Gerencia del Área Sanitaria IV el informe de los Servicios de Urgencias y de Medicina Preventiva.

El 6 de marzo de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite el informe suscrito por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias. En él expone que la paciente ingresó en esta Unidad el 28 de octubre de 2015 “por presentar varias contusiones y un traumatismo en hombro derecho tras sufrir una caída casual en su domicilio”. Según informa, el médico de Urgencias objetivó “una fractura de húmero derecho, una descompensación diabética y un derrame pleural derecho” que “le condicionaba una insuficiencia respiratoria que determinaba la indicación de un ingreso hospitalario”, por lo que, tras ser valorada por los Servicios de Traumatología, Endocrinología y Neumología, se decide ingreso en este último Servicio.

Finalmente, indica que la paciente “permaneció en la Unidad de Observación de Urgencias estable hemodinámicamente, con oxigenoterapia e insulino terapia hasta las 12 horas del 29 de octubre, momento en el (que) ingresó en el Servicio de Neumología”.

9. Con fecha 13 de marzo de 2017, reiterada el 26 de abril de 2017, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios actuante solicita de nuevo a la Gerencia del Área Sanitaria IV el informe del Servicio de Medicina Preventiva relativo a la presunta infección nosocomial padecida por la paciente.

Mediante oficio de 5 de junio de 2017, el Responsable del Área de Asuntos Jurídicos Generales le traslada el informe suscrito por la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública el 22 de mayo de 2017. En él

señala que durante el ingreso en el Servicio de Neumología, concretamente el 4 de noviembre de 2015, la paciente refiere “disuria, tenesmo y polaquiuria”, por lo que se toman cultivos que resultan positivos para *Escherichia coli* multisensible, pautándose “amoxicilina/clavulánico que muestra actividad frente a este microorganismo, según el antibiograma. Este microorganismo, tanto por el tipo como por el tiempo en que se detecta, se puede catalogar como de origen comunitario y no como hospitalario”.

Adjunta a su informe una captura de pantalla relativa al listado de pruebas solicitadas a los diferentes laboratorios del hospital, y explica que en los recuadros en rojo puede observarse que “las pruebas solicitadas a Bacteriología (Microbiología) no arrojan resultados positivos”, precisando que “el 10-12-2015 se solicitó un análisis de orina que no arrojó resultados bacteriológicos concretos, como refleja la pantalla anterior; se trata de un análisis de orina en el que, sin embargo, sí podemos observar la evolución de la flora bacteriana, no solo de este episodio, sino el histórico de la paciente, de modo que se puede comprobar que (...) al ingreso ya presentaba colonias de flora bacteriana, que tras el cultivo de orina (4-11-2015 positivo para *Escherichia coli*) se instaura tratamiento con amoxicilina/clavulánico y que al constatarse el 10-12-2015 frecuentes colonias -incremento que podría derivarse del fallo renal de la paciente y de la mala evolución de su patología- se procede a pautar un antibiótico de mayor espectro bacteriano también incluido entre los que presentan actividad en el antibiograma”.

Aporta, igualmente, una captura de pantalla del listado de pruebas correspondientes al laboratorio de Microbiología (para detectar posibles infecciones) en la que -según indica- “se constata que solo hay un triángulo amarillo que corresponde a la infección de orina, que podemos clasificar de carácter comunitario, tanto por la sensibilidad del microorganismo como por el periodo de detección del mismo (...). Podemos comprobar que el cribado realizado en la UCI para microorganismos multirresistentes no arroja ningún resultado positivo; si fueran positivos aparecería en la pantalla de resultado de

cultivos y quedaría reflejado en el informe de UCI, y no es el caso de esta paciente./ El único resultado microbiológico positivo es el correspondiente al 4-11-2015, que en absoluto podemos clasificar como hospitalario./ El antibiograma de *Escherichia coli* es multisensible: se puede observar que se corresponde con un patrón típicamente comunitario y no nosocomial. El patrón de estos microorganismos en el ámbito hospitalario suele presentar algún mecanismo de resistencia, como la producción de betalactamasas de espectro extendido, y no es este el caso que nos ocupa”.

Finalmente, incluye una captura de pantalla de los cultivos de Microbiología que refleja el histórico de los mismos en la que se aprecia que “todos son negativos, a excepción de la orina”.

Con base en ello, concluye que la paciente “no presentaba ninguna infección relevante, que además la infección de orina ya se incoaba al inicio de su ingreso, que el agente causal es típicamente comunitario y que la importante patología de base (...) condiciona la mala evolución del proceso. La familia desestimó la autopsia, por lo que la causa final del fallecimiento no ha podido ser determinada más allá de los datos clínicos contenidos en la historia clínica, en la que se constata que a pesar de los tratamientos aplicados no se consigue resolver el derrame pleural que origina el ingreso y que se mantiene durante todo el episodio./ Por parte del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, con los datos revisados de la historia clínica, que se resumen en el presente informe, en ningún caso se puede afirmar” -como suscribe el reclamante- que en “las actuaciones dirigidas a la consecución de la sanidad de (la perjudicada) se originan una serie de complicaciones provocadas por una infección por un virus/bacteria hospitalario que provoca no solo la falta de mejoría, sino que da lugar a la causación de la muerte”.

Reitera que “la causa del fallecimiento de la paciente no ha podido determinarse de forma completamente fehaciente a falta de autopsia, pero los datos de la historia clínica indican que no es de naturaleza infecciosa”.

10. El día 13 de junio de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite una copia del expediente completo a la correduría de seguros a fin de recabar el informe pericial de la compañía aseguradora.

Con fecha 22 de agosto de 2017, cuatro especialistas en Medicina Interna elaboran un informe en el que, tras analizar el curso clínico de la paciente, sostienen que “ni el empeoramiento fue provocado por una infección respiratoria ni la muerte fue debida a una infección”.

En cuanto a la causa del fallecimiento, entienden que por el “cuadro final” que presentó la paciente puede considerarse como una “muerte súbita”, que se define como “la muerte no traumática, no esperada, que ocurre en una persona que previamente está clínicamente estable y muere en la primera hora después de la aparición de los síntomas”. Explican que “en ausencia de necropsia es imposible asegurar cuál fue la causa de la muerte en esta paciente, pero teniendo en cuenta los datos de la historia clínica hay tres posibilidades principales:/ Infarto agudo de miocardio (...). Embolia pulmonar (...). Broncoaspiración de contenido gástrico, con obstrucción de la vía aérea”. A su juicio, “la enferma presentó finalmente una muerte súbita, probablemente por una broncoaspiración, y esto no es una infección”. Añaden que “puede que el hecho de iniciar tratamiento en ese momento con un antibiótico haya inducido a los reclamantes a pensar que la enferma tenía una infección respiratoria, pero (...) este antibiótico se indicó para evitar que las lesiones de neumonitis química sufriesen una sobreinfección bacteriana. Ni en ese momento ni después existía infección bacteriana./ La única infección detectada a la paciente fue en la primera semana de ingreso con un cultivo de orina positivo para *Escherichia coli* sensible a la mayoría de los antibióticos y fue tratada con amoxicilina clavulánico. El análisis de orina (no cultivo) que se realizó el día del ingreso tenía leucocituria, por lo que probablemente la enferma ya tenía bacteriuria asintomática en ese momento, lo que es muy frecuente en mujeres, y más en diabéticas. El hecho de que el microbio fue

sensible a la mayoría de los antibióticos orienta a un origen no hospitalario. Esta infección fue adecuadamente tratada y no ocasionó ninguna complicación en la paciente”.

11. Mediante oficio notificado al interesado el 10 de octubre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 23 de octubre de 2017, el perjudicado se persona en las dependencias administrativas para examinar el expediente y obtiene un CD que contiene una copia de los documentos que lo integran.

Con fecha 24 de octubre de 2017, el reclamante presenta un escrito de alegaciones en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que manifiesta su “oposición” al informe médico pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora. Insiste en que “la infección bacteriana que -la perjudicada- contrajo en sede hospitalaria, y ello puede afirmarse atendiendo al periodo de incubación de dicha bacteria, fue la causa o colaboró terminantemente en el fallecimiento (...). Y ello por cuanto que (...) el derrame pleural ha sido provocado por infección bacteriana”.

Finalmente pone de relieve que “esta parte no se opuso a que se practicase la autopsia”.

12. Con fecha 26 de octubre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

13. El día 6 de noviembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Con base en los informes médicos incorporados al expediente, concluye que “la paciente no presentaba ninguna infección relevante, y la infección de orina que padecía la tenía ya en el momento del

ingreso y el germen era típicamente comunitario. Es decir, en ningún caso padeció una infección de origen hospitalario y el fallecimiento no fue por causa infecciosa, careciendo de todo fundamento la afirmación que en este sentido realiza el reclamante”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 22 de noviembre 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 el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. No obstante, en el

escrito de reclamación inicial aquel solicita que la indemnización “se abone a los herederos de la paciente”, por lo que podemos inferir que la presenta también en nombre de los otros herederos de la finada. Ahora bien, la reclamación del daño sufrido por sus familiares corresponde a estos, sin que pueda el actor accionar acumuladamente en nombre propio por los perjuicios irrogados a su persona y a las de sus parientes más próximos.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 14 de diciembre de 2016, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de su familiar- el día 15 de diciembre de 2015, por lo que 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 dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, 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 21.1 y 24.3, letra b), de la referida ley.

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 “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.- El reclamante solicita una indemnización por los daños ocasionados tras el fallecimiento de su madre, que atribuye a una infección nosocomial.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta acreditado el fallecimiento de aquella en un hospital público, por lo que debemos presumir el daño moral que ello supone.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar 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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el interesado 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 ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, el reclamante no desarrolla actividad probatoria alguna al respecto.

Según los datos obrantes en la historia clínica y la información facilitada por los diferentes Servicios que la atendieron, la perjudicada, de 82 años de edad, tenía "importantes antecedentes médicos relacionados con mal control de su diabetes e HTA". El día 28 de octubre de 2015 acude al Hospital tras sufrir una caída, objetivándose por el Servicio de Urgencias "una fractura de

húmero derecho, una descompensación diabética y un derrame pleural derecho” que “le condicionaba una insuficiencia respiratoria que determinaba la indicación de un ingreso hospitalario”, por lo que, tras estar en observación, al día siguiente es ingresada en el Servicio de Neumología, donde permanece hasta el día de su fallecimiento. La evolución clínica desde el inicio fue tórpida, con persistencia de los derrames bilaterales, disnea y dificultad para la movilidad.

El reclamante considera que durante el ingreso hospitalario su familiar contrae “una infección por un virus/bacteria hospitalario” que, a su juicio, “provoca no solo la falta de mejoría, sino que da lugar a la causación de la muerte”. Sin embargo, no aporta ninguna prueba o pericia que apoye sus imputaciones, por lo que este Consejo Consultivo habrá de formar su convicción sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente.

Según consta en el informe elaborado por la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, el día 4 de noviembre de 2015 la paciente refiere “disuria, tenesmo y polaquiuria”, por lo que se toman cultivos que resultan positivos para *Escherichia coli* multisensible, siendo tratada con antibióticos (amoxicilina/clavulánico) sensibles a este microorganismo. En contraposición a lo señalado por el interesado, la Jefa de dicho Servicio afirma que “este microorganismo, tanto por el tipo como por el tiempo en que se detecta, se puede catalogar como de origen comunitario y no como hospitalario”. Añade que “el antibiograma de *Escherichia coli* es multisensible: se puede observar que se corresponde con un patrón típicamente comunitario y no nosocomial. El patrón de estos microorganismos en el ámbito hospitalario suele presentar algún mecanismo de resistencia, como la producción de betalactamasas de espectro extendido, y no es este el caso que nos ocupa”. Aporta al respecto una captura de pantalla de los cultivos de Microbiología que refleja el histórico de los mismos en la que se aprecia que “todos son negativos, a excepción de la orina”. Tampoco el cribado realizado en la UCI para microorganismos multirresistentes arroja ningún resultado positivo, y pone de

manifiesto que "si fueran positivos aparecería en la pantalla de resultado de cultivos y quedaría reflejado en el informe de UCI, y no es el caso de esta paciente./ El único resultado microbiológico positivo es el correspondiente al 4-11-2015, que en absoluto podemos clasificar como hospitalario". Con base en ello, concluye que la paciente "no presentaba ninguna infección relevante, que además la infección de orina ya se incoaba al inicio de su ingreso" -ya presentaba colonias de flora bacteriana-, que "el agente causal es típicamente comunitario y que la importante patología de base (...) condiciona la mala evolución del proceso". Sostiene tajantemente que "en ningún caso se puede afirmar" -como suscribe el reclamante- que "se originan una serie de complicaciones provocadas por una infección por un virus/bacteria hospitalario que provoca no solo la falta de mejoría, sino que da lugar a la causación de la muerte".

En idéntico sentido se pronuncian los especialistas en Medicina Interna que elaboran el informe a instancias de la compañía aseguradora, al señalar que "el hecho de que el microbio fue sensible a la mayoría de los antibióticos orienta a un origen no hospitalario". Además, según indican, "el análisis de orina (no cultivo) que se realizó el día del ingreso tenía leucocituria, por lo que probablemente la enferma ya tenía bacteriuria asintomática en ese momento, lo que es muy frecuente en mujeres, y más en diabéticas"; dato ya apuntado por la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Explican que "puede que el hecho de iniciar tratamiento en ese momento con un antibiótico haya inducido a los reclamantes a pensar que la enferma tenía una infección respiratoria, pero (...) este antibiótico se indicó para evitar que las lesiones de neumonitis química sufriesen una sobreinfección bacteriana. Ni en ese momento ni después existía infección bacteriana", más allá de la infección del tracto urinario que fue adecuadamente tratada con amoxicilina clavulánico.

Debemos destacar que con ocasión del trámite de audiencia el interesado fue conocedor de los informes médicos que se habían incorporado al expediente y que contradecían su teoría del origen infeccioso del fallecimiento.

A pesar de ello, se limitó a presentar un escrito en el que no solo reiteraba sus imputaciones, sino que aseguraba que el origen nosocomial de la infección “puede afirmarse atendiendo al periodo de incubación de dicha bacteria”, y que el derrame pleural había sido provocado “por infección bacteriana”. Sin embargo, el reclamante no ofrece ninguna evidencia científico-técnica, por lo que este Consejo entiende que tales afirmaciones no desvirtúan lo informado por los especialistas en la materia.

Al contrario, los diferentes profesionales que han examinado el caso concluyen que la infección de orina no solo fue “adecuadamente” tratada, sino que no tuvo incidencias en la evolución de la paciente. Así se pronuncian en el informe médico-pericial los especialistas que lo suscriben, quienes coinciden en señalar que “ni el empeoramiento fue provocado por una infección respiratoria ni la muerte fue debida a una infección”. Por su parte, la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública indica que “la causa del fallecimiento de la paciente no ha podido determinarse de forma completamente fehaciente a falta de autopsia, pero los datos de la historia clínica indican que no es de naturaleza infecciosa”. Y también apunta a la dificultad para resolver el derrame pleural que origina el ingreso y que se mantiene durante todo el episodio a pesar de los tratamientos aplicados, recordando que precisamente fue su “importante patología de base” la que “condiciona la mala evolución del proceso”. En idéntico sentido se pronuncia el Director del Área de Gestión Clínica del Instituto Nacional de Silicosis, según el cual “la existencia de (una) insuficiencia cardíaca muy grave y refractaria a tratamiento médico (...) muy probablemente fue la responsable de la mayor parte del cuadro clínico, condicionando la insuficiencia respiratoria, la aparición de derrames pleurales y la existencia de quilotórax por la presencia de estasis linfática acompañante”.

En definitiva, todos los informes médicos incorporados al expediente ponen de manifiesto que la única infección que padeció la perjudicada estaba localizada en el tránsito urinario, que la misma no es de origen nosocomial y que en todo caso no influyó en su evolución, y menos aún en su fallecimiento,

lo que impide apreciar la necesaria relación de causalidad entre la actuación de los servicios sanitarios y el fallecimiento de 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.