

Expediente Núm. 240/2019
Dictamen Núm. 296/2019

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 20 de diciembre de 2019, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 30 de septiembre de 2019 -registrada de entrada el día 4 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su padre, que atribuyen a un indebido traslado desde la Unidad de Recuperación Postanestésica a la planta de hospitalización.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 29 de octubre de 2018, el hijo de un paciente, en nombre propio y en el de su madre y hermanos, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños morales sufridos como consecuencia del fallecimiento de aquel, que

imputan a un indebido traslado a planta desde la Unidad de Recuperación Postanestésica cuando debió derivársele a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Exponen que, programada “intervención quirúrgica ` para realización de uretrocervicotomía´ (...) el día 12 de abril de 2018 (...), con posterioridad (a la misma) el paciente es ingresado en la Unidad de Recuperación Postanestésica”.

Reseñan que, dada la importancia de los tiempos, toman “los datos de los controles que (realizaron) los hijos al no constar en el historial clínico los horarios”, y así detallan que a las 13:00 horas baja al quirófano para la intervención programada y a las 16:30 horas sube a planta acompañado por celadores que se interesan por el color que presenta; a las 16:45 horas, ante la confirmación visible del agravamiento, se suceden continuos avisos a enfermería de planta para una correcta atención y a las 17:45 horas, incapaz la enfermería de planta de encauzar el estado del paciente, avisan al equipo médico que acude para atenderlo, subrayando que a las 18:42 horas, persistiendo la evolución negativa, se decide una nueva e inmediata intervención quirúrgica.

Manifiestan que “sobra cualquier comentario para evidenciar que la decisión de traslado desde la URPA a la planta se toma con una clara dejación de examen y análisis de la evolución médica del paciente recién intervenido (...). No de otra forma puede entenderse que el empeoramiento sea casi instantáneo a la subida a planta, hecho corroborado por la propia facultativa médica (...) ` al poco de su llegada desde la URPA´ ./ Es evidente que la decisión de enviar al recién intervenido a planta y no a la UVI se toma sin un análisis y examen riguroso de la evolución del paciente en la URPA (...). Intervenido quirúrgicamente de nuevo, ante la gravedad del estado del enfermo, ya no sale de la UVI y fallece con fecha 17 de abril de 2018”.

2. Requeridos los interesados para que cuantifiquen la reclamación, presentan un escrito el 10 de diciembre de 2018 en el que concretan la “indemnización por daños morales” en doscientos mil euros (200.000 €); “cantidad en la que se

incluyen tanto los daños morales sufridos por la esposa como por el resto de los herederos”.

3. El día 28 de diciembre de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas requiere a los interesados para que acrediten la representación que dice ostentar quien presenta la reclamación.

Con fecha 15 de enero de 2019, se incorpora al expediente una copia de la declaración de herederos abintestato, del certificado de defunción del paciente y del Libro de Familia, y escritos rubricados por los reclamantes en los que confieren su representación al firmante del escrito inicial. Tras un nuevo requerimiento, comparecen los interesados en las dependencias administrativas y apoderan *apud acta* al firmante.

4. Con fecha 19 de febrero 2019, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios notifica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. Previa solicitud formulada al efecto, el 8 de marzo de 2019 el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente en formato electrónico, así como los informes emitidos por los Servicios de Urología y de Anestesiología-URPA.

En la copia de la historia Millennium consta la descripción del curso clínico ordenado cronológicamente (folios 186 a 193).

En el informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urología se especifica que a las 13:22 horas se procede a la entrada en el quirófano y que a las 16:48 horas se lleva a cabo el traslado desde Reanimación a la planta de Urología, reseñando que a las 18:00 horas se avisa desde la guardia de Urología al Servicio de Anestesiología y a la UVI urgentemente porque el

paciente se encuentra taquipneico, con saturación baja de oxígeno y fiebre de 38 °C, presentando hematuria franca, por lo que se decide su traslado a Reanimación para vigilancia ante la sospecha de sepsis y valoración de la evolución de la hematuria por el Servicio de Urología; no obstante, en el momento del traslado se encuentra hemodinámicamente estable y, ante la persistencia de la hematuria, se realizan lavados manuales, obteniendo orina hemática, por lo que se decide realizar revisión quirúrgica urgente. Señala que a las 18:45 horas se lleva a cabo una cistoscopia bajo anestesia con realización de hemostasia en el cuello vesical y celda prostática, dejando sonda vesical con tracción". En el informe se indica que esta serie cronológica consta en la historia de Millennium.

El informe de la Jefa del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital señala que "al paciente (...) se le practicó una uretrocervicotomía programada, que es una intervención quirúrgica que se corresponde con el perfil de vigilancia posoperatoria en una URPA. Según lo registrado, el paciente se mantiene hemodinámicamente estable durante su estancia en la unidad URPA-2, con tensión arterial media en torno a 75-80 mmHg; a las 16:13 h se registran las últimas constantes previas al alta de la unidad: moviliza las cuatro extremidades, respira normalmente, tensión arterial 101/62, saturación de oxígeno 97 % con aire ambiente (puntuación en el test de Aldrete > 8). Adicionalmente se registra temperatura 36,6 °C. La enfermera describe hematuria presente (que no se informa como incidencia), que comunica al cambio telefónico que transmite a la enfermería de su unidad de hospitalización, a la que se traslada a las 16:19 h./ En la unidad de hospitalización el primer registro de enfermería es de las 16:43 h, realizándose medición de constantes a las 16:45 h: tensión arterial 152/98, saturación de oxígeno 98 % con aire ambiente y afebril (temperatura documentada 36,8 °C). La enfermera refiere hematuria franca, con queja de dolor y sensación de espasmo, por lo que se le administra Butilescopolamina en espera de valorar evolución. Sobre las 16:51 h revisa al paciente preguntándole y explorando; en la valoración de enfermería posintervención se registra que está

‘normocoloreado y consciente’. Posteriormente se registra un empeoramiento clínico (...), con mal estado general, taquipnea, desaturación y cianosis, solicitando valoración (...) por parte de la Unidad de Cuidados Intensivos (...) y el equipo de guardia del Servicio de Anestesiología y Reanimación. La sospecha diagnóstica es que (...) sufre de un cuadro de bacteriemia de origen probablemente urológico, por lo que se traslada a la Unidad de Reanimación 2 para el tratamiento y cuidados necesarios./ Cabe reseñar que las complicaciones posoperatorias de cualquier procedimiento se pueden registrar desde las primeras horas hasta varios días después, de forma impredecible (...). Permaneció ingresado bajo vigilancia monitorizada hasta cumplir los criterios de traslado en la URPA, donde no se registraron incidencias, por lo que fue trasladado a su unidad de hospitalización para continuar cuidados./ Las complicaciones registradas posteriormente son afortunadamente poco frecuentes, pero suceden y así se le hace saber el paciente en el consentimiento informado para la intervención./ En este caso, nada en los registros de la URPA hacía sospechar el desenlace del paciente”.

6. Con fecha 15 de mayo de 2019, se emite informe pericial a instancias de la compañía aseguradora de la Administración. En él se señala que “la hematuria macroscópica tras realización de cirugía urológica es un evento casi constante y no contraindica el traslado a planta de los pacientes intervenidos./ En el posoperatorio inmediato, tras ser dado de alta de la unidad de observación posquirúrgica y ya en planta de hospitalización presenta de manera brusca episodio de bacteriemia con repercusión hemodinámica indicativo de shock séptico./ Tras revisión de la documentación se puede asegurar que se actuó de manera correcta, con agilidad y sin que se produjeran negligencias médicas ni mala praxis a lo largo del proceso asistencial./ Las complicaciones infecciosas, sepsis o infección generalizada y la posibilidad de muerte, aunque poco frecuentes, se encuentran recogidas en el consentimiento informado firmado por el paciente”.

Concluye que la actuación se ajustó a los protocolos y la *lex artis*, procediendo la desestimación de la reclamación.

7. Evacuado el trámite de audiencia mediante escrito notificado a los interesados el 18 de junio de 2019, uno de ellos comparece en las dependencias administrativas y obtiene una copia del expediente.

8. El día 11 de julio de 2019, presentan los reclamantes un escrito de alegaciones en el que indican que es preciso insistir en los parámetros constatados en el REA, la hora de traslado a planta, el examen de las constantes y parámetros médicos a la llegada a planta, la hora de traslado de planta a UCI, las constantes y parámetros médicos en el momento de ingreso en la UCI y el periodo de tiempo entre la orden de traslado a planta y la hora de ingreso en la UCI (inferior a ciento diez minutos). Puntualizan que “en el expediente no se entra en el análisis de estos hechos incontestables más allá de frases genéricas y ambiguas que, en todo caso, no explican que desde el traslado a planta al ingreso en la UCI por las complicaciones apenas haya transcurrido una hora y media”.

9. Con fecha 13 de septiembre de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, razonando que “en el presente caso la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. El paciente fue trasladado de la URPA a la planta de hospitalización, ya que cumplía los criterios para el alta (Aldrete > 8 puntos). La sepsis de origen urológico con fallo multiorgánico que condujo al fatal desenlace constituyó la materialización de uno de los riesgos típicos descritos en el documento de consentimiento informado, que no pudo superar a pesar de que se pusieron a disposición del paciente todos los medios disponibles. La hematuria macroscópica tras la realización de la cirugía urológica es una circunstancia muy frecuente y no contraindica el traslado a planta de los pacientes intervenidos”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 30 de septiembre de 2019, 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 Salud, 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), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica -en tanto que esposa e hijos del fallecido- se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto.

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 29 de octubre de 2018, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del familiar de los interesados- el día 17 de abril de 2018, por lo que es claro que ha sido 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 repara en que en los escritos iniciales el firmante afirma confusamente actuar “en su condición de heredero” y “en beneficio de la comunidad de herederos”, fijando en globo la cuantía indemnizatoria reclamada, con lo que se desconoce la naturaleza personal del daño moral cuyo resarcimiento se impetra. En rigor, ese *quantum* indemnizatorio debe venir referido a cada uno de los perjudicados, y en su defecto ha de requerirse la oportuna subsanación, toda vez que, sin perjuicio de que las acciones puedan ejercitarse acumuladamente, el dictamen de este Consejo procede únicamente respecto de aquellas que superen la cuantía legalmente señalada.

Asimismo, 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 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados reclaman una indemnización por los daños derivados del fallecimiento de su familiar, que imputan a su traslado a planta tras una cirugía urológica cuando debió ingresarse por su estado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Queda acreditada en el expediente la efectividad del daño sufrido, toda vez que el hecho del fallecimiento permite presumir un daño moral en los allegados del difunto que aquí reclaman.

Ahora bien, la mera constatación 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, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que los interesados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en ocasiones anteriores (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 poder apreciar que el daño alegado por los 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 146/2019) 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. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre el tratamiento dispensado u omitido y el resultado dañoso.

En el supuesto que ahora examinamos, los reclamantes esgrimen que el deterioro del paciente se desencadena poco después de su traslado a planta, cuya improcedencia deducen a la vista de la sucesión de acontecimientos, argumentando que “la decisión de enviar al recién intervenido a planta y no a la UVI se toma sin un análisis y examen riguroso de la evolución del paciente” en la Unidad de Recuperación Postanestésica.

Denuncian así una mala praxis médica en la decisión de traslado a planta, que -según sostienen- se evidencia ante la evolución del enfermo en planta y el escaso tiempo transcurrido entre ese traslado y el postrero ingreso en la UVI (apenas hora y media). Ahora bien, los interesados se limitan a afirmar genéricamente que un examen adecuado del paciente hubiera conducido a su traslado a la UVI y no a planta, aludiendo a “los parámetros constatados” pero sin aislar cuál de ellos contraindicaba la decisión adoptada, e invocando el aval de la sucesión de acontecimientos posteriores como criterios retroactivos de una decisión médica sin aportar pericial alguna a lo largo de la instrucción del procedimiento.

En ese contexto, este Consejo Consultivo ha de formar su criterio con base en las periciales obrantes en el expediente, observándose que frente a las meras afirmaciones de los reclamantes todos los informes técnicos de los sucesivos equipos médicos intervinientes -aportados por la Administración y su compañía aseguradora- concluyen que el proceso asistencial se ajustó a la *lex artis ad hoc*, y razonan puntualmente que en todo momento hubo un seguimiento del estado del paciente, que las decisiones de traslado e intervención se adoptaron con premura en atención a las circunstancias inmediatas que presentaba, que la hematuria macroscópica tras la realización

de cirugía urológica es casi habitual y, además, que no contraindica el traslado de los pacientes intervenidos a la planta de hospitalización cuando consta acreditado el cumplimiento de los parámetros que justifican el abandono de la Unidad de Recuperación Postanestésica (movilidad de extremidades, respiración normal, tensión arterial adecuada). En efecto, los peritos informantes justifican que las complicaciones posoperatorias de cualquier procedimiento se pueden registrar desde las primeras horas hasta varios días después, de forma impredecible, y que en este caso el paciente permaneció en la URPA bajo vigilancia monitorizada y sin incidencias registradas hasta que cumplió los criterios para ser trasladado a la unidad de hospitalización. Queda así acreditado que el enfermo fue trasladado a la planta de hospitalización cuando cumplía los criterios ("Aldrete > 8 puntos"), y que la sepsis de origen urológico con fallo multiorgánico que condujo al fatal desenlace constituyó lamentablemente la materialización de uno de los riesgos típicos descritos en el documento de consentimiento informado, que el paciente no pudo superar a pesar de que se pusieron a su disposición todos los medios disponibles.

Tampoco puede admitirse -como se sugiere en la reclamación- que los "horarios" y "acontecimientos" no constan en la historia clínica, pues se advierte que figura en ella con detalle la descripción completa del curso clínico, ordenado cronológicamente, y tanto en el informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urología como en el de la Jefa del Servicio de Anestesiología y Reanimación se especifican minuciosamente, en consonancia con el curso clínico, los tiempos y las actuaciones practicadas.

Singularmente, no puede obviarse que las complicaciones infecciosas, sepsis o infecciones generalizadas, e incluso la posibilidad de muerte, a pesar de su escasa frecuencia se encuentran recogidas en el consentimiento informado que aquí no se cuestiona, y que -tal como concluyen los peritos informantes- la sepsis que condujo al fatal desenlace constituye la materialización de uno de los riesgos típicos descritos en ese documento, cuya asunción por el paciente determina que el daño que aquí se concreta no pueda reputarse antijurídico.

En definitiva, se constata que el traslado a planta no estaba contraindicado, que se adoptó cumplidos los parámetros establecidos al efecto, y que no supuso una privación de medios asistenciales, que estuvieron a disposición del paciente como resulta de la constante vigilancia y rápida advertencia a los equipos médicos tan pronto se apreciaron evidencias de su deterioro, observándose que la sepsis urológica sufrida era un riesgo típico contemplado en el documento de consentimiento informado que el enfermo no pudo superar pese a su adecuado abordaje, sin que resulte admisible suplantar genéricamente el parámetro de la *lex artis* por una obligación de resultado.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.