

Dictamen Núm. 91/2021

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 27 de mayo de 2021, 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 22 de marzo de 2021 -registrada de entrada el día 24 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, a causa de una infección adquirida en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 6 de noviembre de 2019 un abogado, en nombre y representación de los interesados -viudo e hijos de una paciente-, presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de aquella a causa de una infección vírica contraída mientras se encontraba ingresada tras haber sido intervenida quirúrgicamente.

Exponen que la paciente ingresa en el Hospital el día 14 de enero de 2019 para ser sometida a una revascularización para abordar una isquemia crónica de grado III por obstrucción iliofemoral bilateral, operación que se lleva

a cabo el día 23 de ese mismo mes. Señalan que el 24 de enero de 2019 “se realiza una reintervención quirúrgica por trombosis del eje ilíaco derecho”, y que el día 25 se procede a “una nueva reintervención (...) por obstrucción femoral derecha”, tras la cual “es remitida a la Unidad de Reanimación 1, sedoanalgesiada y conectada a ventilación mecánica”, permaneciendo “31 días en la Unidad de Reanimación hasta su fallecimiento el 24 de febrero de 2019 como consecuencia de un síndrome de distrés respiratorio del adulto ocasionado por una infección por el virus de la gripe A (...) adquirida en (el) propio centro sanitario (infección nosocomial)”.

Consideran que “se dan todos los requisitos necesarios para exigir la responsabilidad patrimonial” de la Administración pública, e indican, respecto a la concurrencia de un daño antijurídico, que “la paciente acudió al centro hospitalario a someterse a una intervención quirúrgica para la revascularización iliofemoral bilateral” y que para ello asumió todos los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico al que iba a ser sometida, pero lo que (...) no asumió es la falta de diligencia del centro hospitalario para incorporar las medidas preventivas necesarias para proteger de posibles infecciones de la comunidad a los pacientes ingresados en la Unidad de Reanimación en pleno pico epidemiológico de la epidemia de gripe del año 2019./ El tránsito de familiares y profesionales a la Unidad de Reanimación n.º 1 sin la adopción de las medidas universales de prevención de la transmisión del virus de la gripe (higiene de manos y uso de mascarilla), y sin la difusión de información específica sobre las medidas a adoptar por los mismos, ha ocasionado la infección” causante del fallecimiento, entendiéndose que se produce así “una quiebra de la *lex artis ad hoc* de los profesionales encargados de adoptar las medidas preventivas universalmente conocidas y recomendadas por la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias durante la epidemia de gripe del año 2019, así como aquellas medidas específicas a adoptar en unidades en las que permanecen ingresados pacientes de alto riesgo de adquirir una infección (UCI, REA)”, reiterando que lo que la enferma “no asumió, y por lo tanto no tiene la responsabilidad de soportar, es la consecuencia de una

manifiesta ausencia de adopción de medidas de prevención de transmisión de enfermedades en pleno pico epidemiológico”.

En lo referente a la cuantificación del daño, siguen con carácter orientativo el sistema de valoración de daños contenido en el anexo del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, en su actualización publicada en el *Boletín Oficial del Estado* de 14 de febrero de 2018, y solicitan una indemnización de doscientos diecisiete mil quinientos veintidós euros con setenta y cuatro céntimos (217.522,74 €), de los cuales 113.211,20 € corresponderían al viudo y 52.155,77 € a cada uno de los dos hijos.

Adjuntan justificación de la representación otorgada al letrado actuante por parte de los reclamantes.

2. Mediante oficio de 18 de noviembre de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas concede a los reclamantes un plazo de diez días para que acrediten el parentesco en el que fundamentan su reclamación.

Con fecha 2 de diciembre de 2019 presentan estos una copia del Libro de Familia.

3. Mediante oficio de 11 de diciembre de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento aplicables, el plazo de resolución y el sentido del silencio administrativo.

4. Previa solicitud formulada por la Instructora Patrimonial, el día 22 de enero de 2020 la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica de la paciente en formato electrónico acompañada de los informes emitidos por los Servicios de Anestesiología y de Cirugía Vascul.

El informe del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital señala que “tanto en la URPA 3, como en la Reanimación 1, se cumplió el protocolo de prevención de la transmisión de la gripe en el hospital

(adjuntamos documento) realizado por el Servicio de Preventiva (...) en vigencia en las fechas a las que nos remitimos./ En las unidades de posoperatorio se cumplen todas las recomendaciones del Servicio de Preventiva (...), en funcionamiento desde la inauguración del hospital en el año 2014 (...). En relación a los periodos de riesgo de infección por virus de gripe A (...), se complementa con carteles informativos específicos y el envío a los profesionales sanitarios del documento elaborado por la Gerencia del Área Sanitaria IV (...), en el que se recomienda el uso de mascarilla a visitantes o acompañantes que puedan tener síntomas respiratorios, fiebre o simplemente que se encuentren mal. Y a los profesionales sanitarios durante las técnicas que impliquen potencialmente riesgo de aerosolización”, y expone las medidas que se adoptan en la unidad de Reanimación 1, afirmando que en este caso “se dio cumplimiento a las medidas de protocolo que se acaban de describir, sin ninguna incidencia o defecto apreciado”.

El informe suscrito por el Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital describe la atención prestada a la paciente. En relación con la positividad de los cultivos para virus de gripe A, indica que se inicia “tratamiento retroviral y aislamiento de contacto, según instrucciones habituales”.

5. Con fecha 6 de marzo de 2020 emite informe una facultativa, máster en Valoración del Daño Corporal, a instancia de la compañía aseguradora de la Administración. En él entiende que “la actuación habría sido conforme con los protocolos y la *lex artis*”. Indica que “la paciente fue intervenida por primera vez el 23-01-2019, reintervenida a las 24 horas y (que) presentó clínica respiratoria tras esa segunda cirugía el 24-01-2019. Es probable que la infección por el virus de la gripe A (...) la adquiriese con anterioridad durante su estancia en planta (...), por (lo) que no se puede afirmar con seguridad que se contagiase en la Unidad de Reanimación”. Añade que en las unidades de posoperatorio “se cumplieron los protocolos tanto para visitantes como para profesionales implicados en la asistencia”, y que se diagnostica el citado virus el

día 30 de enero de 2019, instaurándose “medidas de aislamiento según protocolos (uso de mascarilla, higiene de manos)”.

6. Mediante oficio de 26 de junio de 2020, la Instructora Patrimonial solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV un informe del Servicio de Medicina Preventiva; petición que reitera los días 2 de octubre y 2 de diciembre del mismo año.

Con fecha 11 de diciembre de 2020, la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite el informe suscrito por la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital En él se explica que la paciente, de 62 años, “adquiere gripe A que fue diagnosticada el 30 de enero y curada el 6 de febrero. Nueva reinfección de gripe A el 17 de febrero y adquiere otras enfermedades virales detectadas el 20 de febrero (EBV, VHA)”, y se reseña que estuvo sometida a diversos riesgos de infección intrínsecos “derivados de la propia situación previa o morbilidad” (como ser exfumadora, hipertensa y con padecimiento de enfermedad sistémica severa) y extrínsecos, pues sufrió una intervención quirúrgica y dos reintervenciones, siendo “sometida durante 31 días a:/ Ventilación mecánica invasiva y no invasiva (...). Catéter venoso central yugular (...) del 26 de enero del 24 de febrero (...). Catéter arterial radial derecho 23-26 enero./ Sonda nasogástrica del 25 de enero al 24 de febrero./ Catéter epidural (...). Catéter urinario”. Reseña que en el tiempo de hospitalización “se diagnosticaron úlceras talaes, que también anuncian el deterioro de la paciente y que podrían actuar como puerta de entrada de otras infecciones no respiratorias”.

Señala que en las fechas mencionadas en el Hospital “se contaba con diferentes sistemas de prevención de la infección asociada a la asistencia sanitaria (...): campaña de la gripe -vacunación profesionales, cartelería (...)-, precauciones de aislamiento por gotas -activación ventana emergente asociado a diagnóstico microbiológico, activación CUE control de infecciones-, higiene de manos, esterilización, proyectos zero (flebitis zero, bacteriemia zero, neumonía zero, resistencia zero)./ En el (Hospital), como en todo el Área IV, se

establecen protocolos específicos de atención a la temporada de gripe”, que detalla.

Añade que “la paciente partía de determinados riesgos extrínsecos que pudieran haber sido causa de una mayor facilidad de sobreinfección”. Detectada la presencia de virus de la gripe y de infecciones víricas nosocomiales y “desconociéndose la fuente de infección”, fue sometida a tratamiento antiviral y “estuvo con aislamiento preventivo aéreo de gotas y contacto” y “tratamiento con Oseltamivir”. Señala que, “si bien diversas infecciones virales nosocomiales pudieron haber contribuido a dificultar la mejoría de la paciente, es bien cierto que el distrés respiratorio agudo severo (...) fue diagnosticado (...) antes de que pasaran 72 horas de la primera intervención”, concluyendo que, dada la patología de base y los antecedentes quirúrgicos, la gravedad de las intervenciones y complicaciones aparecidas, la aparición temprana de distrés respiratorio agudo severo y el fallo multiorgánico, “nos resulta muy improbable considerar que estas no fuesen las verdaderas causas centrales de la muerte en esta paciente./ Dada la gravedad de las comorbilidades que presentaba (...), y las intervenciones, catéteres y ventilación mecánica a la que fue sometida, consideramos que adjudicar la causa del fallecimiento a las viriasis posteriormente adquiridas resultaría impreciso e improbable”.

7. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio notificado a los interesados el 30 de diciembre de 2020, acompañado de una copia de los documentos que obran en el expediente, no consta la presentación de alegaciones.

8. El día 23 de febrero de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al entender que “la paciente fue correctamente tratada, conforme a protocolos y *lex artis*, y su fallecimiento constituye la materialización de los riesgos inherentes a su patología, comorbilidades y terapias” aplicadas, señalando que “consta en el expediente el cumplimiento del estándar de calidad y los protocolos de asepsia general, atribuyéndose la causa

del fallecimiento a la gravedad de las comorbilidades e intervenciones quirúrgicas, catéteres y ventilación mecánica a las que fue sometida, resultando impreciso e improbable adjudicar la causalidad del fallecimiento a las viriasis posteriormente adquiridas”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 22 de marzo de 2021, 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 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 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 6 de noviembre de 2019, habiéndose producido el deceso en el que se funda el día 24 de febrero del mismo año, 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 contenidas 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 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 resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 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 “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.- Presentan los interesados -viudo e hijos de una paciente fallecida- una reclamación de responsabilidad patrimonial por entender que el fatal desenlace se produce a consecuencia de una falta de asepsia en la estancia hospitalaria que provocó que aquella fuese contagiada de gripe A, lo que no le permitió recuperarse de sus intervenciones quirúrgicas evidenciando una mala praxis.

Queda acreditada la realidad del daño sufrido, al constatarse el fallecimiento de la paciente. Ahora bien, la mera constancia de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica *per se* 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.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 75/2020), 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 aquel 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 favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para 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 ha reiterado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, 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.

En el caso examinado, los reclamantes alegan que la paciente asumió "los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico al que iba a ser sometida, pero lo que (...) no asumió es la falta de diligencia del centro hospitalario para incorporar las medidas preventivas necesarias para proteger de posibles infecciones de la comunidad a los pacientes ingresados en la Unidad de Reanimación en pleno pico epidemiológico de la epidemia de gripe del año

2019”, concretando así la mala praxis denunciada en una falta de adopción de medidas exigibles para evitar infecciones víricas en los pacientes.

Acreditada la presencia de una infección vírica y su presumible contagio e incubación en sede hospitalaria, es la Administración quien debe probar que adoptó las medidas necesarias para evitar que la enferma contrajera una infección hospitalaria, siendo exigible una explicación suficiente sobre el modo de actuar en el caso planteado para poder dilucidar la corrección del proceder conforme al criterio de la *lex artis*. Ahora bien, como hemos señalado en anteriores ocasiones, no cabe admitir de forma inmediata una mala praxis por parte de los sanitarios cuando actúan acomodándose en cada momento a los protocolos de asepsia establecidos.

En el asunto analizado, la Administración sanitaria presume el origen hospitalario del contagio, sin que ello conlleve un reconocimiento de la responsabilidad a los efectos que nos ocupan. En los supuestos de infecciones nosocomiales venimos manteniendo (por todos, Dictamen Núm. 75/2020) la postura que sostiene el Consejo de Estado (entre otros, en el Dictamen Núm. 890/2008, de 24 de julio), conforme a la cual, “en el actual estado de la ciencia y de la técnica médicas, es imposible erradicar por completo el riesgo de que se produzcan infecciones nosocomiales, cualesquiera que sean las medidas profilácticas y preventivas adoptadas. Por el contrario, su incidencia es relativamente alta adoptando todas las medidas disponibles en el actual estado de la técnica. Siendo la obligación de la Administración sanitaria a este respecto una obligación de medios y no de resultado, lo que resulta exigible a aquella es proporcionar información cumplida al paciente y cumplir estrictamente los protocolos de prevención y profilaxis, incluyendo obviamente la aplicación de las debidas medidas de asepsia”. Así se razona también en recientes sentencias del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias (por todas, Sentencia de 9 de octubre de 2017 -ECLI:ES:TSJAS:2017:3028-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª) al afirmar que “en materia de asepsia hospitalaria hemos de recordar que ha de acreditarse el estándar de cuidado y limpieza para evitar en lo técnico y humanamente posible las rebeldes infecciones hospitalarias, y que corresponde a la Administración sanitaria, bajo

el principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) o por aplicación de la doctrina del daño desproporcionado en su caso, justificar que ha cumplido con los protocolos de asepsia en el caso. Por lo expuesto ha de estarse al criterio del Tribunal Supremo que sintetiza” la Sentencia de 5 de octubre de 2010 cuando señala que “es claro que el mero hecho de haber contraído una infección en un hospital no puede dar derecho a indemnización, ni siquiera cuando la infección tiene resultados tan graves como en este caso. Hay que destacar que, en el estado actual de la ciencia y la técnica, el riesgo de infecciones es frecuente en los hospitales, sin que a menudo sea posible adoptar medidas eficaces para eliminarlo o paliarlo. Ello significa que contraer una infección en un hospital puede muy bien deberse a fuerza mayor en el sentido del art. 139.1” de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (equivalente al actual 34.1 de la LRJSP) “y, por tanto, constituir una circunstancia excluyente de la responsabilidad patrimonial de la Administración”.

En el supuesto examinado, no cabe anudar la aparición del virus de la gripe a la vulneración de un estándar de cuidado y limpieza. El informe emitido por el Servicio de Anestesiología justifica debidamente la adopción de medidas acordadas al protocolo vigente en la materia, que incluye medidas complementarias específicas en los periodos de riesgo de infección por virus de gripe A, como era aquel en el que la paciente se encontraba ingresada. Igualmente, el tardío informe emitido por la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital analiza la incidencia en el fatal desenlace de los graves riesgos de infección intrínsecos y extrínsecos concurrentes, causantes de “una mayor facilidad de sobreinfección”.

En definitiva, en el caso que nos ocupa se aprecia la activación de medidas protocolarias específicas en el área sanitaria correspondiente dirigidas a la prevención de contagios de gripe A en sede hospitalaria que estaban siendo aplicadas en el momento en el que la paciente se encontraba ingresada, sin que pueda apreciarse mala praxis en la atención dispensada. El fallecimiento constituye la materialización de los riesgos inherentes a la propia clínica de la paciente, que fue intervenida de forma sucesiva en tres ocasiones y padeció tempranamente un distrés respiratorio agudo, presentando un deterioro general

que hizo necesaria la aplicación de medidas, como el uso de catéteres o ventilación mecánica, que conllevan riesgos extrínsecos de infección añadidos.

Por ello, no se objetiva negligencia médica alguna ni mala praxis, pues la actuación del personal sanitario y las medidas de asepsia adoptadas fueron correctas y conformes a los protocolos aplicables, debiendo entenderse que el fatal desenlace constituye la desgraciada materialización de riesgos inherentes a las intervenciones practicadas en el estado en que se encontraba la paciente, por lo que el daño ocasionado no puede imputarse causalmente a la asistencia sanitaria dispensada.

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.