

Dictamen Núm. 186/2024

**V O C A L E S :**

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*García García, Dorinda*  
*Baquero Sánchez, Pablo*

Secretaria:  
*Vera Estrada, Paz de,*  
Letrada Adjunta a la Secretaría  
General

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 31 de octubre de 2024, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 8 de julio de 2024 -registrada de entrada el día 11 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los perjuicios derivados de una infección nosocomial contraída a raíz de las intervenciones practicadas por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 13 de julio de 2023, el interesado presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial, por los daños sufridos a consecuencia de una infección nosocomial contraída con motivo de ciertas intervenciones practicadas en el Hospital “X”.

Relata que el día 17 de noviembre de 2020 le realizan en el citado hospital una cirugía de “pieloplastia laparoscópica izquierda” y a las 48 horas de la

intervención se le detecta una "fístula en cara anterior de anastomosis con pelvis a tensión, sin eliminación de doble J", por lo que se realiza "nefrostomía izquierda el 21-11-20./ El resto del postoperatorio evoluciona favorablemente (...) apreciándose desaparición de fístula y correcto drenaje de contraste por catéter ureteral", el día 26 de noviembre de 2020. Finalmente, "el 30-11-20 se retira nefrostomía" y "se realiza recolocación" del catéter en quirófano.

Indica que el 3 de diciembre de 2020 ingresa por "pielonefritis izquierda, aislándose *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente", y que el día 31 del mismo mes reingresa "por fiebre y dolor lumbar, procediendo a la retirada del catéter doble J por probable colonización del mismo y traslado a la Unidad de hospitalización a domicilio donde se completa el tratamiento". Los días 5 de enero y 22 de febrero de 2021 ingresa de nuevo por infección urinaria por *Pseudomonas aeruginosa*, y vuelve a ingresar en marzo por el mismo motivo. El día 21 de abril de 2021 le intervienen de fimosis "con carácter profiláctico por persistencia de bacteriuria a *Pseudomonas aeruginosa*" y el 10 de junio ingresa nuevamente en Unidad de hospitalización a domicilio al detectarse nuevamente la infección. En septiembre de 2021 "le practican litotricia en la Fundación Hospital .....", y el 30 de octubre de 2021 "acude de nuevo a Urgencias del Hospital 'X' por fiebre y dolor lumbar". Según refiere, tiene que ingresar nuevamente por patología infecciosa en el mes de noviembre de 2021, así como los días 1 y 7 de marzo de 2022. El 6 de abril de 2022 le practican "ureterorenoscopia izquierda sin apreciar estenosis de la unión y litofragmentación láser de litiasis alojadas en cálices renales dilatados, más instauración de doble J". Reingresa "en julio de 2022 por dolor lumbar izquierdo y cultivo positivo para *Pseudomonas aeruginosa*. Se comenta con Microbiología posibilidades de tratamiento antibiótico, dada la persistencia de infección por *Pseudomonas* y recomiendan pauta larga de tratamiento con Meropenem (...) más derivación de la vía urinaria. Con fecha 05-07-2022 se coloca en quirófano, bajo anestesia, catéter ureteral abierto y sonda vesical retirado al alta". El 4 de agosto de 2022 acude a consulta "con urinocultivo con inóculo muy bajo para *Pseudomonas*

*aeruginosa*”, y el 17 de octubre se produce un nuevo ingreso “por ITU persistente por *Pseudomonas* resistente”. El 20 de diciembre de 2022, ingresa “para antibioterapia endovenosa domiciliaria” y el 9 de marzo de 2023 se realiza “intervención quirúrgica programada, (con) antibioterapia iv previa ante la presencia en el cultivo de orina de *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente”.

Manifiesta que “los continuos ingresos hacen que haya estado en múltiples ocasiones en situación de (incapacidad laboral transitoria)”, lo que le ha supuesto “un grave perjuicio físico, moral, laboral y personal, al ser una persona joven de 34 años, sin ningún antecedente previo”, y señala que “la mala praxis ha sido por la falta de adopción de las prevenciones necesarias para evitar la infección”.

Cuantifica el daño sufrido en doscientos mil euros (200.000 €).

Adjunta numerosa documentación médica relativa al proceso asistencial.

El día 17 de julio de 2023 tiene entrada en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por el perjudicado el día 14 del mismo mes en una oficina de correos, cuyos términos son idénticos a los del escrito presentado en el Registro Electrónico”.

**2.** Con fecha 8 de agosto de 2023, el Inspector de Prestaciones Sanitarias comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación, el nombramiento de instructora, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo máximo para la resolución y notificación de la misma y los plazos y efectos del silencio administrativo.

**3.** Previa petición formulada por la Instructora del procedimiento, el día 25 de agosto de 2023 la Directora del Área de Profesionales del Área Sanitaria III le remite una copia de la historia clínica del paciente junto con el informe suscrito por el Jefe del Servicio de Urología del Hospital “X”.

Se expresa en el informe, de fecha 23 de agosto de 2023, que el paciente, diagnosticado de "síndrome de la unión pieloureteral izquierda con litiasis renales", presentó "cultivos de orina negativos antes de la primera intervención quirúrgica realizada el 17-11-2020. De hecho el cultivo preoperatorio protocolizado fue negativo con fecha 16-11-2020. Según protocolo vigente en nuestro hospital, se le administró profilaxis antibiótica previa a la cirugía (amoxicilina-clavulánico) que quedó pautada desde el 16-11-2020 hasta el 04-12-2020 a la dosis de 1 g cada 8 h. A partir de la recolocación del catéter en quirófano, el 30-11-2020, se añadió Gentamicina a la amoxicilina pautada desde el ingreso. Dada la aparición de fiebre y molestias en el paciente, se modificó dicho tratamiento por otro antibiótico de mayor espectro, piperaciclina/tazobactam, mientras se esperaba el resultado del cultivo de orina solicitado el día 02-12-2020./ Una vez conocida la bacteria causante de la infección y su sensibilidad, lo cual ocurrió el 05-12-2020, se pautó el antibiótico idóneo según el antibiograma: ceftazidima, que se mantuvo hasta la fecha del alta 11-12-2020./ Todos los ingresos, intervenciones quirúrgicas y retirada de catéteres se han realizado bajo cobertura antibiótica./ Se llegó a realizar circuncisión por la presencia de *Pseudomonas aeruginosa* en el prepucio (...). Por tanto, estamos ante una colonización por una bacteria multirresistente que puede haber sido introducida en el paciente en cualquiera de los procedimientos realizados al mismo, retirada de drenajes, colocación de nefrostomía, acceso de vía venosa, retirada o movilización de catéteres ureterales, etc. y todo ello pese a cumplir los protocolos de profilaxis antibiótica y preparatorios, como se puede verificar en la hoja de prescripción del ingreso en cuestión y en los cultivos realizados antes de la intervención./ Por tanto, no cabe achacar a la falta de prevención la adquisición de esta infección, ya que se actuó siguiendo el protocolo tanto en la verificación de la esterilidad de la orina mediante cultivo previo a la intervención quirúrgica, ni dejó de estar bajo cobertura antibiótica durante el ingreso, ni se demoró el tratamiento específico frente a la bacteria en cuanto se tuvo conocimiento de ella".

El día 11 de septiembre de 2023, atendiendo a la petición de la Instructora del procedimiento, la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III remite el informe librado en la misma fecha por una facultativa especialista de Área de Medicina Preventiva y Salud Pública del Área Sanitaria III.

En él, expresa que “el paciente presenta infección por gérmenes resistentes obteniéndose 3 resultados positivos para *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente” en los cultivos de orina de 1 de marzo y 30 de mayo de 2022 y 7 de febrero de 2023. Asimismo “presenta infección sin colonización por gérmenes no resistentes obteniéndose 18 resultados positivos para *Pseudomonas aeruginosa* no multirresistente” en los cultivos que indica. Explica que “la *Pseudomonas aeruginosa* (PAE) puede formar parte de la flora microbiana normal saprófita de las zonas húmedas de la piel (axilas, conducto auditivo, región perineal y mucosas)”. Indica que son diversos los “factores que influyen en la presentación de las PAE en las infecciones del tracto urinario (ITU)” y, entre todos ellos, “la colocación de catéteres (...) en el tracto urinario, es el factor más común que predispone a la ITU”. Señala, en cuanto al caso particular objeto de reclamación, que “durante el ingreso del paciente” en el Hospital “X” “para cirugía urológica programada, del 16-11-2020 al 11-12-2020, se realizó la colocación de un catéter ureteral” y “podríamos decir que la cateterización puede haber contribuido como factor principal al diagnóstico de ITU en el paciente”, para terminar concluyendo que “en este caso, parece razonable pensar que los factores influyentes del propio paciente y su contexto clínico, han podido contribuir de forma importante al aislamiento de gérmenes multirresistentes en el contexto del diagnóstico de ITU”. Asimismo expresa que “el Servicio de Medicina Preventiva” del Hospital “X” “ha contribuido al control de la infección del paciente, a partir de conocer el diagnóstico microbiológico confirmatorio de la infección por un patógeno multirresistente (cultivos de orina positivos para PAE MMR, de forma repetida), adoptando las medidas de aislamiento hospitalario oportunas, según protocolo del (Hospital `X´) (...). En el

control y seguimiento de pacientes con microorganismos epidemiológicamente relevantes, se han empleado todas las medidas recomendadas por los protocolos vigentes, implementadas durante la atención sanitaria al paciente”.

**4.** A continuación, obra incorporado al expediente un informe pericial librado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración el 1 de abril de 2024 por una especialista en Urología. En él expresa que el paciente sufría una “estenosis de la unión pieloureteral izquierda con litiasis renales”, que es “una obstrucción parcial o intermitente del flujo de orina a nivel de la unión del uréter con la pelvis renal” que se trató mediante pieloplastia. Explica que “existe una pequeña proporción de individuos que albergan la *P. aeruginosa* desde la comunidad y pueden servir de fuente de infección grave. Hasta un 7 % de individuos sanos pueden ser portadores de *P. aeruginosa* en la garganta, mucosa nasal, piel y hasta un 24 % en heces./ A nivel nosocomial puede ser causa de infecciones en casi todas las partes del cuerpo o coloniza casi cualquier sitio que esté expuesto (...). Las infecciones del tracto urinario generalmente aparecen como complicaciones de cuerpos extraños como cálculos, endoprótesis, hospitalizados con sonda vesical, múltiples pautas antibióticas previas, presencia de obstrucción del sistema genitourinario o después de instrumentación o cirugía del tracto urinario. Uno de los aspectos más importantes de las infecciones del tracto urinario por *P. aeruginosa* es que sirven con frecuencia como fuente para bacteriemia por infección ascendente”.

Apunta que “la *P. aeruginosa* presenta un alto nivel de resistencia, por un lado resistencia intrínseca o natural a los antibióticos y por otro lado una extraordinaria capacidad para adquirir mecanismos de resistencia, generalmente mediante mutaciones (...). La multiresistencia ha adquirido tal importancia que la OMS ha identificado este problema como la quinta amenaza para la salud humana (...). La importancia de la multiresistencia radica en que provoca un claro aumento de la morbi-mortalidad de los pacientes tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio y la repercusión en los costes sanitarios es un

problema añadido para la salud pública. Al existir tan alto grado de resistencia se ven limitadas las posibilidades terapéuticas con un déficit claro de antibacterianos efectivos para estos microorganismos./ *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente (...) forma parte de un grupo de microorganismos llamados 'problema o conflictivos' (...) que tienen en común la gravedad de infecciones causadas y las dificultades terapéuticas. Su prevalencia a escala mundial está poco aclarada" si bien "la resistencia de *P. aeruginosa* a carbapenems parece ser bastante alta en toda Europa".

En cuanto a las consideraciones del caso concreto señala que "la indicación quirúrgica de pieloplastia izquierda laparoscópica + extracción de litiasis era correcta" y que "la dehiscencia de anastomosis con fístula urinaria es una complicación descrita en la literatura, entre el 1.3-6.1 %, sobre todo tras obstrucción del catéter", cuya resolución por parte del Servicio de Urología fue asimismo "adecuada". Significa que "la aparición de ITU febril tras retirada de nefrostomía percutánea y recolocación del CDJ izquierdo es una complicación habitual, tras manipulación de catéteres urinarios, pudiéndose aislar bacterias urinarias habituales o bien bacterias más resistentes en el ámbito hospitalario, a pesar de la cobertura antibiótica". Considera que "existen múltiples factores asociados en la aparición de *psedomonas aeruginosa*" en el caso del reclamante pues "la instrumentación urológica con catéteres en el tracto urinario es el principal factor de riesgo de desarrollo de infecciones urinarias y este paciente ha tenido varias (...). El paciente presenta una uropatía obstructiva crónica con litiasis renales que puede predisponer al desarrollo de bacterias por el estasis urinario, aunque el urocultivo inicial sea negativo (...). La presencia de litiasis infectivas pueden originarse *de novo* o ser infectadas por bacterias desdobladoras de la ureasa como la *P. aeruginosa*, pudiendo pensar en la presencia previa de esta bacteria (...), desconocemos si este paciente pudiera ser un portador previo al ingreso de noviembre de 2020 o es una colonización tras instrumentación urológica, conociendo un exudado balanoprepucial positivo en marzo y junio de 2021, con exudados faríngeos y rectales negativos en abril

de 2022./ La dilatación crónica con pelvis adinámica, aunque exista corrección de la estenosis de la unión pieloureteral, puede conllevar persistencia de estasis urinario y desarrollo de bacterias”.

En cuanto a “la prevención y manejo de la bacteriuria persistente con *Pseudomonas aeruginosa* por parte de Urología y Medicina Preventiva” destaca que “no existen medidas de prevención absolutas para prevenir infecciones por bacterias multirresistentes en el ámbito hospitalario, requiriendo únicamente las habituales generales sobre profilaxis y esterilidad en quirófano y durante la hospitalización./ Previo a la intervención de pieloplastia laparoscópica y extracción litiásica, se realizó urinocultivo siendo negativo, por lo que no se requirió cobertura antibiótica dirigida a ninguna bacteria, sino profiláctica con amoxicilina-clavulánico, que se cambiaría de manera dirigida tras el inicio de clínica infecciosa y aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa* en el urocultivo del paciente, procediendo, por tanto, de manera adecuada el Servicio de Urología./ No está justificada la búsqueda de posibles portadores de posibles bacterias multirresistentes en pacientes que requieran cirugía o ingreso prolongado, si no han tenido antecedentes previos./ Según protocolo de la Gerencia Sanitaria (...) al que pertenece el Hospital ‘X’, la relevancia epidemiológica de la *Pseudomonas aeruginosa* se clasifica con prioridad baja y se considera el procedimiento de coordinación para la gestión de los aislamientos, cuando la *Pseudomonas* presenta criterios de multirresistencia./ Cuando se tuvo evidencia de la multirresistencia de la *P. aeruginosa* en marzo de 2022, se iniciaron las medidas de aislamiento de contacto, con recogida de exudados faríngeos y rectales, actuando de acuerdo a las directrices establecidas, en la prevención de contagio de gérmenes multirresistentes./ El Servicio de Urología actuó de manera adecuada, tanto con las pautas de antibioterapia en cada uno de los ingresos por ITU febril, como las pautas de prevención de nuevas ITUs (profilaxis antibiótica mantenida o la autovacuna), así como en el intento de resolver las posibles causas de colonización de la *P. aeruginosa* (circuncisión para intentar resolver el foco cutáneo, como la litotricia y las dos cirugías litiásicas para

resolver el foco litiásico, así como el uso de acidificadores urinarios para evitar la cristalización de litiasis infectivas)./ Tras la última revisión a la que ha tenido acceso esta perito en junio de 2023, el paciente se le deriva a la Unidad de Infecciosas para continuar seguimiento y estudio. No obstante, tras el inicio de profilaxis mediante fosfomicina semanal, el paciente en 2023 a pesar de mantener urinocultivos positivos, solo ha presentado ITU febril clínica en agosto de 2023, mejorando el número de infecciones sintomáticas en relación con el año 2021 y 2022”.

**5.** Con fecha 10 de abril de 2024, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el expediente administrativo para su remisión al Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias, al haberse interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

**6.** Mediante oficio notificado al interesado el 9 de mayo de 2024, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de la documentación obrante en el expediente.

No consta la realización de actuación alguna por parte del reclamante en este trámite.

**7.** Con fecha 17 de junio de 2024, la Instructora del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio al considerar que la asistencia fue adecuada y que “no se ha objetivado mala praxis”, y que “tanto las pautas de prevención preoperatorias como el manejo de los múltiples ingresos por infección del tracto urinario han sido acordes a la *lex artis ad hoc*”.

**8.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de julio de 2024, 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), 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.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como 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 13 de julio de 2023 y, habiendo tenido lugar el último ingreso hospitalario documentado en la historia clínica para someterse a antibioterapia el día 9 de marzo de 2023, 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 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 que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

Ahora bien, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en caso contrario habría de estarse al pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de

octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 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 por los daños derivados de la infección por una bacteria resistente en el contexto de ciertas intervenciones quirúrgicas practicadas en un centro público.

Los daños reclamados son los de índole física y "moral, laboral y personal" derivados de "los continuos ingresos" a que ha tenido que someterse para tratar el contagio.

Acreditado que el paciente ha sufrido numerosos episodios de infección bacteriana que han tenido que ser tratados mediante antibioterapia intravenosa, según resulta de la historia clínica, ha de tenerse por probado el perjuicio que tal periplo sanitario ha irrogado al interesado con independencia de cuál haya de ser su exacta cuantificación económica; cuestión esta que abordaremos más adelante de concurrir el resto de requisitos generadores de la responsabilidad patrimonial que se demanda.

Ahora bien, la mera constatación de un perjuicio 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. 80/2020), 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 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 reclamante y cuya efectividad ha sido acreditada 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 viene reiterando este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) 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*). Venimos señalando igualmente de forma constante (por todos, Dictamen Núm. 91/2021) que cuando se reclaman los perjuicios derivados de una infección nosocomial corresponde a

la Administración la carga de probar que adoptó las medidas necesarias para evitar que el enfermo contrajera la infección, siendo exigible una explicación suficiente sobre el modo de actuar en el caso planteado para poder dilucidar la corrección del proceder en la aplicación de los protocolos de asepsia conforme al criterio de la *lex artis*.

En el caso examinado el perjudicado sostiene que “la mala praxis ha sido por la falta de adopción de las prevenciones necesarias para evitar la infección” si bien no desarrolla actividad probatoria alguna al objeto de sostener tal imputación. Frente a ello, todos los informes médicos obrantes en el expediente, librados durante la instrucción por el servicio público de salud y su aseguradora, coinciden en asumir que, si bien el contagio pudo producirse en el contexto de cualquiera de las intervenciones practicadas al paciente en el mes de noviembre de 2020 ya que “la instrumentación urológica con catéteres en el tracto urinario es el principal factor de riesgo de desarrollo de infecciones urinarias” y el paciente afectado presentaba además “una uropatía obstructiva crónica con litiasis renales que puede predisponer al desarrollo de bacterias por el estasis urinario”, el informe de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias señala que no procede responsabilizar del contagio a la Administración reclamada pues se cumplieron todos los protocolos preparatorios y de profilaxis antibiótica, con lo que se actuó según la obligación de medios; más concretamente, según se expresa en el informe librado por el responsable del Servicio de Urología, no solo se realizaron cultivos antes de la primera intervención, que fueron negativos, si no que, además, “todos los ingresos, intervenciones quirúrgicas y retirada de catéteres” se realizaron “bajo cobertura antibiótica”. Por otra parte, este mismo informe destaca que “no existen medidas de prevención absolutas para prevenir infecciones por bacterias multirresistentes en el ámbito hospitalario, requiriendo únicamente las habituales generales sobre profilaxis y esterilidad en quirófano y durante la hospitalización”, y que si bien existe un porcentaje no desdeñable de individuos sanos que pueden ser portadores del germen causante de la infección, el protocolo tampoco justifica

“la búsqueda de posibles portadores de posibles bacterias multirresistentes en pacientes que requieran cirugía o ingreso prolongado, si no han tenido antecedentes previos”, lo que se cumplía en el caso de que se trata.

Los informes médicos librados durante la instrucción son igualmente unánimes al señalar que el tratamiento dispensado al paciente una vez que se tuvo evidencia de que la bacteria en cuestión era multirresistente fue correcto. En este sentido, se expresa en el elaborado a instancias de la compañía aseguradora al señalar que se aplicaron las medidas oportunas de “aislamiento de contacto, con recogida de exudados faríngeos y rectales, actuando de acuerdo a las directrices establecidas, en la prevención de contagio de gérmenes multirresistentes” y que “el Servicio de Urología actuó de manera adecuada, tanto con las pautas de antibioterapia en cada uno de los ingresos por ITU febril, como las pautas de prevención de nuevas ITUs (profilaxis antibiótica mantenida o la autovacuna), así como en el intento de resolver las posibles causas de colonización de la *P. aeruginosa* (circuncisión para intentar resolver el foco cutáneo, como la litotricia y las dos cirugías litiásicas para resolver el foco litiásico, así como el uso de acidificadores urinarios para evitar la cristalización de litiasis infectivas)”.

A propósito de las infecciones nosocomiales viene reiterando este Consejo (por todos, Dictámenes Núm. 257/2020 y 73/2022) con cita de la doctrina del Consejo de Estado (Dictamen 890/2008, de 24 de julio, entre otros), que “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 29 de marzo de 2019 -ECLI:ES:TSJAS:2019:1113-, 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 técnica 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 (...), 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 32.1 de la LRJSP) “y, por tanto, constituir una circunstancia excluyente de la responsabilidad patrimonial de la Administración”.

Aplicado todo ello al caso que nos ocupa y acreditado que se han cumplido las normas y protocolos impuestos a la práctica clínica, según justifican los informes médicos incorporados por la Administración al expediente, hemos de concluir que los daños sufridos como consecuencia de una infección por una bacteria multiresistente no pueden imputarse a la infracción de la *lex artis ad hoc* sino a la desgraciada materialización de un riesgo conocido -relativamente frecuente y asumido por el interesado al firmar el documento de consentimiento informado que obra en su historia clínica- que no siempre puede prevenirse ni evitarse.

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

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.