

Expediente Núm. 214/2009
Dictamen Núm. 87/2010

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 18 de marzo de 2010, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 25 de febrero de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de una deficiente asistencia sanitaria.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 11 de abril de 2008, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria prestada en el Hospital

El reclamante refiere que “ingresó en el Hospital el día 02-11-2006, a fin de practicarse en el Servicio de Urología de dicho centro sanitario cirugía programada por hipertrofia prostática y sospecha de lesión vesical. El día 03-

11-2006 (...) se realizó exploración endoscópica vesical, decidiéndose en virtud de la misma practicar adenomectomía prostática retropúbica según técnica de Millin". Continúa exponiendo que a la vista del resultado anatomopatológico se propone "al paciente cirugía radical que éste acepta". El día 17 de noviembre de 2006 se realiza linfedectomía ilio-obturatriz bilateral, apendectomía y cistoprostatectomía radical con derivación urinaria Bricker-Wallace II".

Añade que el día 13 de diciembre de 2006 cae de la cama y sufre una fractura de cadera, de la que es intervenido por el Servicio de Traumatología el día 15 de ese mismo mes, el cual le "realiza hemiartroplastia de cadera izquierda con prótesis parcial doble cúpula no cementada".

Es dado de alta en el Servicio de Urología el día 2 de enero de 2007, "presentando aún herida quirúrgica abdominal" que precisa curas. Sin embargo, el día 17 de enero de 2007 "el reclamante debe volver nuevamente al centro hospitalario ante la seria problemática que presenta la herida abdominal", donde es atendido ese mismo día por el Servicio de Cirugía General por "evisceración posoperatoria", y recibe el alta el día 22 de febrero de 2007, indicándose en el informe "la existencia de fistula intestinal que drena por la evisceración", que después de ser tratada "llegó a cerrar, con buena tolerancia y tránsito, precisando curas locales". El citado Servicio manifiesta que "la urostomía funciona correctamente y en el momento del alta no hay signos infecciosos. El paciente, por tanto, "ha sido tratado de fístula que se le considera resuelta, manteniéndose la evisceración".

Tras ser dado de alta en el Servicio de Cirugía General, "pasa nuevamente a depender del Servicio de Urología" y presenta "cada día mayor deterioro", por lo que su familia "decide solicitar alta voluntaria ante la falta de atención eficaz y el mal estado del paciente" y le ingresa en un centro sanitario privado, donde el facultativo que le atiende "constata mal estado generalizado" y "marcada palidez de mucosas", por lo que se le pautaron "4 transfusiones de sangre" y "se le ajustó la medicación", recibiendo el alta el día 20 de marzo de 2007. Un mes más tarde se le somete a una revisión en la que se aprecia "en la analítica de control empeoramiento de la función renal y anemia", y "ante la

sospecha de uropatía obstructiva se practica ecografía urgente que revela ureterohidronefrosis bilateral./ El 02-05-2007 se realiza laparotomía, observando estenosis bilateral de la reimplantación uretero hiliar con uréteres muy dilatados, siendo necesaria la nueva reimplantación muco-mucosa por separado de los uréteres y también se aprovecha para reparación de la eventración abdominal”, lo que, en opinión del reclamante, “evidencia las carencias de la intervención practicada”.

Concluye su relato manifestando que “desde el alta voluntaria en el Hospital y la simultánea atención (...) con ingreso en el (centro sanitario privado) el paciente mejoró y alcanzó su actual estado de recuperación de salud”, aunque para ello “se vio obligado a ponerse en manos de la sanidad privada y hacer frente a toda una serie de gastos y a un proceso médico derivado de los problemas ocasionados por la atención” en el citado hospital. Ello “prolongó más allá de lo normal su necesidad de asistencia médica, con más días de convalecencia de los necesarios en una intervención como la que le fue practicada a instancia del servicio público de salud”.

Solicita una indemnización por importe total de once mil quinientos siete euros con diez céntimos (11.507,10 €), de los que 7.227,35 € corresponderían a los gastos abonados por el reclamante a la sanidad privada, y los 4.279,75 € restantes a los 85 días (del 22 de febrero al 18 de mayo de 2007) durante los cuales estuvo impedido para desarrollar sus actividades habituales.

Adjunta copia de los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Traumatología del Hospital, de fecha 28 de diciembre de 2006. b) Informe de alta del Servicio de Urología, de 2 de enero de 2007. c) Informe de alta del Servicio de Cirugía General, de 22 de febrero de 2007. d) Hoja de recomendaciones de enfermería al alta, de 22 de febrero de 2007. e) Informes médicos privados, de fechas 19 de marzo y 8 de mayo de 2007. f) Recibo del pago, en concepto de honorarios profesionales, de un especialista en Anestesiología, de fecha 7 de mayo de 2007. g) Facturas emitidas por un centro sanitario privado.

2. Con fecha 18 de abril de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Hospital una copia de la historia clínica del perjudicado, así como un informe del Servicio implicado en la asistencia sanitaria.

3. Mediante escrito notificado al reclamante el día 21 de abril de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios le comunica la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. El día 19 de mayo de 2008, el Gerente del Hospital remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del reclamante, un informe del Servicio de Urología y una certificación relativa a la vinculación de los facultativos intervinientes.

En el informe, firmado por el Jefe del Servicio de Urología, se manifiesta que “el paciente siempre fue correctamente tratado (...) por nuestro Servicio y por el hospital (...). La gravedad y morbilidad de la cirugía radical urológica fue perfectamente explicada al paciente y familiares y tanto la cirugía como los cuidados posteriores han sido lo mejor que al paciente se pudo ofrecer./ La complicación de fractura de cadera fue producida por la falta de colaboración del paciente y familiares y se resolvió sin problemas./ La evisceración es consecuencia de la no colaboración (...) del paciente y familiares” que deben siempre avisar “al personal para levantarse en estas condiciones (...). A pesar de advertirle a la mujer del paciente de que no debe marcharse (del hospital), ella misma firmó el alta voluntaria por su marido (...). Al alta el paciente no presentaba nada de lo que alega (...) en su escrito. Tanto el TAC como la analítica eran normales”.

En la historia clínica constan, entre otros los siguientes documentos: a) Hojas de observaciones de enfermería, en las que figura anotado, el día 28 de diciembre de 2006, “paciente no colaborador” y “se explica a la familia la

necesidad de su colaboración” y, el día 29 de diciembre, que “le comentamos a la mujer que fuera dándole agua de vez en cuando”, a lo que se niega. b) Hojas de curso clínico, relativas al ingreso del paciente para tratar una neoplasia de vejiga, que se complicó al sufrir una fractura de cadera, provocando una evisceración. En ellas se consigna, el día 28 de diciembre de 2006, “hablo con la familia del paciente (...), le explico la situación y que colaboren de alguna manera con el personal de la planta”. En las referentes a la complicación de cadera y a la evisceración se refleja, el día 13 de marzo de 2007, “sin cambios, predomina el cuadro depresivo importante, no colaborador” y que “la mujer del paciente está agitada (...) y que quiere llevarse al enfermo del hospital./ Se le explica que está (pendiente) de analítica y que no debe marchar. Insiste (...). Firma ella en nombre del enfermo el alta voluntaria”. c) Hojas de consentimiento informado para realizar una RN vesical, firmado por el paciente el día 5 de octubre de 2006; para anestesia y adenomectomía prostática, suscritos el 2 de noviembre de 2006, y para prótesis articular del miembro inferior, de 14 de diciembre de 2006.

5. Con fecha 17 de junio de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él describe los hechos y señala que el reclamante “fue intervenido mediante resección transuretral de la neoformación vesical y seguidamente y en el mismo acto también se le extirpa (...) un adenoma de próstata. El estudio anatomopatológico de la lesión vesical reveló un cáncer vesical de alto grado que infiltraba tanto la capa muscular de la vejiga como la propia próstata”. En un segundo acto se le realizó una cirugía radical. Durante el posoperatorio el paciente sufrió una caída producida por el hecho de haberse levantado “solo y sin avisar al personal de la planta” para ir al servicio. Tuvo una fractura de cadera y una evisceración de la herida quirúrgica”. Como consecuencia de ésta “se produjo una fístula digestiva (...). Se realizó tratamiento conservador de dicha fístula, dejando para un posterior momento, de acuerdo con la situación del paciente, el cierre de la evisceración por parte de Cirugía General (...). El 13 de marzo de 2007 la esposa del

enfermo decide llevarse al paciente y, a pesar de que se le indica la conveniencia de esperar al estar pendiente de estudios, firma el alta voluntaria (...). En aquel momento tenía una anemia para la que se le habían administrado transfusiones y se había apreciado en una ecografía hecha el 27 de febrero de 2007 la existencia de una moderada ureterohidronefrosis bilateral y un quiste cortical en el polo superior del riñón izquierdo. Estos hallazgos no justifican que se debiese actuar de manera diferente a como se hizo (...). En el centro privado al que voluntariamente acudió se confirmó el mismo diagnóstico que ya tenía, administrándosele el mismo tratamiento, es decir, transfusiones sanguíneas. Dos meses después se apreció un empeoramiento de la función renal y, tras los estudios pertinentes, se sentó el diagnóstico de ureterohidronefrosis bilateral. Se practicó una laparotomía exploradora en la que se halló una estenosis bilateral de la reimplantación uretero hiliar con uréteres muy dilatados. Se procedió a su reimplantación por separado y corrección de la eventración abdominal". Finalmente, concluye que "la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*".

6. Mediante escritos de 19 de junio de 2008, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

7. Con fecha 18 de septiembre de 2008, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Urología. En él se concluye que las complicaciones sufridas por el perjudicado "están ampliamente descritas en la literatura médica y se detallan en todos los documentos de consentimiento informado que se suministran a los pacientes en los hospitales públicos" y que "la actuación de todos los profesionales implicados en este caso fue totalmente correcta, ajustándose al `estado del arte´ de la medicina y cumpliendo en todo momento con la `lex artis ad hoc´".

8. Con fecha 22 de octubre de 2008, se comunica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

9. Con fecha 12 de noviembre de 2008, un abogado, en nombre y representación del reclamante, presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones ratificándose en los términos del escrito inicial. Adjunta copia del poder notarial que acredita su representación.

El 13 de noviembre de 2008, se persona el representante del interesado en las dependencias administrativas y obtiene una copia del expediente, compuesto en ese momento por doscientos ochenta y nueve (289) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

10. Con fecha 26 de enero de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella se afirma que en el momento en que la esposa del reclamante firmó el alta voluntaria (13 de marzo de 2007) éste “tenía una anemia para la que se le habían administrado transfusiones y se había apreciado en una ecografía, hecha el 27 de febrero de 2007, (la) existencia de una moderada ureterohidronefrosis bilateral y un quiste cortical en polo superior del riñón izquierdo” y que “en el centro privado, al que voluntariamente acudió (el reclamante), se confirmó el mismo diagnóstico que ya tenía, administrándosele el mismo tratamiento, es decir, transfusiones sanguíneas. Dos meses después se apreció un empeoramiento de la función renal y, tras los estudios pertinentes, se sentó el diagnóstico de ureterohidronefrosis bilateral”. Concluye que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 25 de febrero de 2009, registrado de entrada el día 2 de marzo del mismo año, 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 y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), 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.

En cuanto a la legitimación pasiva, el Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario, que en el presente caso ha sido prestado por un centro asistencial con el que se ha suscrito un convenio singular para la atención de determinados usuarios del Sistema Nacional de Salud; siempre sin perjuicio de la repetición de los costes a que, en su caso, deba hacer frente ante el titular del centro directamente causante de ellos por el procedimiento legal que corresponda. En el supuesto ahora examinado, aun cuando no se ha afirmado expresamente ni se ha

documentado, cabe deducir que la atención prestada al reclamante lo ha sido en tanto que beneficiario del sistema sanitario público y que los servicios prestados se encuentran incluidos en el convenio singular aludido. Por ello, a la vista del escrito presentado por el perjudicado, resulta correcta la tramitación del oportuno procedimiento de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 11 de abril de 2008, y, si bien la asistencia recibida por el interesado a través del sistema sanitario público y sobre la que se formula la presente reclamación, finalizó el día 20 de marzo de 2007, fecha en la que, por medio de su esposa, solicitó el alta voluntaria en el Hospital, no es hasta el día 18 de mayo de ese mismo año cuando recibe el alta por parte del centro sanitario privado en el que decidió completar su curación, por lo que debemos entender que la reclamación ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de

la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

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 139 de la LRJPAC 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 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.- Imputa el reclamante a la Administración pública sanitaria, concretada en este caso en un centro concertado, el que se viera “obligado a ponerse en manos de la sanidad privada y hacer frente a toda una serie de gastos y a un proceso médico derivado de los problemas ocasionados por la atención” en el Hospital Esa mala atención, a juicio del perjudicado, “prolongó más allá de lo normal su necesidad de asistencia médica, con más días de convalecencia de los necesarios en una intervención como la que le fue practicada a instancia del servicio público de salud”. Definido de esta forma el daño sufrido, reclama que se le indemnice tanto por el daño patrimonial derivado del coste de la asistencia médica privada recibida, como por los perjuicios que traen causa de un aumento en los días de convalecencia precisos para su curación.

La simple exposición de los hechos imputados a la Administración nos plantea, como primera cuestión, la distinción -que ya abordamos en nuestros

Dictámenes Núm. 241/2006 y 8/2007- entre el ejercicio de la acción de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital en los casos que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud y el de la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

En efecto, la reclamación contiene objetivamente una solicitud de reembolso de gastos sanitarios, que se hace extensible a los perjuicios derivados de la prolongación en el tiempo del periodo de convalecencia. Respecto al citado reembolso, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización, determina, en su artículo 4.3, las condiciones para que sea exigible el reembolso de los gastos sanitarios ocasionados “fuera del Sistema Nacional de Salud”, estableciendo que el mismo sólo resulta procedente en “casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital” y “una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción”.

Podría el interesado haberse acogido a la normativa citada y solicitar la incoación del procedimiento administrativo pertinente. Sin embargo, ha optado por la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración pública, pues no invoca una necesidad vital urgente que no pueda razonablemente atenderse dentro del sistema público, sino una pérdida de confianza en el mismo que le condujo a solicitar el alta voluntaria, y ello a pesar de que al momento de formular tal solicitud fue informado a través de su esposa, que es quien firma dicha petición, de la conveniencia de esperar al estar pendiente de estudios.

Tal planteamiento -y su consecuente reclamación- es admisible, pero para que pueda prosperar deberán concurrir los requisitos generales que hemos señalado en la consideración jurídica quinta. Por tanto, habrá que analizar si nos hallamos ante un daño real, efectivo, evaluable económicamente y antijurídico, es decir, un daño que no tenga el particular la obligación de

soportar, y si éste ha sido ocasionado por el funcionamiento del servicio público sanitario.

En orden a determinar la concurrencia de tales requisitos, observamos que el daño alegado se concreta en las consecuencias derivadas de la necesidad de acceder a la sanidad privada para completar el proceso de curación de un tratamiento iniciado en el ámbito de la sanidad pública. Faltando una acreditación de tal necesidad, deberíamos concluir que no se aprecia un daño, sino que estamos simplemente ante una legítima opción individual entre el sistema sanitario público y los servicios sanitarios privados, resuelta libremente por el reclamante -o su familia- a favor de estos últimos, y cuyas consecuencias han de ser soportadas por quien adopta dicha decisión.

No obstante la conclusión expuesta, en aras de un exhaustivo examen de las imputaciones realizadas al funcionamiento del servicio público sanitario en el caso concreto, debemos analizar si, tal como manifiesta el reclamante, el alta voluntaria solicitada no es sino “el resultado de una praxis médica que de haberse ajustado a lo correcto no habría ocasionado el calvario (...) al que se le sometió” y que deriva en la decisión de pedir el “alta voluntaria ante la falta de atención eficaz y el mal estado del paciente”, que constituyen el fundamento de la *causa petendi*.

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

El perjudicado no ha concretado en ningún momento a lo largo de la instrucción del procedimiento en qué aspecto se materializa la mala praxis médica que denuncia, limitándose a calificar su posoperatorio como “tormentoso y con complicaciones de las que previamente no se le había advertido”. Por tanto, la decisión de solicitar el alta voluntaria y completar su curación acudiendo a un centro médico privado debido a una supuesta infracción de la *lex artis* sólo encuentra justificación en sus afirmaciones, realizadas de forma genérica, sin ningún tipo de concreción, lo cual no es bastante para tenerlas por ciertas. En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio en cuanto al respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada al reclamante sobre la base de la documentación que obra incorporada al expediente, la cual no ha sido discutida por el mismo.

En este sentido, el informe emitido por el especialista en Urología es claro en orden a calificar la actuación de todos los profesionales implicados en este caso como totalmente correcta y acorde con la *lex artis ad hoc*. Así, concluye, sin contradicción alguna por parte del reclamante en el trámite de alegaciones, que el paciente fue correctamente diagnosticado, que “fue informado de su proceso patológico y de su tratamiento”, que las complicaciones surgidas “en el posoperatorio inmediato (...) se trataron de forma correcta”, que tales complicaciones “están ampliamente descritas en la

literatura médica” y que, en contra de la opinión médica, la familia “solicitó el alta voluntaria”.

En la misma línea se pronuncia el informe técnico de evaluación, que tampoco ha resultado discutido por el reclamante, al sostener que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*. En él se consigna que consta reiteradamente “en las hojas de observaciones de enfermería (...) una falta de entendimiento con los familiares y una importante ausencia de cooperación por parte de éstos”, destacando que, tras el alta voluntaria, “en el centro privado al que voluntariamente acudió se confirmó el mismo diagnóstico que ya tenía, administrándosele el mismo tratamiento”.

Por otro lado, hemos de subrayar que la argumentación sostenida por el interesado no está exenta de ciertas contradicciones. Así, en su reclamación afirma de manera rotunda, en el antecedente séptimo, que “desde el alta voluntaria en el Hospital y la simultánea atención” en el centro privado “el paciente mejoró y alcanzó” en este último “su actual estado de recuperación de salud que no le era restablecida”, cuando lo cierto es que en el mismo escrito reconoce que una vez iniciada la atención médica privada, y tras una primera alta, en revisiones posteriores “se constata en la analítica de control empeoramiento de la función renal y anemia”, lo que obligó a nuevas actuaciones médicas, si bien el perjudicado atribuye, de nuevo sin respaldo probatorio alguno, este empeoramiento posterior, ya en el ámbito del centro médico privado de su elección, a la inicial intervención originaria practicada en el Hospital.....

En consecuencia, este Consejo Consultivo entiende que la actuación de la Administración sanitaria se ajustó en todo momento al criterio de la *lex artis*, por lo que la responsabilidad patrimonial planteada no resulta imputable al funcionamiento del servicio público sanitario. En efecto, la indemnización pretendida tiene su origen en la decisión personal y voluntaria del reclamante de acudir a un centro privado, abandonando los servicios de la sanidad pública cuando se encontraba en el normal proceso de curación, y sin dar opción a los

servicios públicos a su conclusión, por lo que, en definitiva, tiene la obligación de soportar las consecuencias que se derivan de sus propias decisiones.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.