

Expediente Núm. 33/2011
Dictamen Núm. 302/2011

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 20 de octubre de 2011, 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 1 de febrero de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que atribuye a la asistencia prestada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 17 de junio de 2009, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida a la entonces Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, por los daños que atribuye a la asistencia prestada en un hospital público.

El reclamante refiere que tenía colocado un esfínter artificial desde el día 29 de noviembre de 2007 y que el día 20 de agosto de 2008 sufre “un ictus isquémico”, ingresando en el Hospital “X”, donde ese mismo día se le “introduce una sonda vesical con el fin de extraer orina (...), sin comprobar la existencia del esfínter artificial y sin inactivar el mismo”. Relata que al día siguiente su hija comunica a la médica responsable que a su padre “se le había implantado (...) un esfínter artificial y no tenía problemas de retención, sino de incontinencia, preguntándole si la sonda podría dañar el mecanismo del esfínter”, y la neuróloga le manifiesta que “dicha actuación no tendría ningún tipo de repercusión en el buen funcionamiento del esfínter artificial”. El día 22 de agosto un especialista del Servicio de Urología ratifica la inocuidad del procedimiento.

Expone que “entre los días 27 a 29 de agosto (...) presenta un periodo febril, que es tratado mediante el suministro de antibiótico (...), debido a una supuesta infección”, del que “no se hace mención” en ninguno de los informes emitidos por dos facultativos del Servicio de Neurología, y que el 29 de agosto le remiten al Servicio de Urgencias del Hospital “Y”, donde se le había implantado el esfínter, “para realizar una valoración del problema”. Con posterioridad, ingresa de nuevo en el centro de remisión hasta el día 5 de septiembre de 2008, en que fue dado de alta.

Añade que el 9 de septiembre de 2008 su hija “formula reclamación o queja ante la Dirección del hospital” poniendo de manifiesto lo ocurrido, que fue respondida por el Gerente del centro mediante escrito de 28 de septiembre de 2008.

Alega que tras el alta continuaron las molestias y las complicaciones “en relación con el sondaje realizado que dejó inactivo el esfínter artificial”. El día 30 de septiembre de 2008 le examinan en el Servicio de Urología del Hospital “Y”, donde “se detecta pus en la orina (‘orina piúrica’) (...) infección por proteus, así como erosión en la mucosa uretral donde estaba colocado el

manguito del esfínter". Ante esto, deciden "practicar la derivación suprapúbica de la orina, situación que se aconseja mantener hasta (...) que presente mejoría y después retirar el manguito del esfínter y colocar una nueva prótesis". Debido a las molestias acudió al Servicio de Urgencias de ese mismo centro sanitario en tres ocasiones: el día 24 de octubre de 2008, en el que se le diagnostica "celulitis"; el día 26 de octubre, con el diagnóstico de "celulitis y espasmos vesicales", y el día 8 de noviembre, con el de "infección de la prótesis de esfínter artificial", por lo que tiene que ser intervenido para su extracción el día 13 de noviembre, causando alta el día 18 del mismo mes.

Refiere que a la fecha de la reclamación aún no se le "ha podido colocar una nueva prótesis, y lo más probable es que nunca será posible, estando ingresado en una residencia y con incontinencia absoluta".

Manifiesta haber solicitado informe médico pericial a un especialista en Medicina Legal y Forense, "quien a la vista de los informes médicos de que dispone la familia y previas las comprobaciones oportunas", concluye que "en el momento del ingreso el paciente presentaba una incontinencia mínima (de esfuerzo) que se solucionaba con el esfínter artificial implantado que funcionaba con total normalidad", que se le colocó una sonda vesical desconociendo la existencia del implante y sin proceder a su desactivación, que "desde la extracción del esfínter artificial presenta una incontinencia urinaria total y permanente", que "en la evolución clínica juega un papel decisivo el hecho de haber sido colocada una sonda vesical en un paciente portador de esfínter artificial" sin haber procedido previamente a su desactivación y que "existe un principio de causalidad entre la colocación de la sonda vesical y la presentación de complicaciones que condujeron al estado actual, con perjuicio del paciente, que presentaba una mínima incontinencia urinaria y ahora la incontinencia es total y permanente".

Indica que en el momento del ingreso "estaba con pañales de incontinencia y tenía prescrita la toma de Urotrol" y que si se hubiera

comprobado que portaba una prótesis “no hubiera sido necesario implantar la sonda”. Apunta que “la Administración pretenderá exculparse aduciendo que no se le comunicó la existencia del esfínter artificial, pero lo cierto es que tenían a su disposición medios más que suficientes para conocer este extremo y que (...) la sonda introducida al paciente inutiliza el esfínter artificial y desencadena la patología que sufre”. En cualquier caso, reprocha que “no se tomó precaución alguna para evitar que la sonda interfiriera en el normal funcionamiento” de aquel, que “los propios especialistas en Urología del Hospital `X` negaron inicialmente que la sonda pudiera haber afectado a la prótesis y desconocían su funcionamiento”.

Por ello, considera que la asistencia sanitaria que se le prestó es inadecuada y que no tiene obligación de soportar los daños que sufre. Consigna otro episodio de ictus en julio de 2008, por el que fue atendido en el Hospital “Y”, y que “no hubo problema alguno” con la prótesis.

Valora los daños y perjuicios ocasionados en sesenta mil euros (60.000 €) y solicita ser indemnizado en dicha cantidad, “más los intereses legales desde la fecha de la reclamación”.

Adjunta a su escrito copia de, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe de alta, emitido el 3 de diciembre de 2007 por el Servicio de Urología del Hospital “Y”, relativo a la intervención para “colocación de esfínter artificial” el día 29 de noviembre de 2007 por “incontinencia urinaria (...) sin respuesta a tratamiento conservador”. b) Informe del Servicio de Neurología del Hospital “X”, de fecha 29 de agosto de 2008, por el que se remite al paciente para “valoración por parte del Servicio de Urología” al Hospital “Y” por “sospecha de disfunción de esfínter artificial”, e informe del Área de Urgencias de este centro, de la misma fecha, que confirma la disfunción, pauta “mantener sonda vesical” y remite al enfermo al centro de procedencia para control de su enfermedad de base. En este informe se hacen constar como datos de la exploración del paciente que es “portador de foley ch 16. Se toca manguito de control en

buena posición, pero siendo imposible desactivación, tras maniobras interactivas. Se recoloca foley ch 14, sin dificultad de paso. Se llena vejiga, se retira sonda y no se consigue micción espontánea a pesar de intentar activar mecanismo"; en Rx de abdomen "no se aprecia balón de almacenamiento (probablemente por relleno con suero fisiológico)". c) Informe de alta hospitalaria, de fecha 5 de septiembre de 2008, del Servicio de Neurología del Hospital "X", en el que se señala como impresión diagnóstica "ictus de arteria cerebral media derecha en probable contexto de hipotensión", "oclusión de carótida interna derecha", "fa crónica", "ineficacia de esfínter vesical mecánico" y "resto de diagnósticos previos". En el apartado "comentario" se consignan como antecedentes que "en las primeras 24 horas se objetiva distensión abdominal (...). Ante la sospecha de un globo vesical, se procede a sondaje, extrayéndose 1.600 cc de orina. En ese momento, desconocíamos la existencia de un esfínter vesical mecánico, dado que no constaba en los informes previos ni la familia lo había notificado. Una vez conocido este hecho se procedió a retirar la sonda vesical, teniendo que volver a colocarla a las 8 horas por nuevo episodio de retención urinaria, sin ser capaces de activar el esfínter mecánico. Se consultó a Urología, que recomendó mantener el sondaje durante unos días y posteriormente retirarlo para probar su funcionamiento. El 26 de agosto por la noche el paciente se arranca la sonda urinaria, intentándose de nuevo manejar el esfínter vesical mecánico sin conseguirlo, por lo que se vuelve a pedir valoración por Urología; tras comprobar ineficacia del mismo se procede de nuevo a sondar". d) Escrito presentado el día 9 de septiembre de 2008 por la hija del reclamante ante el Servicio de Atención al Usuario de este último hospital, planteando distintos interrogantes en relación con la asistencia dispensada y la respuesta facilitada por el Gerente del centro, acompañada del informe realizado por la Neuróloga encargada de la atención al paciente, datado el 17 de septiembre de 2008, según el cual "las retenciones urinarias son frecuentes, incluso en pacientes incontinentes". Juzga que no habría sido aconsejable un traslado al Hospital "Y"

el 21 de agosto porque “el problema principal del paciente era una isquemia cerebral aguda”, en cuyo tratamiento está demostrado un mejor pronóstico vital y funcional cuando se aplican una serie de medidas en las primeras 24-48 horas que incluyen reposo absoluto. El episodio febril fue “un proceso vírico banal, con resolución espontánea y sin repercusión sobre la evolución clínica durante el ingreso, ni sobre el tratamiento al alta. Por este motivo no se ha hecho mención en el informe, en el que se hacen constar los datos más relevantes”. e) Informe de consultas externas del Servicio de Urología II del Hospital `Y´, datado el 22 de octubre de 2008, según el cual en el último ingreso en el Hospital `X´ “hizo un cuadro de retención y le colocaron una sonda, probablemente sin inactivar el esfínter./ Es visto por nosotros el 30-9-2008. El paciente tiene una sonda uretral saliendo orina piúrica (...), infección por proteus (...), erosión en la mucosa uretral donde estaba colocado el manguito (...). Se decide derivación suprapúbica”, recomendándose “retirar el manguito del esfínter y pensar en colocar una nueva prótesis”. f) Dos informes del Área de Urgencias del Hospital “Y” correspondientes a los días 24 y 26 de octubre de 2008, cuya impresión diagnóstica es de “celulitis no complicada” y “celulitis./ Espasmos vesicales”, respectivamente. g) Informe de alta hospitalaria, de fecha 18 de noviembre de 2008, tras ingreso el día 8 del mismo mes procedente de Urgencias para extracción de esfínter artificial por infección. h) Informe pericial realizado a instancias de la hija del reclamante por un especialista en Medicina Legal y Forense, de fecha 2 de junio de 2009. En él se valora el daño corporal del paciente considerando el periodo de consolidación del proceso urológico iniciado con la colocación de la sonda vesical hasta la retirada del esfínter artificial, 89 días, de los cuales 10 corresponden a días de hospitalización y los 79 días restantes son impeditivos para la realización de actividades habituales. Evalúa también el perjuicio funcional consistente en una incontinencia urinaria permanente, partiendo de una incontinencia de esfuerzo ya existente, en 30 puntos. Consta en el mismo que “desde el punto de vista

clínico (...) se aprecia la existencia de una situación de incontinencia urinaria permanente como resultado de la evolución al empeoramiento de una incontinencia mínima (de esfuerzo), que fue generada por la necesidad de retirar un esfínter artificial (...) por causa de la aparición de infecciones de repetición y celulitis./ En esa evolución clínica juega un papel decisivo el hecho de haber sido colocada una sonda vesical en un paciente portador de esfínter artificial, por desconocimiento de la existencia de este y (...) sin proceder a su desactivación". "Desde el punto de vista médico-legal referido al hecho causante de la evolución clínica descrita, "considero que existe un principio de causalidad entre la colocación de la sonda vesical y la presentación de complicaciones que condujeron al estado actual".

2. Mediante escrito de 24 de junio de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará y los efectos del silencio administrativo.

3. Con fecha 18 de enero de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto realiza el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir y analizar los hechos, señala que al ingreso del paciente en el Hospital "X" es adjudicado al Servicio de Neurología, al referir un proceso principal de accidente cerebro vascular. Hace constar que, "desde el punto de vista neurológico, experimenta mejoría" y que "los síntomas neurológicos que presentaba el paciente le impedían el manejo del esfínter vesical mecánico, lo que favoreció el llevarle a la retención urinaria. Las retenciones urinarias son procesos con incidencia alta incluso en pacientes incontinentes. En las primeras 24 horas del ingreso (...) y al objetivar distensión abdominal con importante dolor difuso y defensa abdominal sin signos de irritación peritoneal,

sospechando globo vesical, se procede al sondaje del paciente, desconociendo en ese momento la existencia de un esfínter vesical mecánico, dado que no constaba en los informes previos ni la familia lo había notificado". Conocido este dato "se procedió a retirar la sonda", pero hubo que volver a colocarla "por nuevo episodio de retención urinaria, al no ser capaces de evacuar la orina a través del esfínter mecánico, por lo que se consideró necesaria valoración del funcionamiento del mecanismo por el Servicio instalador".

Sostiene que la "relación causal entre la asistencia médica prestada al reclamante y las consecuencias negativas ocurridas en el conjunto del proceso asistencial no son absolutamente determinantes, siendo la actuación del personal médico ajustada y acorde a la lex artis", ya que "no es imputable a ellos el desconocimiento inicial de que el paciente portaba una prótesis vesical", y ante "una gran retención urinaria" debía procederse al sondaje vesical del mismo. Consigna que los procesos sufridos por el enfermo eran graves y su evolución la prevista. Además, "el daño ocasionado por no accionar de forma voluntaria el actor el mecanismo implantado para (la) emisión de orina, dada su abolición temporal de la facultad para ello, es un daño que el propio paciente está obligado a soportar".

Considera, por tanto, que la reclamación debe ser desestimada.

4. Mediante escritos de 25 de enero de 2010, el Jefe del Servicio instructor remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente generado a la correduría de seguros.

5. El día 16 de abril de 2010, el Jefe del Servicio instructor solicita a la Gerencia del Hospital "X" una copia de la historia clínica del paciente "relativa al proceso asistencial que dio lugar a su ingreso el 20 de agosto de 2008".

Con fecha 23 de abril de 2010, la Directora de Gestión y Servicios Generales remite al Servicio instructor el historial requerido, que comprende, entre otros y además de los adjuntos a la reclamación, los siguientes documentos: a) Informe del Área de Urgencias, de fecha 20 de agosto de 2008, relativo a ingreso por ACV. Constan en el mismo antecedentes de "incontinencia" y los tratamientos seguidos. b) Hojas de curso clínico, en las que se anota, el día 20 de agosto de 2008, "Sd. prostático. Incontinencia urinaria. Esfínter vesical mecánico"; el día 21, que "tiene dolor abdominal. Hace defensa abdominal, sin permitir exploración adecuada (...). Parece que el pañal estaba mojado", y que se programa "sondaje vesical para descartar retención urinaria (ayer refería dific. para orinar). Si no hay retención urinaria, valoración por Cx"; a las 16:45 horas de ese mismo día, "hablé con la hija: el paciente, tiene un esfínter vesical mecánico que se acciona a nivel de escroto./ Con el sondaje salieron 1.600 cc desde las 13:30 h en que se colocó./ El abdomen es ahora blando y no doloroso". El plan es "retirar sondaje vesical"; el día 22, que "ayer realizó nueva retención urinaria y no se consiguió que funcionara el esfínter mecánico, por lo que hubo que sondarle de nuevo (...). Dejaré sondaje vesical hasta hablar con urólogos (por lo que comentó la supervisora con ellos podría haber una disfunción en el mecanismo, pero esto fue de palabra"); y, al margen, se añade "confirmado con Urólogos. Comentan que un sondaje no dañaría el mecanismo del esfínter mecánico. Solicito Pic Urología: Continuar con s.v. 48 h. Comento con enfermería: no están seguros de saber funcionar el esfínter, por lo que mantengo el sondaje vesical"; el día 26, "comentado con Urología, de mto. mantenemos sondaje. Habrá que retirarlo un día a 1ª hora (...) y valorar a lo largo de la mañana si funciona la válvula"; el día 27 de agosto, a las 00:30 horas, que "se arranca la sonda vesical, se intenta que orine por medio del esfínter mecánico pero no se obtiene diuresis"; a las 10:30 horas, que "no ha orinado" desde que se arrancara la sonda y que "intentamos accionar el esfínter vesical mecánico, sin conseguirlo", así como petición de

interconsulta a Urología; a las 13:00 horas, consta "visto x Urología, ineficacia del esfínter vesical mecánico, por lo que se ha precisado de nuevo sondaje vesical"; a las 15:00 horas, que "hablé con la hija, lo que quiere es que pidamos Cta. a Urología en (Hospital "Y") para que valoren allí el funcionamiento del esfínter (...). Habrá que llamar para iniciar las gestiones y comentar el caso"; el día 28, que "hablo con Urólogo (...) y me recomienda mejor que envíe mañana al paciente por Urgencias para valoración del problema"; el día 29, "afebril./ Ayer febrícula (...). Tos con expectoración blanquecina" y como plan "Rx tórax control y vigilar fiebre"; el día 30 de agosto, "Rx tórax sin condensaciones" y "afebril", especificándose "ignoro lo que le hayan dicho en (Hospital "Y") respecto al esfínter (habría que hablar con la hija y ver si le han dado algún informe). De momento ha vuelto con la sonda vesical"; el día 1 de septiembre, "ahora afebril, se sacaron HC y se inició Augmentine" y "no tengo conocimiento de la opinión de Urología (Hospital "Y")"; el día 2, que el paciente presentaba "abundantes secreciones respiratorias (aspecto blanquecino). No colabora en AP: hipoventilación generalizada y me parece que hay crepitantes bibasales (...). Disnea leve-moderada", y pendiente de "hablar con la hija para saber en qué quedó la valoración x Urología" del Hospital "Y"; el día 3, que el paciente está "afebril", sin disnea, y que sigue pendiente "hablar con la hija (...). De momento continúa con sonda vesical"; y, a las 15:00 horas, que "hablo con la hija respecto al esfínter vesical revisado en (Hospital "Y"), no se pudo desactivar, ni conseguir que funcionara. Por el momento hay que mantener sondaje vesical y se le verá ambulatoriamente para control"; el día 4 de septiembre, que "no hay fiebre ni otras causas que justifiquen hipotensión"; el día 5, que "completa 7º día AB sin fiebre, parece un cuadro catarral sin más". c) Hoja de observación intensiva de enfermería, en la que figura, el día 21 de agosto de 2008, a las 7:00 horas, "buena noche. C. y O. Diuresis abundante"; a las 13:30 horas, "colocada sonda vesical (...). Se retiran 1.600 cc de orina". d) Informe de alta del Servicio de

Neurología del Hospital "Y", datado el 6 de agosto de 2008, tras ingreso el día 25 del mes anterior por "ictus isquémico en territorio ACM derecha en relación con oclusión de carótida interna ipsilateral", en el que no constan incidencias urológicas.

6. Con fecha 21 de mayo de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite un Informe Técnico de Evaluación complementario del elaborado el 18 de enero de 2010, tras comprobar "algunas contradicciones entre los documentos incorporados al expediente cuya aclaración parecía necesaria, considerando conveniente solicitar la historia clínica completa y literal abierta al reclamante" en el Hospital "Y". Recibida y evaluada esta, "y con los datos incorporados al expediente administrativo", no se altera el anterior informe -que "ya había sido remitido a la compañía aseguradora a los efectos oportunos"- al "no encontrar dato alguno que hiciera modificar la clasificación desestimatoria inicial", de modo que mantiene el informe técnico de evaluación emitido.

El informe complementario se traslada a la compañía aseguradora el día 15 de junio de 2010.

7. Con fecha 12 de octubre de 2010, a instancias de la compañía aseguradora, una asesoría privada emite un informe suscrito por un especialista en Urología. En él realiza una serie de consideraciones médicas, comenzando por definir la incontinencia de orina y describir las partes de las que consta el tipo de esfínter urinario artificial que portaba el reclamante, para, a continuación, indicar que "el porcentaje de pacientes que después de la implantación de un esfínter artificial están 'secos' (no necesitan compresas) oscilan entre el 10% y el 72%", por lo que, "entre un 28% y un 90% tendrán incontinencia de orina en distintos grados". Refiere también que "las complicaciones más frecuentes son la malfunción del esfínter en el 7% - 53% de los casos, la infección en el 13% y la

erosión (generalmente de la uretra) en el 0 - 33%", lo que conlleva "un índice de revisiones quirúrgicas (cambio de algún componente, del total de la prótesis o su retirada) entre el 7% y el 53%", significando que "la erosión de uretra por el manguito uretral es la complicación más temida" y se debe "a una infección crónica del manguito uretral", que se observa "en los primeros 12-18 meses, aunque están descritos casos a los 7 años del implante". Su diagnóstico se realiza "mediante citoscopia" y si el cultivo de orina fuera negativo bastaría con cambiar únicamente el manguito uretral, pero si es positivo "se deben retirar todos los componentes del esfínter". Señala, asimismo, que las etiologías más frecuentes que provocan la retención aguda de orina son "patología prostática y uretral", "traumatismos e intervenciones quirúrgicas en la pelvis menor" y "lesiones del sistema nervioso central: accidentes cerebrovasculares y lesiones de la médula espinal". Tras estas consideraciones el informe concluye que, a pesar de que el paciente era portador de un esfínter urinario artificial, precisaba de pañales de incontinencia, tal como detalla su hija en su escrito de queja, y presentó, además, las dos complicaciones más frecuentes del esfínter artificial - "disfunción del esfínter debido a malfunción de la mecánica de la bomba y sin relación con el sondaje uretral" y "erosión uretral asociada a infección urinaria"-, por lo que "estaba indicada la retirada completa de la prótesis". Refiere, asimismo, que "en la revisión bibliográfica realizada no se ha encontrado relación entre la disfunción del esfínter urinario artificial y la colocación de una sonda uretral sin desactivación previamente del esfínter".

8. Con fecha 28 de octubre de 2010, se notifica al interesado la apertura del trámite de audiencia con vista del expediente durante un plazo de quince días.

Mediante escrito presentado el día 12 de noviembre de 2010, el reclamante solicita la remisión de copia del expediente administrativo, dado que se halla imposibilitado para personarse en las dependencias administrativas, a

fin de tomar vista del mismo y formular alegaciones, petición que es atendida el día 23 de noviembre.

El día 26 de noviembre de 2010, un abogado, “en nombre y representación, como mandatario verbal” del reclamante, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones. Se aduce en él que el informe técnico de evaluación fue emitido el 18 de enero de 2010, “antes de que se remitiera y uniera al expediente la historia clínica del perjudicado, recibida el día 26 de abril de 2010”, pese a lo cual “se indica como ‘fuente de referencia’ la historia clínica (...) abierta (...) en el Hospital ‘Y’”, lo que pone de manifiesto que la intención de la Administración “es desestimar la reclamación sin atender a dato objetivo alguno ni tener en cuenta las alegaciones formuladas”. Afirma, a continuación, analizando el historial del paciente, que los servicios médicos “en ningún momento comprobaron la existencia del esfínter vesical mecánico, sino que se dan cuenta de su existencia una vez que llevan a cabo el sondaje”, a pesar de que “en la hoja de curso clínico confeccionada por el Servicio de Neurología el día 20 de agosto, a las 17:40” horas, se hace constar su existencia, por lo que, “a la vista de esta anotación, decae el principal argumento que sostiene a la Administración (...), pues desde el ingreso del paciente se conocía la existencia de un esfínter vesical mecánico, porque así lo hacen constar los médicos y porque así lo había comunicado la familia”, y pese a ello “se lleva a cabo el sondaje con las graves consecuencias” relatadas, “sin inactivar dicha prótesis”. Reprocha, además, la omisión en los informes emitidos de “cualquier referencia al episodio febril que anunciaba la infección posteriormente desencadenada”. Considera, en definitiva, que “esta situación demuestra claramente que no hubo una praxis médica adecuada o la inobservancia de la lex artis, lo cual resulta sancionable, concurriendo, por tanto, sin duda alguna, la responsabilidad de la Administración”.

9. Previa solicitud del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias, el día de 22 de diciembre de 2010 el Jefe del Servicio instructor envía copia foliada, indexada y autenticada del expediente para su remisión al Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias, por haber sido admitido a trámite el recurso contencioso-administrativo interpuesto en nombre del reclamante contra la desestimación presunta de la reclamación.

10. Con fecha 27 de diciembre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al entender que “lo expuesto en los informes incorporados al expediente” contradice lo manifestado por el interesado en su reclamación, “quedando acreditado que se actuó según (la) lex artis y no demostrándose responsabilidad sanitaria”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de febrero de 2011, registrado de entrada el día 7 del mismo mes, 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.

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 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 17 de junio de 2009, habiéndose prestado la asistencia sanitaria de la que trae origen a partir del día 20 de agosto de 2008, por lo que es claro que fue 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 audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Por lo que se refiere al informe de los servicios afectados, aunque el Servicio de Neurología que atendió al paciente no informó tras la presentación de la reclamación, no se aprecia omisión del mismo, pues el propio reclamante adjunta el que dicho Servicio había emitido el día 17 de septiembre de 2008 tras una queja formulada por su hija, y que se refiere a los extremos expuestos en la reclamación.

Por último, 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.

Sin embargo, 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 ese caso habría de acatarse el 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 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.- El reclamante interesa una indemnización por los daños que atribuye a la asistencia que se le prestó en un hospital público. Consta que acude al mismo el día 20 de agosto de 2008 por un ictus isquémico, y que durante su ingreso hospitalario presentó una retención urinaria y se le practicó sondaje vesical sin inactivar el esfínter artificial que portaba.

También resulta del expediente que después de este episodio se le diagnosticó infección urinaria y de la prótesis, así como erosión en la mucosa uretral, que hicieron necesaria la retirada del esfínter, y que en la actualidad sufre incontinencia urinaria total. Debemos considerar acreditados estos daños, cuya evaluación económica realizaremos si concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias.

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

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios

y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el 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. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

El reclamante aporta un informe pericial que vincula la colocación de la sonda sin desactivar el esfínter artificial con las complicaciones que presentó después, y la incontinencia total que sufre con la retirada del esfínter a causa de las mismas. El interesado afirma que la asistencia que se le prestó fue

inadecuada porque no se inactivó la prótesis antes de colocar la sonda y, según alega en el trámite de audiencia, se ignoró un episodio febril -al que no hacen referencia los informes- que anunciaba la infección posteriormente desencadenada.

No obstante, según el informe del especialista en Urología -realizado tras revisión bibliográfica- que obra incorporado al expediente, no se ha encontrado relación entre la disfunción del esfínter urinario artificial y la colocación de una sonda uretral sin antes desactivarlo. Este dato se opone frontalmente a lo que afirma el perito del reclamante, aunque sin sustentar su consideración en ninguna fuente bibliográfica o experiencia propia.

El especialista en Urología consigna en su informe las complicaciones inherentes a la implantación de un esfínter artificial, entre las que se encuentran la malfunción del mismo, la infección crónica del manguito uretral y la erosión de la uretra por el manguito, y que surgen en los primeros 12 a 18 meses. Estas son las complicaciones que presentó el interesado, al que se le había implantado la prótesis unos 9 meses antes, por lo que estaba dentro de aquel periodo. Sin embargo, el informe pericial que aporta el reclamante no analiza este factor como causa de las complicaciones que padeció el perjudicado, aunque no lo descarta.

En cuanto a la asistencia sanitaria que se le dispensó, el reclamante no aporta prueba de que haya sido inadecuada, ni de que la fiebre que presentó durante su ingreso se debiera a la infección de orina y del esfínter que se le diagnosticaron posteriormente, pues el informe que adjunta no se refiere a tales extremos.

El informe técnico de evaluación, sin embargo, avala la actuación de los profesionales tras el ingreso del reclamante en el hospital el día 20 de agosto de 2008 al padecer un accidente cerebrovascular, padecimiento del que fue correctamente tratado; de hecho, el escrito de reclamación no contiene objeción al respecto.

La facultativa que atendió al interesado informa que los pacientes incontinentes también presentan retenciones urinarias, y un especialista en Urología señala que los accidentes cerebrovasculares -como el que se había diagnosticado el interesado- son una de las etiologías que las provocan.

En el presente caso, el reclamante admite que en el momento de su ingreso en el hospital estaba con pañales de incontinencia. Incluso en la hoja de observación de enfermería consta anotada, antes de la colocación de la sonda, una diuresis abundante, de lo que se desprende que el esfínter artificial no le mantenía completamente incontinente. El sondaje vesical se le practicó una que vez que se apreció la existencia de una retención urinaria y al observarse que la prótesis no funcionaba se solicitó consulta al servicio especializado que se la había colocado, que ordenó un nuevo sondaje.

Según las hojas de curso clínico, el episodio febril que el reclamante presentó durante su ingreso estaba acompañado de síntomas respiratorios: secreciones y disnea. La facultativa que le atendió informa que se trataba de un proceso vírico banal, sin relación con la evolución clínica y el tratamiento al alta, lo que justifica que no se haya hecho mención al mismo en el informe de alta.

Por otra parte, la existencia de un accidente cerebrovascular anterior en el que, al parecer, no se produjeron incidencias con el esfínter no revela inadecuación de la asistencia prestada en este caso, pues no consta que en el mismo se hubiera apreciado retención urinaria y la necesidad de proceder a su sondaje.

En definitiva, no podemos apreciar relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada al interesado y los daños que sufre, pues están vinculados a las complicaciones propias de su enfermedad previa, y no resultan imputables al servicio público.

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

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.