

Expediente Núm. 63/2011
Dictamen Núm. 344/2011

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 24 de noviembre 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 marzo de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por daños que atribuye a la asistencia sanitaria que recibió en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 3 de junio de 2010, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias, en relación con la asistencia sanitaria prestada en un hospital público.

Relata en su escrito que el día 26 de enero de 2009, tras un accidente de circulación, ingresa en la UVI del Hospital, donde se le diagnostica “politraumatismo, trauma abdominal y diagnósticos secundarios de rotura istmo

pancreático, arrancamiento de arteria cólica derecha, rotura vena mesentérica superior, fallo respiratorio secundario y atelectasia basal derecha". El día 10 de febrero de 2009 pasó a planta y el 18 del mismo mes "es dado de alta definitiva con la recomendación de realizar vida progresiva normal" evitando "esfuerzos físicos en un mes".

Refiere que se le practicó, el día 25 de mayo de 2009, un TAC abdomino-pélvico de control "en el que se aprecia una hidronefrosis" y señala que este hallazgo "no se apreció (...) en el estudio previo, confirmándose como diagnóstico la existencia de una hidronefrosis derecha, con alteraciones en la funcionalidad del riñón del mismo lado". El día 19 de junio de 2009 se le efectúa una urografía intravenosa "que constata una anulación funcional del riñón derecho" y el día 21 de julio una gammagrafía renal "que refleja una captación severamente disminuida y difusamente irregular del riñón derecho". Finalmente, se le intervino quirúrgicamente el día 14 de agosto de 2009, extirpándosele el riñón derecho.

Afirma que el diagnóstico inicial fue totalmente equivocado, "al indicarse en el mismo, y tras un traumatismo de la entidad del sufrido, que el funcionamiento del riñón era 'perfectamente normal'" y aprecia relación de causalidad entre el daño que padece y la asistencia sanitaria, porque "en los primeros informes médicos se detalla que tras el traumatismo sufrido como consecuencia del accidente de circulación el funcionamiento del riñón era normal y el paciente no tenía ningún tipo de antecedentes renales. Es, pues, obvio que la dolencia conducente a la extirpación del riñón tuvo su origen en dicho traumatismo, con lo que si se le hubieran realizado las pruebas adecuadas en su momento, la hidronefrosis no se hubiera producido, ni por tanto la pérdida del órgano, con lo que resulta evidente que el diagnóstico fue equivocado".

Cifra el daño causado en cuarenta y cinco mil setecientos diez euros (45.710 €).

2. Con fecha 22 de junio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al reclamante la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del 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.

3. Mediante oficio datado el 13 de julio de 2010, una Inspectora de Prestaciones Sanitarias de la Dirección General de Planificación y Participación solicita al Director Gerente del Hospital el "curso clínico de ingreso en el Servicio de Cirugía General" e informe del mismo.

Consta remitida la documentación mediante escritos del Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones fechados los días 25 de junio y 27 de agosto de 2010.

En la historia clínica constan, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe clínico-asistencial del SAMU, del día 25 de enero de 2009, relativo a la atención dispensada al reclamante tras el accidente de tráfico. El juicio clínico era de "TCE y torácico". b) Hoja de curso clínico del Servicio de Cirugía General, con anotaciones el día 26 de enero de 2009, en las que consta realización TC craneal, TC columna cervical y TC abdominal, que muestra "hematoma raíz meso, con dudosa laceración pancreática", así como hoja de intervención quirúrgica urgente, a la 1:00 horas, en la que se aprecia "rotura istmo pancreático respetando aparentemente Wirsung./ Arrancamiento art. cólica dcha. (exclusión)./ Rotura VMS (8 cm), sutura previo lavado con heparina (reconstrucción) buen calibre./ Drenajes". c) Hojas de observaciones y curso médico de la UVI, en las que figura anotado, el día 26 de enero, "oliguria al inicio de la mañana, mejora con volumen"; el día 27, "diuresis muy escasas a pesar del alto aporte de volumen. Excelente respuesta al Seguril; función renal (ilegible); iones Ø (...). Glucosis que precisa de insulina" y que estaba sedoanalgesiado, con ventilación mecánica, tratamiento antibiótico y dieta absoluta; el día 28, "diuresis mejor con furosemida. Empeoramiento de cifras de función renal" y pico febril por la mañana; el día 29, "mínimo

empeoramiento de la función renal (...). Diuresis algo mejor con aporte de furosemida. Control glucémico que precisó insulina" y febrícula mantenida; el día 30, "F. renal conservada" con dosis de Seguril; el día 2 de febrero, "buena diuresis con furosemida (...). Mejoría de la función renal"; el día 4, "Excelente diuresis espontánea (...). Continúa algo edematoso. Balance negativo - 2,5 l. Función renal Ø"; el día 5, "diuresis abundante (...), espontáneas" y reducción de los edemas en MMII, "función renal Ø (algo peor de cifras)"; el día 6, "diuresis más escasas durante la noche (...). Función renal (...) (Ø). Glucemias controladas con mayores necesidades de insulina. No edemas en MMII (...). Extubación"; el día 7 de febrero, "función renal Ø. Iones Ø. Precisa perfusión de insulina para el control de diuresis. No edemas", y se programa inicio de tolerancia oral; el día 8, el paciente se encontraba consciente y colaborador y no refería dolor. d) Informe de alta en la UVI, datado el 10 de febrero de 2009, en que se hace constar que el TC toraco-abdomino-pélvico realizado mostraba "vesícula biliar, bazo, riñones y glándulas suprarrenales" normales. En el apartado de evolución se comenta que "en el 6º día de evolución (...) se le realiza un TC abdominal de hígado y páncreas, apreciando discreto aumento de la colección situada delante del psoas derecho. En ese momento (...) se inicia en la 2ª rodilla duodenal y se extiende (...) hasta la pelvis, con unas dimensiones aproximadas de 11,5 cm de eje cráneo-caudal. Presenta una densidad heterogénea, con áreas hiperdensas que no se identificaban en el estudio previo, sugiriendo presencia de un hematoma, aunque sin identificar el punto de sangrado". Se indica el diagnóstico principal de "politraumatismo: trauma abdominal" y los secundarios de "rotura istmo pancreático./ Arrancamiento arteria cólica derecha./ Rotura vena mesentérica superior./ Fallo respiratorio secundario. Atelectasia basal derecha". e) Informe de alta por mejoría del Servicio de Cirugía General, datado el 18 de febrero de 2009, en el que se indica "función renal, normal; iones, normales; Amilasa, 199; Lipasa, 139; CPK 4200; LDH, 1645" y que "al alta el paciente permanece afebril, asintomático y tolerando por vía oral". Se le recomienda acudir a revisión el día 20 de marzo de 2009. f) Hojas de curso clínico de consultas de Cirugía General,

en la que figura una anotación del día 20 de marzo de 2009, según la cual el ahora reclamante presenta “buen estado general./ Cuenta malas digestiones, con distensión abdominal prolongada. Mala tolerancia a las comidas frías”, y otra, del día 11 de junio de 2009, en la que se consigna “hidronefrosis derecha con anulación funcional no vista en estudios previos. Pido cta. urgente a Urología”, en la que se indica que “esto se corresponde con dolor en fosa renal dcha”. g) Informe de TC abdomino-pélvico, realizado a petición de Cirugía el 11 de mayo de 2005, cuya impresión diagnóstica es de “hidronefrosis dcha. con alteraciones en la funcionalidad del riñón del mismo lado, hallazgo que debe ser valorado con estudios complementarios”. h) Informe del Área de Urgencias, de 18 de junio de 2009, relativo a ingreso del reclamante por “dolor fosa renal dcha. (...). Derivado desde consultas externas (...) por dolor ‘tipo lumbalgia’ en región lumbar dcha. desde el alta (18-02-09) para realización de ecografía para control de la hidronefrosis (...). Cuenta que el dolor es el habitual y niega otra clínica añadida”. i) Informe de ecografía urológica, realizada el mismo día 18 de junio, en la que se observa que “el riñón derecho presenta un tamaño normal (...). Moderada dilatación del sistema pielocalicial derecho (...), sin identificar dilatación ureteral. Estos hallazgos (...) podrían ser secundarios al hematoma retroperitoneal ya conocido del paciente, aunque al no disponer de los estudios previos para comparar no podemos descartar otras posibilidades diagnósticas”. j) Hojas de curso clínico del Servicio de Urología, en las que se señala que el día 18 de junio de 2009, en que tiene lugar la primera consulta, se pide “Eco doppler”; el día 19 de junio se anotan los resultados de la Eco que muestra dilatación, “no se objetiva la causa igual que en el TAC. Perfusión arterial en ese riñón algo disminuida” y que se pide UIV, en la que se aprecia que no elimina y se programa punción para valorar la función; el día 15 de julio se indica que “ingresa para colocación de NFT”, que se efectúa el día 16, según anotación del día 17 de julio, en la que figura también petición de pielografía para valorar vía. En la pielografía realizada el día 21 de julio se aprecia “stop a nivel piel ureteral dcho. con dilatación del sistema pielocalicial”. El mismo día se pide “renograma” para valorar rendimiento “con vista a nefrectomía y/o

pieloplastia”; el día 3 de agosto, se le explica que “probablemente será necesaria nefrectomía”, que se le practica el día 14 de agosto, constando al alta hospitalaria el día 18. k) Consentimiento informado para nefrectomía firmado por el ahora reclamante el día 13 de agosto de 2009.

El informe del Servicio de Urología está datado el 3 de agosto de 2010 y en él se refiere la intervención del paciente por el Servicio de Cirugía General tras el accidente de tráfico que sufrió en enero de 2009. Expone que “en un escáner practicado aproximadamente al mes de la intervención persistía un gran hematoma en el lado derecho, en principio probable causa de la anulación renal del mismo lado./ Se nos pide consulta en junio de 2009 por anulación funcional de riñón derecho. Se le hacen pruebas, donde se demuestra la anulación en un renograma, con una función muy pobre en el riñón derecho. Posteriormente se le practica una nefrostomía para evaluar en vivo la diuresis y la función renal, observando que la diuresis por nefrostomía nunca pasaba de 300 c. c. Se le realizaron pielografías por el tubo de nefrostomía, observando un stop claro a nivel piélico./ Se decide nefrectomía, ya que el riñón no funcionaba. Por nuestra parte el posoperatorio transcurrió dentro de los límites normales y el resultado anatomopatológico dio fibrosis intersticial, una atrofia renal clara”. Añade que “se demuestra que a raíz del hematoma retroperitoneal consecuencia del traumatismo anuló el riñón derecho” y que si no se le quita el riñón tendría “un gran riesgo de infecciones”.

El día 26 de julio de 2010, emite informe el Jefe de la Sección de Cirugía General en el que señala que “en los múltiples estudios de imagen que tiene durante su ingreso, incluidos los dos últimos escáner realizados los días 30-01-2009 y 3-02-2009, no se hace mención alguna de alteraciones morfológicas ni funcionales en el área renoureteral derecha”.

4. Con fecha 7 de septiembre de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. A su juicio, tanto las actuaciones iniciales como el seguimiento en la UVI fueron correctos. Indica que en la revisión realizada al mes del alta “el paciente refirió

molestias inespecíficas. No se recoge clínica sugerente de hidronefrosis, como dolor en flanco, fiebre o hematuria, si bien es sabido que esta puede cursar prácticamente sin síntomas. Se solicitó TC de control (...), derivándose de forma urgente ante el hallazgo no descrito previamente de hidronefrosis derecha./ No consta que el paciente solicitara atención médica tras el alta por causa relacionada con el diagnóstico posterior de hidronefrosis, siendo esta complicación un hallazgo 'casual' al realizar la prueba rutinaria de control./ La evolución habitual de los hematomas retroperitoneales es la reabsorción progresiva en un tiempo variable. Se describe como causa (infrecuente) de hidronefrosis la existencia de un hematoma perirrenal que comprime extrínsecamente la unión uretero-piélica o el uréter./ En este caso, la hidronefrosis podría explicarse, dado que no existía en imágenes previas, como secundaria a retracción de la unión pieloureteral por fibrosis del hematoma descrito". Añade que "no se puede definir con exactitud el tiempo de evolución de la lesión, quizá unas semanas, pues aunque fue suficiente para el desarrollo de la atrofia renal irreversible (la AP demuestra fibrosis), no hay datos de mayor cronicidad como una mala definición cortico-medular o disminución significativa del tamaño renal para lo que se precisaría un tiempo más prolongado (meses)./ Aunque no se solicitó un TC de control al alta, ante la evolución clínica favorable, la ausencia de sintomatología sospechosa y la proximidad de la revisión ambulatoria (1 mes) se puede considerar que el seguimiento fue adecuado. Aun en el caso de que se hubiese realizado (...), por lo explicado arriba pudiera no haberse encontrado en esa fecha anomalía renal alguna./ La derivación urgente a Urología fue correcta, así como las actuaciones de este Servicio. Tanto para las pruebas diagnósticas como para la intervención quirúrgica se solicitó consentimiento informado al paciente, tal como figura en la historia clínica revisada. Ante el hallazgo de hidronefrosis en la ecografía se confirmó y posteriormente se evaluó la viabilidad del riñón para indicar el tratamiento correcto (reparación mediante pieloplastia si fuera funcional/ nefrectomía para evitar complicaciones posteriores si no lo fuera). Esta última se indica principalmente para evitar HTA nefrótica o infecciones de

repetición (existía un cultivo positivo para *pseudomona aeruginosa*). Se trata de una técnica quirúrgica segura, con escasa mortalidad y morbilidad. La incidencia posterior de HTA grave o insuficiencia renal terminal es muy baja". Concluye que las actuaciones sanitarias fueron correctas.

5. Mediante escritos datados el 17 de septiembre de 2010, 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, respectivamente.

6. Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, el día 27 de noviembre de 2010, realizado colegiadamente por cinco especialistas, cuatro en Cirugía General y Digestivo y uno en Cirugía General. En él concluyen que "la evaluación inicial en el lugar del accidente como el traslado y posterior asistencia en el Servicio de Urgencias" del Hospital "son correctos (...). Al paciente se le realizan las pruebas complementarias adecuadas y suficientes". Con base en estos "hallazgos, y teniendo en cuenta la situación hemodinámica del paciente, se decide de forma correcta una intervención quirúrgica urgente (...). Dicha intervención se lleva a cabo de forma adecuada, en lugar y tiempo correctos, y con la técnica indicada" con base en los "hallazgos (...). El manejo en la UCI de la situación general es el adecuado y el paciente se recupera de forma satisfactoria (...). El hematoma retroperitoneal se maneja de la forma más adecuada y menos lesiva posible (...). Tras su recuperación favorable es trasladado a planta y dado de alta con buen criterio y con las recomendaciones posoperatorias oportunas (...). En la revisión realizada en marzo se evalúa al paciente de forma correcta (...). El TC de control se realiza en un plazo razonable, ya que no existían motivos clínicos para sospechar una complicación (...). Una vez se detecta la lesión ureteral se procede de forma pronta y correcta a solicitar una valoración urgente por parte del Servicio de Urología (...). La evaluación realizada por dicho Servicio es adecuada en todo punto y se

realiza con suficiente celeridad (...). Ante los hallazgos se toma la decisión adecuada, ya que el riñón anulado es una fuente potencial de infecciones severas (...). Se realiza el pertinente estudio preanestésico y se obtienen los consentimientos específicos oportunos (...). La intervención para la nefrectomía se lleva a cabo de forma adecuada, en lugar y tiempo correctos, y con la técnica indicada (...). La evolución posoperatoria es satisfactoria y el paciente es dado de alta sin secuelas (...). Se puede concluir que la actuación del equipo médico es en todo momento la adecuada, con el esperable grado de competencia y celeridad en las actuaciones, lo que lleva a que el paciente supere una lesión de elevada gravedad, potencialmente mortal, de forma satisfactoria y con mínimas secuelas, todo ello realizado de acuerdo con la *lex artis*.

7. Con fecha 20 de diciembre de 2010, se notifica 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.

El día 30 de diciembre de 2010, se persona este en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo, compuesto en ese momento por ciento cuarenta y ocho (148) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

El día 3 de enero de 2011, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que "se afirma y ratifica en su escrito de reclamación".

8. El día 24 de enero de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, con base en los argumentos incluidos en los indicados informes.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de marzo de 2011, registrado de entrada el día 4 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 3 de junio de 2010, habiendo quedado determinado el alcance del daño el día 14 de agosto de 2009 (fecha en que se practica la intervención quirúrgica para la extirpación del riñón), 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 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.- Se analiza en este asunto el procedimiento relativo a una solicitud de indemnización por la pérdida del riñón derecho, que se atribuye a la asistencia dispensada en un hospital público con ocasión de un accidente de tráfico.

Resulta del expediente la extirpación al interesado del riñón derecho el día 14 de agosto de 2009, por lo que debemos considerar acreditada la existencia de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica.

También consta que sufrió un accidente de tráfico el día 25 de enero de 2009, tras el cual se le diagnosticó un trauma abdominal importante, con rotura de istmo pancreático, arrancamiento de arteria cólica derecha y rotura de la vena mesentérica posterior, y que permaneció ingresado en la UVI del Hospital hasta el día 10 de febrero de 2009, y en la planta de Cirugía hasta el día 18 del mismo mes.

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 este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia,

responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para 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.

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

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

El reclamante considera que el diagnóstico inicial, tras un traumatismo como el que sufrió, de funcionamiento normal del riñón fue totalmente equivocado y que hubo una clara negligencia de los servicios médicos, ya que si

se hubiera apreciado adecuadamente la lesión del riñón tras el accidente, su obstrucción y consecuente extirpación no se habrían producido.

Sin embargo, según consigna el informe técnico de evaluación, la existencia de un hematoma es una causa infrecuente de hidronefrosis, por lo que el traumatismo sufrido por el perjudicado no orientaba necesariamente a un padecimiento renal; la extirpación del riñón no revela retraso en el diagnóstico de aquella, y el interesado no aportó prueba alguna de la negligencia que reprocha.

Además, hay datos en el expediente que nos conducen a pensar lo contrario, pues el reclamante no refirió síntomas relacionados con patología renal hasta el día 18 de junio de 2009. Aunque en el informe del Servicio de Urgencias de ese día -al que acudió derivado por el Servicio de Cirugía- se consigna dolor tipo lumbalgia en región derecha desde el alta, no hay constancia del mismo en documentos anteriores, de lo que se desprende que aquel no manifestó síntomas de funcionamiento renal anómalo durante su ingreso hospitalario, ni tras el alta. De hecho, en la revisión del día 20 de marzo de 2009 tampoco se hace alusión a clínica renal alguna.

Durante su estancia hospitalaria, el interesado estuvo sometido a vigilancia intensiva -incluso de su función renal- hasta el día 10 de febrero de 2009, sin que mostrara síntomas de funcionamiento renal anómalo, y se le realizó un TAC que mostraba riñones normales.

La hidronefrosis se le diagnosticó en el TAC de control que se le practicó el día 11 de mayo de 2009, y el informe técnico de evaluación tasa en semanas -no en meses- el tiempo de evolución de la misma, pues no había mala definición cortico-medular o disminución significativa del tamaño del riñón, lo que se opone también a la existencia de retraso en el diagnóstico.

Una vez se detectó la hidronefrosis se le realizaron las pruebas necesarias para confirmar el diagnóstico y verificar el alcance de la dolencia, concluyendo las mismas en la necesidad de extirpar el riñón; intervención que se llevó a cabo el día 14 de agosto de 2009.

Tanto el informe técnico de evaluación como el emitido por los especialistas en Cirugía consideran que la actuación de los facultativos ha sido correcta, por lo que no podemos apreciar relación de causalidad entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario.

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.