

Expediente Núm. 263/2012

Dictamen Núm. 341/2012

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 22 de noviembre de 2012, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente acuerdo:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 4 de octubre de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños que atribuye a la asistencia dispensada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 8 de febrero de 2012, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que atribuye a la asistencia dispensada en el Hospital “X”.

Refiere ser médico de profesión, que sufrió cólicos nefríticos el 15 de febrero y el 1 de abril de 2008 y que “el 7 de abril de 2008 ingresó en el Hospital “X” por persistencia de cólicos que no ceden con analgesia, realizándose urotac (...), sufriendo en dicha prueba una perforación del uréter izquierdo, quedando esto reflejado en el protocolo de la intervención, pero no

en el informe de alta". Añade que "en el momento del alta nadie le informó de la complicación sufrida" y que "durante el ingreso (a pesar de la analgesia permanente), así como en el alta hospitalaria inmediata, mantenía dolor en hemiabdomen izquierdo irradiado a región inguinal izquierda".

Manifiesta "que a las 48 horas de haber sido dado de alta (...) ingresa con dolor en hemiabdomen izquierdo irradiado hacia escroto con edema escrotal, constatándose por los servicios médicos colección líquida en fosa ilíaca izquierda, realizándosele con fecha 12 de abril de 2008 nueva ureteroscopia que comprobó la perforación uretral (...), decidiéndose realizar laparotomía para reparar el uréter (con dos zonas abiertas)".

Expone que "le retiraron el catéter doble J el 8 de mayo de 2008" y que el día 13 de mayo de 2008 "presentaba ligera molestia en fosa renal izquierda desde la retirada" de aquel. Ese mismo día -13 de mayo- le realizan eco abdominal y otra el día 27 del mismo mes, consignando los hallazgos de ambas, entre los que figura "pequeña colección" al lado del uréter izquierdo. La "evolución resultó insatisfactoria, solicitándosele el 3 de noviembre de 2008 renograma diurético" en el Hospital "Y", que fue realizado el 13 de noviembre de 2008", y en el que se aprecia "severo deterioro de la función renal sin respuesta al diurético" en el riñón izquierdo. El día 18 de diciembre de 2008 le realizan ecografía abdominal que muestra "riñón izquierdo atrófico (...) con una moderada hidronefrosis", y el día 14 de abril de 2009 el Servicio de Urología" del Hospital "Y" establece el diagnóstico de "atrofia renal izquierda de la que no se indica tratamiento quirúrgico".

Concluye que "el daño, a pesar de ser una complicación previsible, se encontraba claramente objetivado en la propia intervención del 7 de abril de 2008, siendo la clínica compatible con ella". A su juicio, "no se tomaron las medidas diagnósticas adecuadas para valorar la perforación (mediante urografía endovenosa o pielografía) una vez se había constatado (...) por la extravasación del contraste que se informa en el protocolo de intervención del 7 de abril de 2008; ni tampoco se realizaron las medidas terapéuticas adecuadas, como debería haber sido el intento de reparación quirúrgica inmediata si se trata, como era el caso que aquí nos ocupa, de dos perforaciones uretrales de importancia". Niega que la Administración pueda acreditar que "se le hubiera

informado de la complicación surgida” y reprocha omisión “de un ingreso más prolongado como medida de precaución” y “de una urografía endovenosa para constatar la gravedad de la perforación; negligencias estas que dieron como resultado el daño que sirve de base a la presente reclamación”.

Considera, “en relación con el periodo de las lesiones-secuelas”, que se deben contabilizar un total de 222 días hasta la constatación del severo deterioro de la función renal en el informe del renograma diurético de 14 de noviembre de 2008”, de los cuales “8 han sido de ingreso hospitalario”, “77 improductivos hasta la fecha de alta” de incapacidad temporal -30 de junio de 2008- y el resto -137 días- “no improductivos”. Estima que “son secuelas valorables (...) una atrofia renal izquierda con funcionalidad residual de un 14%, así como un trastorno del sueño con ansiedad al tratamiento y una cicatriz posquirúrgica en fosa ilíaca izquierda”, que tasa en 24 puntos.

Valora el daño sufrido en treinta y ocho mil trescientos cincuenta y tres euros (38.353,00 €).

Advierte, “a los efectos del cómputo anual de la reclamación patrimonial”, que “a resultas de los hechos descritos (...) interpuso querrela criminal que dio lugar a la apertura de (...) procedimiento penal que finaliza” con el Auto del Juzgado de Instrucción N.º 1 de Langreo de 16 de noviembre de 2010, contra el que se interpuso “recurso de apelación (...) resuelto por Auto de fecha 25 de mayo de 2011 dictado por la Audiencia Provincial de Asturias, siendo dicha resolución la que pone fin al proceso penal”.

Adjunta copia de los siguientes documentos: a) Auto del Juzgado de Instrucción N.º 1 de Langreo de 16 de noviembre de 2010, por el que se desestima el recurso de reforma interpuesto contra el auto de sobreseimiento provisional de las actuaciones incoadas en virtud de querrela interpuesta por el ahora reclamante. Las diligencias previas datan del año 2009. b) Auto de la Sección 3.ª de la Audiencia Provincial de Asturias de día 25 de mayo de 2011, por el que se desestiman los recursos de apelación interpuestos contra los Autos del Juzgado de Instrucción N.º 1 de Langreo de 15 y 16 de noviembre de 2010, este último “desestimando reforma contra otro de (...) sobreseimiento provisional”.

2. Mediante escrito de 14 de febrero de 2012, notificado al reclamante el 22 de febrero de ese mismo mes, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios le comunica 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. El día 15 de febrero de 2012, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita al Hospital "X" "la historia clínica literal y completa sobre el proceso" y un informe del médico responsable del proceso asistencial.

Con fecha 28 de febrero de 2012, el Subdirector de Gestión y SS. GG. del Hospital "X" remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios la documentación requerida.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Hoja de curso clínico del Servicio de Urología, en la que constan, entre otras anotaciones, el 7 de abril de 2008, "intento de ureteroscopia izda."; el 8 de abril, "bien. Asintomático" y "eco: R. izdo., con litiasis de grupo medio y grupo inf. No dilatación"; el 9 de abril, "afebril. No volvió a tener cólicos. Ligera molestia en fosa renal izda. que duró unos cinco minutos" y "alta". Figuran anotaciones también el día 11 de abril de 2008, tras acudir a Urgencias por "dolor hemiabdomen izdo."; el 12 de abril, en el que consta exploración y ECO, que muestra "colección líquida en F. I. izda. Parece verse una imagen hiperecogénica que deja sombra acústica en región yuxtavesical izda." y "se plantea nueva ureteroscopia, intento de colocación de catéter y extracción de cálculo", realizándose el mismo día "ureterorenoscopia + ureterolitotomía izda."; el 13 de abril, "afebril"; el 14 de abril, "bien, afebril"; el 15 de abril, "bien, asintomático" y parece ser que "expulsó un 'calculito'"; el 16 de abril, "dolor en MII"; el 17 de abril, "pedimos Tac-Uro con contraste; el 19 de abril no tolera el Uralit-Urato, "espasmos vesicales", retirada de sonda vesical y "alta"; el 8 de mayo, retirada de doble J, y el 13 de mayo, "desde la retirada del catéter ligera molestia ocasional en F. R. izda. Actualmente asintomático", solicito urografía intravenosa para ver "cómo queda la vía". b) Hoja de

consentimiento informado para ureterorrenoscopia, en la que se indica que "pueden presentarse efectos indeseables", entre otros "perforación ureteral, con extravasado del líquido de irrigación con sus posibles complicaciones (reabsorción, absceso, fibrosis, estenosis, etc.), datada el 7 de abril de 2008, con firma ilegible. c) Protocolo de la ureteroscopia realizada el día 7 de abril de 2008, en la que se refleja "stop a 7-8 cm del meato, que no conseguimos franquear con catéter, guía teflonada ni lógicamente ureteroscopia" e "introducción de contraste con stop y extravasación a ese nivel por manipulación previa". d) Protocolo de ureterorrenoscopia + ureterolitotomía izda., de 12 de abril de 2008, en la que se señala que "procedemos a realizar una laparotomía con incisión inguinal izda. (...), se libera el uréter. Se ven dos zonas de uréter abierto. Se pasa catéter ureteral hacia vejiga y hacia riñón, comprobando que está permeable la vía; se procede a colocar catéter doble J 7.24./ Sutura de las incisiones ureterales (...) en sentido longitudinal y posteriormente plicándolo en sentido transversal para reforzar la pared". e) Informe de alta del Servicio de Urología de 9 de abril de 2008, tras ingreso el día 7 del mismo mes "por historia de dolor en fosa lumbar izda. irradiado a hemiabdomen izdo. que cede parcialmente con analgesia habitual", en el que se consigna que "se decide la realización de ureteroscopia que se efectúa con fecha 7-4-2008, siendo infranqueable el paso a unos 8 cm del meato ureteral izdo., por bucle del uréter./ En el posoperatorio inmediato aparece un dolor en hipogastrio y fosa ilíaca izda. que cede con analgesia, quedando asintomático desde entonces, y ocasionalmente alguna molestia en fosa lumbar izda. de unos minutos de duración" y "se decide dar el alta con fecha 9-4-08". Otro, datado el 24 de abril de 2008, relativo a un ingreso entre los días 11 y 19 del mismo mes, en el que se señala que al reclamante "se le practicó el día 7-4-08 ureterorrenoscopia izda. por litiasis impactada a este nivel, siendo infructuoso, y como secuela perforación ureteral sin encontrarse la litiasis, abandonando la intervención y siendo dado de alta en los días posteriores, una vez que el enfermo se encontraba asintomático (...). Comienza unos días después del alta con dolor en hemiabdomen izdo. irradiado hacia escroto con edema escrotal y engrosamiento de cordón, cortejo parasimpático y en el estudio ecográfico colección líquida en fosa ilíaca izda., así como una imagen acústica en región

yuxtavesical izda., motivo por el que se decide nueva ureteroscopia exploradora, realizándose el día 12-4-08 y comprobándose la perforación descrita anteriormente a 8 cm aprox. del meato y no encontrándose litiasis. En el mismo acto se decide exploración quirúrgica abierta, practicándose reparación ureteral así como encorsetamiento con colgajo de epiplón mayor en la zona de sutura. Colocación de doble J intraoperatorio./ Se realiza TAC con contraste comprobándose la indemnidad, habiendo buen paso alrededor del catéter doble J y mínimas litiasis de 0,1 x 0,2 mm, tanto en grupo medio como inferior del riñón izdo./ Estando asintomático es alta el 19-4-08". Consta el diagnóstico de "litiasis ureteral de ac. úrico. Reparación ureteral izda.". f) Informe radiológico de la TC de abdomen con contraste solicitada por el Servicio de Urología, de 18 de abril de 2008, por "litiasis renal. Post-operatorio de reparación ureteral", en el que se concluye "evolución favorable con desaparición de las colecciones líquidas, ausencias de fugas de contraste y catéter 'doble J' correctamente colocado". g) Informe radiológico de las ecografías abdominales solicitadas por el Servicio de Medicina Interna, en las que figura como solicitante un hermano del reclamante: una, del día 14 de abril de 2008, que muestra "una pequeña colección líquida lateral al uréter de unos 3 cm de eje mayor, probablemente en relación con urinoma residual"; otra, del 27 de mayo de 2008, en la que, "al igual que en el estudio ecográfico del día 13, continúa objetivándose una discreta ectasia del sistema excretor (...) con la presencia de una pequeña colección a nivel de la lesión del uréter" de un diámetro máximo de 2,8 cm; en la tercera, del 18 de junio de 2008, "no se aprecian diferencias de relevancia con respecto a ecografía previa de abril", y en la cuarta, solicitada por el Servicio de Urgencias el 20 de agosto de 2008, "persiste moderada dilatación uretero-pielocalicial izquierda", así como "una formación hipoecoica de 0,7 cm de eje mayor, líquida, en relación con urinoma residual".

El informe emitido por el Servicio de Urología el 27 de febrero de 2012 refiere que el día 7 de abril de 2008 el ahora reclamante ingresa en el Servicio, "practicándosele ureteroscopia. Durante este acto operatorio se aprecia stop a 7-8 cm del meato ureteral que no se consigue franquear con guía teflonada, catéter ni lógicamente ureteroscopia. Se introduce contraste con stop y

extravasación pequeña a ese nivel, motivo por el que se suspende la intervención quirúrgica (todo ello consta en la hoja operatoria). No se decide en esta intervención ninguna exploración adicional por considerar la perforación mínima y subsidiaria de reparación espontánea”. Reseña que “el enfermo continua en el Servicio, siendo valorado el 8-4-2008, como consta en historia clínica, permaneciendo (...) asintomático. Se le realiza ecografía descrita como riñón izdo. con litiasis de grupo medio, grupo inferior. No dilatación de la vía excretora. Riñón dcho. normal. Vejiga vacía con sonda en su interior. No se aprecian urinomas ni colecciones en la zona intervenida”. Manifiesta que “comentado con el enfermo, dada su situación clínica, prefiere ser dado de alta, siendo alta el 9-4-2008./ El 11-4-2008 acude de nuevo a nuestro Servicio de Urgencias por molestias en hemiabdomen izdo. irradiadas a escroto con edema escrotal y engrosamiento de cordón y cortejo parasimpático. Se le realiza nueva ecografía abdominal y urotac, donde (...) ya se aprecia una colección líquida en fosa ilíaca izda., realizándose nueva ureteroscopia el 12-4-2011, donde se comprueba la perforación descrita en la primera intervención y no consiguiendo nuevamente cateterismo ureteral, motivo por el que se procede a exploración quirúrgica abierta con sutura de la perforación y colocación de catéter doble J. Buena evolución posoperatoria, siendo dado de alta el 19-4-2008./ El 8-5-2008 se procede a retirada del catéter doble J./ Es visto en nuestra consulta el 13-5-2008”, fecha en la que “el enfermo nos refiere (...) alguna molestia ocasional en fosa lumbar izda., aunque asintomático en el momento de la consulta. Se le solicita UIV en aquella fecha para valoración de la situación de su unidad renal y de las litiasis descritas en el TAC previo a la intervención alojadas en grupo calicial inferior y medio del riñón izdo.”. Añade que “desde la solicitud de esta prueba radiográfica no tenemos constancia en nuestra historia clínica, pues el enfermo no acude nunca más a nuestra consulta, a pesar de estar programado para seguimiento de su proceso hasta el momento actual”.

4. Con fecha 8 de marzo de 2012, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Sostiene que “la yatrogenia ureteral ocurrida es un ‘riesgo típico’, recogido en el documento de consentimiento informado. La complicación padecida es de las

(...) que más frecuentemente se producen y específica de esta intervención”. Añade que “es habitual que pase desapercibida la lesión ureteral en el curso de la intervención, bien por ser una lesión parcial o por no producirse durante la intervención una lesión directa y desarrollarse posteriormente, ya por necrosis del uréter, ya por afectación vascular secundaria a la cirugía u otra causa”. Afirma que “tras el inicio de la sintomatología clínica sugestiva de la perforación se tomaron las medidas diagnósticas adecuadas, efectuándose tratamiento quirúrgico por parte del Servicio de Urología del hospital de forma urgente./ A la vista de las pruebas de control posquirúrgico, el resultado de la intervención fue satisfactorio, consiguiéndose una buena permeabilidad del trayecto ureteral y un estudio urinodinámico normal (...). Aunque se recoge relación entre la intervención quirúrgica practicada y el daño, la actuación curativo-quirúrgica del médico ha sido ajustada a *lex artis*”. Considera que la reclamación debe desestimarse porque la complicación surgida es un riesgo típico, “estando el paciente en todo momento suficientemente informado”.

5. Mediante escritos de 15 de marzo de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios 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.

6. Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, datado el 25 de junio de 2012 y suscrito por un especialista en Urología. Señala que durante la ureteroscopia, “además del control visual que proporciona el ureteroscopio, se realiza control radioscópico” y afirma que “el porcentaje de éxitos en la resolución de la litiasis ureteral es superior al 90%”, aunque “este procedimiento no está exento de complicaciones”, siendo “las más frecuentes (...) la perforación y la falsa vía ureteral (1,5%), infecciones y sepsis (1%)./ Si durante el procedimiento se produce una perforación ureteral se realizará intraoperatoriamente una pielografía retrógrada (introducción de contraste radiológico por una sonda ureteral introducida a través del ureteroscopio). Mediante la imagen radioscópica se valorará la magnitud de la perforación

según la extravasación del contraste” y sostiene que “las heridas renales y ureterales tienden al cierre de forma espontánea”.

Concluye que “la indicación de la ureteroscopia como tratamiento de la litiasis ureteral fue correcta, ya que dicha litiasis era radiotransparente (...). En la ureteroscopia se produjo una perforación ureteral”, que “es la complicación más frecuente y está descrita en el consentimiento informado que firmó el paciente (...). Se le realizó una pielografía retrógrada durante el acto quirúrgico para valoración de la perforación (...). Se intentó pasar la perforación con catéteres y guías, siendo imposible. Se optó por el tratamiento conservador (...). A las 24 horas se le realizó una ecografía de control, no existiendo dilatación de la vía urinaria, ni colección periureteral (...). A las 48 horas ingresó por dolor abdominal y en la TAC se observó extravasación de contraste. Se intervino quirúrgicamente, resolviéndose la litiasis y la perforación (...). En la consulta de revisión se le solicitó una urografía IV que el paciente no se realizó, dejando de acudir voluntariamente a la consulta de Urología (...). En noviembre y diciembre de 2008 en el (Hospital “Y”) fue diagnosticado de hidronefrosis izquierda con atrofia renal (...). Si el paciente se hubiera realizado la urografía IV que se le solicitó el 13-05-08 se hubiera diagnosticado de forma precoz la existencia de una estenosis ureteral posquirúrgica y se habría podido intentar su resolución con maniobras endoscópicas (...). En cambio (...), por voluntad propia estuvo 6 meses sin un seguimiento adecuado. No se realizó pruebas diagnósticas de imagen adecuadas y no fue seguido por un urólogo”.

7. El día 20 de julio de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria notifica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. El 24 de julio de 2012 se persona este en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento por ciento veintiséis (126) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

Con fecha 2 de agosto de 2012, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que reproduce la argumentación contenida en su reclamación inicial. Manifiesta que

“no es dudoso, a la vista de todos los informes médicos obrantes en el expediente y de los informes técnicos de valoración, que la intervención quirúrgica practicada fue la causante del daño por el que se reclama”. Niega que se le hubieran realizado una pielografía el día 7 de abril y una ecografía de control el día 8, “sin perjuicio de su mala calidad que la hace interpretable”, así como que se hubiera solicitado la práctica de una urografía IV, y que no dejó de acudir a las revisiones del Servicio de Urología, “sino que, por el contrario, se le indicó que a menos que presentara dolor no era necesario que volviera. Además, continuó su control en un Servicio de Medicina Interna dependiente, asimismo, del servicio público de salud del Principado de Asturias”, añadiendo que “tampoco solicitó el alta voluntaria”.

Considera que “los exiguos descargos mantenidos por la Administración y por la entidad aseguradora no imposibilitan la estimación de la reclamación presentada”. Cita el informe de la entidad aseguradora, según el cual el porcentaje de éxitos en la resolución de la litiasis ureteral es superior al 90% y el de probabilidad de la perforación y la falsa vía ureteral es de un 1,5%, y concluye que “la falta de éxito de la resolución en un primer momento de la litiasis y la complicación posterior permiten afirmar, sin error, que es muy probable que se debiera a una mala praxis”.

A su juicio, “resulta de todo punto inadmisibles que el paciente no hubiera sido informado de la perforación ureteral -máxime cuando estamos hablando de un profesional de la medicina- y que, a pesar de lo sostenido, no le fueran practicadas las pruebas necesarias para cerciorarse sobre la completa remisión de la complicación./ No es dudoso que no se tomaron las medidas terapéuticas adecuadas, como la reparación quirúrgica inmediata de la perforación, ni se utilizaron las pruebas diagnósticas acertadas una vez se observó la persistencia” de la misma.

Niega “que la falta de práctica de tales pruebas obedezca” a su voluntad. Dichas “pruebas no fueron solicitadas, ni siquiera consta el volante de petición en todo el expediente, como tampoco se indica la necesidad de su realización en los distintos informes de alta”, y añade que “tampoco puede desconocerse que el paciente continuó con un seguimiento a través del servicio público de salud”.

8. Con fecha 18 de septiembre de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Expone que "se trata de un paciente afecto de litiasis de uréter lumbar izquierdo que fue sometido a las pruebas diagnósticas oportunas, entre otras, la realización de ureteroscopia, previa firma del documento de consentimiento informado, causándole en el curso de alguna exploración practicada una perforación iatrogénica del uréter, hecho recogido como 'riesgo típico' en el documento, habiendo sido informado de dicha posible incidencia y aceptando y asumiendo la misma", por lo que considera que "la asistencia prestada fue acorde a la lex artis".

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de octubre de 2012, registrado de entrada el día 11 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 Sanidad, 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 8 de febrero de 2012, habiéndose manifestado la atrofia renal por la que se reclama el día 14 de abril de 2009, lo que podría llevarnos a concluir que aquella se formuló fuera del plazo de un año legalmente determinado. Sin embargo, consta en el expediente el Auto de la Audiencia Provincial de Asturias de 25 de mayo de 2011, por el que se desestiman los recursos de apelación interpuestos por el interesado contra los Autos del Juzgado de Instrucción N.º 1 de Langreo de 15 y 16 de noviembre de 2010, este último desestimatorio del recurso de reforma interpuesto contra el de sobreseimiento provisional de las actuaciones incoadas en virtud de querrela interpuesta por el ahora reclamante por la presunta comisión de un delito de lesiones por imprudencia profesional.

Al respecto, el artículo 146, apartado 2, de la LRJPAC establece que “La exigencia de responsabilidad penal del personal al servicio de las Administraciones públicas no suspenderá los procedimientos de reconocimiento de responsabilidad patrimonial que se instruyan, salvo que la determinación de los hechos en el orden jurisdiccional penal sea necesaria para la fijación de la responsabilidad patrimonial”. El Tribunal Supremo (entre otras, Sentencia de 16 de mayo de 2002 -Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª-) ha sentado, en relación con este precepto, que su “adecuada interpretación (...)

exige considerar que la interrupción de la prescripción por iniciación del proceso penal se produce en todos aquellos casos en los cuales dicho proceso penal versa sobre hechos susceptibles en apariencia de ser fijados en el mismo con trascendencia para la concreción de la responsabilidad patrimonial de la Administración”.

En el presente caso, teniendo en cuenta que las actuaciones penales se iniciaron en el año 2009 y que existe coincidencia en los sujetos intervinientes y en los hechos enjuiciados en los órdenes penal y administrativo, consideramos interrumpido el cómputo del plazo de prescripción para el ejercicio de la reclamación de responsabilidad patrimonial por la exigencia de responsabilidad penal. Por tanto, dada la fecha en la que se dicta el auto que desestima el recurso de apelación, hemos de entender que la reclamación se ejerce dentro del plazo de un año legalmente determinado sin necesidad de entrar a valorar el momento en que pudo tener conocimiento efectivo del mismo.

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 somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial por los daños que el reclamante atribuye a la asistencia que recibió en un hospital público desde el día 7 de abril de 2008 con ocasión de los cólicos nefríticos que sufría.

Hay constancia de que ese día se le realizó un urotac, de la perforación que se produjo durante el mismo y de la atrofia renal izquierda que se le diagnosticó al interesado en abril de 2009, por lo que debemos considerar acreditado un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica.

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 perjudicado, médico de profesión, reprocha la omisión de pruebas diagnósticas para valorar la perforación que sufrió durante la práctica del urotac, así como del tratamiento quirúrgico de la misma en el momento en que se produjo, de un ingreso más prolongado como medida de precaución y que no se le haya informado de dicha perforación en el momento del alta. No aporta prueba relativa a la necesidad de las medidas por las que reclama, sin

que su profesión médica sea aval suficiente para estimar sus alegaciones, por -entre otras razones- no ser especialista en Urología.

Además, se han incorporado al procedimiento documentos e informes que avalan la asistencia sanitaria dispensada. Así, consta que tras la introducción de contraste, con pequeña extravasación, la perforación fue valorada como mínima y subsidiaria de reparación espontánea por los facultativos que actuaron en el caso. El informe del especialista en Urología consigna expresamente la tendencia al cierre espontáneo de las heridas renales y ureterales.

Por lo que se refiere a la prolongación de la estancia hospitalaria, no parecía necesaria en aquel momento, pues al día siguiente de la perforación se le realizó una ecografía que no mostró patologías derivadas de la misma y el ahora reclamante no presentaba síntomas más allá de una ligera molestia en la fosa renal izquierda de unos minutos de duración; de hecho, hasta el día 11 no se iniciaron los síntomas. Por estos motivos, no resultaba necesaria la mención de la perforación en el informe de alta, y no puede apreciarse ánimo de ocultación de la misma, toda vez que figura consignada en el protocolo de la prueba.

A partir del día 11 se adoptaron medidas tendentes a su tratamiento, a las que el interesado no formuló reparo alguno, así como un seguimiento del proceso terapéutico en el marco del cual se solicitó una urografía intravenosa que no consta realizada por abandono del interesado, según informa el facultativo que llevó el caso.

En el trámite de audiencia, el interesado alega mala praxis en la práctica del urotac con base en datos estadísticos. Niega que se le haya realizado la ecografía de control el día 8, que hubiera pedido el alta voluntaria el día 9, que se hubiera solicitado la urografía intravenosa y que hubiera dejado de acudir a las revisiones, pues afirma que se le indicó que a menos que presentara dolor no era necesario que volviera.

En relación con estos reproches, hemos de consignar, en primer lugar que una baja probabilidad estadística de la complicación sufrida, de cuya posibilidad se le informó debidamente, no permite considerar, en este caso, que la misma se deba a mala praxis. Por lo que se refiere a los hechos que el

perjudicado niega, resulta que tanto la ecografía de control como la solicitud de la urografía intravenosa figuran en las hojas de curso clínico obrantes en el expediente, y aquel no aporta prueba que se oponga a estos documentos, a pesar de conocerlos con anterioridad, ya que consigna parte de su contenido en la reclamación inicial, siendo insuficiente ese simple rechazo para privarlos de eficacia probatoria. Tampoco consta que se hubiera opuesto al alta del día 9 de abril de 2008, en cuyo informe quedaba reflejada la remisión del dolor aludido en la reclamación.

En definitiva, no cabe apreciar que el daño alegado sea antijurídico, ni que la asistencia que se dispensó al reclamante incurriera en mala praxis.

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.