

Expediente Núm. 193/2017
Dictamen Núm. 225/2017

V O C A L E S :

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

Secretario General Adjunto:
Mier González, Manuel Eduardo

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 7 de septiembre de 2017, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 30 de mayo de 2017 -registrada de entrada el día 1 de junio de 2017-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por las secuelas derivadas del tratamiento quirúrgico de un tumor de próstata.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 22 de septiembre de 2016, el interesado presenta en el Registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria recibida en el Hospital

Expone que el día 19 de junio de 2014 fue “operado de un cáncer de próstata y me hicieron dos fístulas, a los diez días de ser operado me dieron el alta. Y ese mismo día, transcurridas unas horas, volví al hospital y fui operado de urgencia, realizándome colostomía de descarga izquierda por peritonitis

fecaloidea. A causa de esto estuve con la sonda ocho meses, con la colostomía un año y en consecuencia de llevar tanto tiempo la sonda no retengo la orina. Durante todos esos meses acudí a Urgencias varias veces por diferentes problemas a causa de la operación”. Añade que el 11 de diciembre de 2014 fue operado en Pamplona, donde le realizan una “resección de fístula uretro rectal por vía perineal”.

Señala que el día 18 de mayo de 2015 fue operado en el Hospital “para cierre de colostomía”, siendo intervenido “de urgencia” el 21 de mayo de ese año “para ponerme la colostomía otra vez”. Indica que “a causa de esta operación estuve en la UCI seis días por posoperatorio de alto riesgo, peritonitis y shock séptico. Y unas semanas en planta ingresado”.

Precisa que el 23 de octubre de 2015 fue operado “para reconstrucción del tránsito intestinal” en la Unidad de Cirugía Colorectal de Pamplona, y que el 19 de febrero de 2016 le intervienen “para la colocación de esfínter artificial (...) por vía perineal y suprapúbica”.

Manifiesta que en la actualidad padece “continencia de orina parcial con escapes involuntarios, además de disfunción eréctil completa, preciso seguimiento en consultas externas cada seis meses, pérdida de memoria y de visión, con tratamiento psicológico por episodio depresivo a causa de las secuelas de las operaciones, acudiendo al psicólogo periódicamente”.

Considera que son “secuelas derivadas de la intervención quirúrgica practicada la incontinencia urinaria permanente, la disfunción eréctil y la depresión”, por lo que, aplicando el baremo establecido en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, cuantifica la indemnización que solicita en noventa y ocho mil sesenta y ocho euros con diecinueve céntimos (98.068,19 €).

Adjunta a su escrito los siguientes documentos: a) Informe de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital, de 23 de septiembre de 2014, en el que se hace constar que el paciente “se encontraba triste, decaído, llanto fácil. Refiere que sus síntomas empezaron un tiempo antes de su (intervención quirúrgica) de próstata./ Presenta ideación de muerte y autolítica relacionada con dificultad de adaptación a su enfermedad somática”. Se

establece la impresión diagnóstica de “episodio depresivo”, se pauta medicación y se indica revisión. b) Informe de alta de UCI del Hospital, de 27 de mayo de 2015, en el que se recoge que se trata de un “paciente de 63 años que ingresa (el 21 de mayo de 2015) en situación de shock séptico secundario a peritonitis por dehiscencia de anastomosis que se reinterviene, realizándose nueva colostomía (...). Dada la evolución se decide alta a planta de Cirugía General para continuar evolución”. c) Informe de alta de Hospitalización a Domicilio del Hospital, de 17 de julio de 2015. En él consta “paciente procedente de cirugía tras realización de colostomía en asa sigmoidea./ El paciente ingresó para realización de cirugía electiva, reconstrucción del tránsito intestinal. Durante el ingreso se realizaron dos intervenciones (18-5), liberación de colostomía y anastomosis colo-colica manual. Cierre con colocación de malla (...) el día 21-5: laparotomía media. Dehiscencia de sutura de colón. Resección de anastomosis previa. Cierre del cabo distal. Liberación del colon descendente y ángulo esplénico y colostomía termina en HI./ El paciente presentó absceso de pared en el posoperatorio. Ingresó en HAD para control y curas de la herida quirúrgica”. Se añade que “durante su estancia en HAD el paciente evoluciona lenta pero favorablemente, presentado una disminución progresiva del líquido drenado./ Tras comentarlo con cirujano (...) se decide alta y seguimiento por EAP”. d) Informe clínico de alta del Servicio de Urología del Complejo Hospitalario de Navarra, de 1 de julio de 2016, en el que se indica que “el día 23 de octubre del 2015 el Departamento de Cirugía General (...) realizó reconstrucción del tránsito intestinal. Por laparotomía iterativa se realizó liberación del recto superior y resección de 5 cm distales del muñón con anastomosis (...). El paciente presenta una evolución clínica favorable” e “incontinencia de orina severa con disfunción eréctil completa y buena continencia anal. Fue intervenido el día 19 de febrero del 2016, colocándose esfínter artificial (...) por vía perineal y suprapúbica sin incidencias. En la actualidad (...) presenta marcadores tumorales negativos y continencia de orina parcial con escapes involuntarios en relación con esfuerzos físicos y diurnos. Además, disfunción eréctil completa. Precisa seguimiento en consultas externas, periódicos cada seis meses”.

2. Mediante oficio de 26 de septiembre de 2016, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales del Servicio de Salud del Principado de Asturias traslada la reclamación de responsabilidad patrimonial al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios.

3. El día 29 de septiembre de 2016, el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del parte de reclamación.

4. Con fecha 12 de octubre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas designa al Inspector de Prestaciones Sanitarias que actuará en el presente procedimiento.

5. El día 18 de octubre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al perjudicado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -27 de septiembre de 2016-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

6. Con fecha 17 de octubre de 2016, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria III una copia de la historia clínica del perjudicado y un informe de los servicios intervinientes (Urología y Cirugía General) sobre el concreto contenido de la reclamación.

El 16 de noviembre de 2016, el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene una copia de la historia clínica del paciente obrante en el Hospital y los informes elaborados por los Servicios de Urología y de Cirugía General.

El Jefe del Servicio de Urología (en funciones) informa, el 2 de noviembre de 2016, que "con fecha 14 de abril de 2014 se realiza biopsia de

próstata ecodirigida con el siguiente informe de Anatomía Patológica: adenocarcinoma infiltrante de próstata (...). Con fecha 19 de junio de 2014, tras informar al paciente del diagnóstico y entregarle el documento de consentimiento informado para la realización de prostatectomía radical laparoscópica, según figura en historia clínica informatizada, se realizó prostatectomía radical laparoscópica + linfadenectomía iliobturatriz bilateral (...). En Radiología (...) posoperatoria de control se comprobó paso de contraste a recto. Se consultó con el Servicio de Cirugía General, quien, dadas las características de ausencia de clínica en aquel momento, aconsejó actitud expectante con sonda vesical, por lo que fue dado de alta./ Acudió a Urgencias a las 24 horas por emisión de contenido fecaloideo por la sonda y dolor (...). Se realizó de urgencia el 28 de junio de 2014 una sigmoidostomía en barra. Siendo dado de alta el 9 de julio de 2014 (...). El estudio radiológico de control mostraba la permanencia de la fístula, por lo que el paciente fue derivado a un centro de referencia en la solución de este tipo de lesiones (...). Fue intervenido en Pamplona el 11 de diciembre de 2014, realizándose cierre de fístula y uretroplastia./ Posteriormente (...) fue intervenido en varias ocasiones para reconstrucción del tránsito intestinal (...). El paciente ha seguido revisiones por el Servicio de Urología en lo referente al control de su enfermedad prostática oncológica". Señala que "fue informado antes de realizar la intervención quirúrgica sobre su patología prostática de manera oral y escrita, firmando el consentimiento informado (en) el que se le explicaron los riesgos que a continuación se detallan (...): Complicaciones abdominales como consecuencia de la colocación de los tubos de visión y trabajo: parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción o lesión intestinal que necesite nuevas intervenciones con resultados imprevisibles, peritonitis (infección de la cavidad abdominal) (...). Impotencia (imposibilidad física de tener una erección), bastante frecuente (...). Incontinencia urinaria (escape involuntario de la orina) en un elevado número de casos, ya sea transitoria o permanente". Indica que "el diagnóstico de la fístula uretro rectal se realizó en el posoperatorio de la primera intervención quirúrgica. Se propuso, de acuerdo con el Servicio de Cirugía General, un tratamiento expectante con mantenimiento de sonda vesical y

sigmoidostomía en barra (...), y comprobar en un periodo de unos tres meses si persistía el problema./ Al comprobar la permanencia de la fístula, se puso en marcha la solicitud de valoración y tratamiento quirúrgico en centro especializado de su problema, como así se realizó./ El paciente por lo tanto fue informado de los riesgos de la intervención. Una vez aparecida la complicación intestinal posoperatoria se pusieron todos los medios diagnósticos y terapéuticos para su solución. Las secuelas de incontinencia y disfunción eréctil fueron también informadas previamente a la cirugía, según consta en documento de consentimiento informado./ El paciente asimismo es conocedor del alcance de su neoplasia prostática (...) y sigue controles con marcador prostático PSA, que hasta la fecha no han mostrado recidiva de su enfermedad". En cuanto al tiempo en que permaneció con la sonda, señala que fueron "6 y meses y 12 días" -y no 8 mes, como indica el reclamante-, ya que "se puso el día de la intervención (19 de junio de 2014) y se retiró el 8 de enero de 2015". Respecto a la colostomía, reseña que la misma "se puso el 28 de junio de 2014", manteniéndose durante "10 meses y 20 días", hasta la "reconstrucción del tránsito" (18 de mayo de 2015); no obstante, posteriormente "hubo que volver a ponerla por dehiscencia de la sutura y se retiró el 23 de octubre de 2015 en Pamplona". Afirma que "desde el primer día en que se diagnosticó la fístula rectal se le proporcionó al paciente y a su familia toda la información pertinente y el itinerario a seguir", añadiendo que "ha sido atendido con la máxima diligencia por parte de todo el Servicio de Urología, no solo con carácter presencial, sino también atendiendo las llamadas telefónicas de su esposa para solicitar información". En relación al tumor que padeció el paciente, destaca su clasificación de "alto riesgo de progresión", y aclara "que la cirugía realizada exige radicalidad, lo que impide respetar las estructuras implicadas en la continencia y en la potencia sexual (bandeletas neurovasculares), lo cual compromete ambas. Además, no se puede olvidar que el tratamiento del paciente previo a la cirugía de próstata incluía Sintrom, Stilnox, Atenolol, Alontril, Omnic Ocas, Astudal y Digoxina, y que se trataba de un paciente obeso con pluripatología, lo cual compromete la función sexual sin necesidad de cirugía". Subraya que "evidentemente la cirugía, las

complicaciones y la reparación de las mismas dificultan enormemente cualquier posibilidad de recuperación espontánea. Por otra parte, dos años y cinco meses después de la cirugía el paciente no muestra recidiva tumoral, lo cual es poco frecuente en casos de esta severidad". Finalmente, respecto a la depresión que refiere, pone de manifiesto que "ya estaba siendo tratada por su médico de Atención Primaria desde 2013, es decir, antes del diagnóstico de cáncer de próstata y de la cirugía posterior".

Por su parte, el Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital señala, el 3 de noviembre de 2016, que se trata de un paciente intervenido el 19 de junio de 2014 por "adenocarcinoma de próstata". Tras exponer el curso clínico, precisa que "actualmente el paciente no presenta problemas desde el punto de vista digestivo, tolerando dietas normales y con buenas continencias anales. No presentando problemas desde el punto de vista digestivo; como secuela (...) queda únicamente las cicatrizaciones y deformidades de pared abdominal". Reseña que el paciente planteó "la posibilidad de que si tiene que ser reintervenido realizar el cierre del tránsito intestinal en Pamplona, donde es intervenido con fecha 23-10-2015, practicándose reconstrucción del tránsito intestinal".

7. El día 11 de enero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada una copia íntegra del expediente a la correduría de seguros a fin de que se recabe el informe pericial de la compañía aseguradora.

Obra incorporado al expediente, a continuación, el informe elaborado por un especialista en Urología el 27 de febrero de 2017. En él, tras analizar el curso clínico del paciente, afirma que este "fue correctamente diagnosticado y tratado mediante prostatectomía radical". Explica que las opciones de tratamiento curativo para el cáncer de próstata, cuando está localizado, son "la cirugía (prostatectomía radical) o la radioterapia (externa o braquiterapia)", y destaca que "no se describieron incidencias significativas durante el procedimiento y se comprobaron la estanqueidad rectal y de la anastomosis vesico-uretral".

En cuanto a la fístula uretro rectal que desarrolló el paciente, indica que se trata de una "complicación poco frecuente pero grave" descrita en la literatura médica "en el 1-2 % de los pacientes que reciben tratamiento curativo por cáncer de próstata".

Respecto a la incontinencia de la orina y a la disfunción eréctil, comenta que se trata de "efectos secundarios" de la prostatectomía descritos en la literatura, "entre el 10 y el 60 % para la incontinencia y del 20 al 100 % para la disfunción eréctil".

Concluye que, basándose en la documentación analizada, "la actuación fue totalmente correcta, ajustándose al 'estado del arte' de la medicina y cumpliendo con la *lex artis ad hoc*".

8. Mediante escrito notificado al interesado el 7 de abril de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica 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 12 de abril de 2017, comparece este en las dependencias administrativas para examinar el expediente y se le entrega un CD que contiene una copia de los documentos que lo integran.

9. Con fecha 10 de mayo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la correduría de seguros que ha transcurrido el plazo establecido para presentar alegaciones sin haberse recibido.

10. El día 17 de mayo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial e Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Señala que "en el presente caso la asistencia prestada al paciente fue acorde a la *lex artis*. La fístula, la incontinencia y la disfunción eréctil constituyen la materialización de riesgos típicos de la intervención quirúrgica (prostatectomía radical). En cuanto se detectó la fístula (...) se pusieron todos los medios a disposición del paciente para solucionarla

satisfactoriamente. Prueba (de) que la intervención quirúrgica se realizó con éxito es que dos años y medio después de la misma el paciente no muestra recidiva tumoral, lo cual es poco frecuente en casos de esta severidad”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 30 de mayo de 2017, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que “A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada

en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior”.

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación del interesado registrada en la Administración del Principado de Asturias con fecha 22 de septiembre de 2016, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la 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, el interesado atribuye a la prostatectomía realizada en junio de 2014 las complicaciones que causaron las secuelas que padece en la actualidad. Sin perjuicio de que con posterioridad analicemos la eventual relación de causalidad entre la asistencia dispensada al paciente y el daño real producido, de la información obrante en el expediente se desprende que como consecuencia de la prostatectomía practicada en junio de 2014 tuvo que ser reintervenido en diferentes de ocasiones, siendo las más recientes el cierre de la colostomía (reconstrucción del tránsito intestinal) en

octubre de 2015 y la colocación de un esfínter urinario artificial en febrero de 2016.

En definitiva, presentada la reclamación con fecha 22 de septiembre de 2016, y habiendo sido intervenido por última vez en febrero de 2016, hemos de concluir 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 Responsabilidad Patrimonial. 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, observamos una indebida paralización del procedimiento desde que se recibe en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la documentación remitida por la Gerencia del Área Sanitaria III -noviembre de 2016- y la remisión del expediente a la correduría de seguros -enero de 2017-, lo que resulta claramente contrario al principio de eficacia administrativa.

Asimismo, apreciamos 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 en el que se solicita una indemnización por los daños que el reclamante atribuye a las complicaciones sufridas tras una prostatectomía.

De los informes médicos incorporados al expediente se desprende que el perjudicado, diagnosticado de "adenocarcinoma infiltrante de próstata", fue intervenido el 14 de abril de 2014 en el Hospital, donde le practican una "prostatectomía radical laparoscópica + linfadenectomía iliobturatriz bilateral". Posteriormente presentó una "fístula uretro rectal" que requirió resección, y fue operado en diversas ocasiones para reconstrucción del tránsito intestinal.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y 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, 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 que se obtengan los resultados concretos pretendidos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado 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 ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega.

En el caso que nos ocupa, el perjudicado, que padecía cáncer de próstata, fue intervenido el 19 de junio de 2014 en el Hospital, donde se le realizó una prostatectomía. Señala el reclamante que en dicha intervención le "hicieron" dos fístulas y que "a los diez días de ser operado me dieron el alta". Manifiesta que estuvo "con la sonda ocho meses, con la colostomía un año" y que tuvo que acudir a Urgencias en diversas ocasiones. A su juicio, son "secuelas derivadas de la intervención quirúrgica practicada la incontinencia urinaria permanente, la disfunción eréctil y la depresión".

El curso clínico del paciente se expone en el detallado informe que elabora el Jefe del Servicio de Urología en noviembre de 2016. De él se desprende que en el posoperatorio de la prostatectomía llevada a cabo en junio de 2014 se le diagnostica una "fístula uretro rectal". Ahora bien, de ello no puede inferirse automáticamente una mala praxis o vulneración de la *lex artis* por parte del servicio público sanitario, ya que según explica el especialista que suscribe el informe médico elaborado a instancias de la compañía aseguradora este tipo de fístula uretro rectal es una "complicación poco frecuente pero grave" descrita en la literatura médica "en el 1-2 % de los pacientes que reciben tratamiento curativo por cáncer de próstata".

En relación con ello, el Jefe del Servicio de Urología menciona varias veces en su informe que se le entregó al paciente el documento de

consentimiento informado para prostatectomía radical laparoscópica, “según figura en historia clínica informatizada”. Y afirma con contundencia que el reclamante “fue informado antes de realizar la intervención quirúrgica sobre su patología prostática de manera oral y escrita, firmando el consentimiento informado (en) el que se le explicaron los riesgos que a continuación se detallan (...): Complicaciones abdominales como consecuencia de la colocación de los tubos de visión y trabajo: parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción o lesión intestinal que necesite nuevas intervenciones con resultados imprevisibles, peritonitis (infección de la cavidad abdominal) (...). Impotencia (imposibilidad física de tener una erección), bastante frecuente (...). Incontinencia urinaria (escape involuntario de la orina) en un elevado número de casos, ya sea transitoria o permanente”. Por tanto, en él se mencionaban como posibles complicaciones de la intervención no solo la lesión intestinal, sino también la impotencia y la incontinencia urinaria a las que alude el interesado en su escrito de reclamación. Dicho documento no figura en la documentación clínica remitida a este Consejo, pero ello no determina su inexistencia. A mayor abundamiento, debemos poner de relieve que el interesado no denuncia en su escrito de reclamación la ausencia de información sobre los riesgos de la intervención, ni tampoco alega con ocasión del trámite de audiencia nada al respecto, a pesar de que consta que se le entregó un CD que contenía una copia del expediente al que ya se había incorporado el citado informe del Servicio de Urología, donde figuraba que era conocedor de las posibles complicaciones de la prostatectomía.

En cuanto a la asistencia dispensada al reclamante con posterioridad a la primera operación, el Jefe del Servicio de Urología explica que “el diagnóstico de la fístula uretro rectal se realizó en el posoperatorio de la primera intervención quirúrgica. Se propuso, de acuerdo con el Servicio de Cirugía General, un tratamiento expectante con mantenimiento de sonda vesical y sigmoidostomía en barra (...), y comprobar en un periodo de unos tres meses si persistía el problema./ Al comprobar la permanencia de la fístula, se puso en marcha la solicitud de valoración y tratamiento quirúrgico en centro especializado de su problema, como así se realizó (...). Una vez aparecida la

complicación intestinal posoperatoria, se pusieron todos los medios diagnósticos y terapéuticos para su solución”. Defiende la actuación diligente del Servicio implicado afirmando que “desde el primer día en que se diagnosticó la fístula rectal se le proporcionó al paciente y a su familia toda la información pertinente y el itinerario a seguir”, añadiendo que “ha sido atendido con la máxima diligencia por parte de todo el Servicio de Urología, no solo con carácter presencial, sino también atendiendo las llamadas telefónicas de su esposa para solicitar información”. También informa que desde este Servicio se ha llevado a cabo un seguimiento del paciente mediante revisiones en lo referente al control de su enfermedad prostática oncológica. Por su parte, el especialista que informa a instancias de la compañía aseguradora considera que el paciente “fue correctamente diagnosticado y tratado mediante prostatectomía radical”, y destaca que “no se describieron incidencias significativas durante el procedimiento y se comprobaron la estanqueidad rectal y de la anastomosis vesico-uretral”, por lo que, a su juicio, la actuación del personal sanitario del Hospital ha sido en este caso “totalmente correcta”.

Respecto a las secuelas de incontinencia y disfunción eréctil, ya hemos comentado que también fueron informadas previamente a la cirugía. Sobre este extremo, el perito de la compañía aseguradora comenta que se trata de “efectos secundarios” de la prostatectomía descritos en la literatura, “entre el 10 y el 60 % para la incontinencia y del 20 al 100 % para la disfunción eréctil”. Asimismo, debe tenerse en cuenta que, como se expone en el informe del Servicio de Urología, el alto riesgo de progresión del tumor determinó la necesidad de realizar una cirugía radical, “lo que impide respetar las estructuras implicadas en la continencia y en la potencia sexual (bandeletas neurovasculares), lo cual compromete ambas. Además, no se puede olvidar que el tratamiento del paciente previo a la cirugía de próstata incluía Sintrom, Stilnox, Atenolol, Alontril, Omnic Ocas, Astudal y Digoxina, y que se trataba de un paciente obeso con pluripatología, lo cual compromete la función sexual sin necesidad de cirugía”. Subraya que “evidentemente la cirugía, las complicaciones y la reparación de las mismas dificultan enormemente cualquier posibilidad de recuperación espontánea”.

Finalmente, debe añadirse que según los informes médicos en la actualidad el enfermo no muestra recidiva tumoral, lo que parece ser poco frecuente en casos de esta severidad. Asimismo, el Jefe del Servicio de Cirugía General manifiesta en su informe de noviembre de 2016 que “actualmente el paciente no presenta problemas desde el punto de vista digestivo, tolerando dietas normales y con buenas continencias anales”.

En definitiva, no cabe deducir que en la asistencia sanitaria prestada al perjudicado se haya producido error o negligencia médica, ya que la actuación llevada a cabo por el personal sanitario fue, según se desprende de los informes médicos incorporados al expediente, correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*. El daño sufrido por el paciente constituye una materialización de los riesgos y complicaciones recogidos en el documento de consentimiento informado que se le facilitó, por lo que el daño producido no resulta antijurídico y, por tanto, el interesado tiene la obligación de soportarlo.

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.