

Dictamen Núm. 240/2020

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 22 de octubre de 2020, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 4 de septiembre de 2020 -registrada de entrada el día 15 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su hermano como consecuencia del diagnóstico tardío de una estenosis de uretra.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 11 de octubre de 2019, las interesadas presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de la pérdida de su hermano, que atribuyen a un retraso en el diagnóstico de una estenosis de uretra -vinculado a la dilación en la realización de todas las pruebas necesarias- y en acometer la intervención quirúrgica programada.

Exponen que el finado “padecía síndrome prostático desde el año 2013. Los primeros síntomas aparecieron en forma de poliuria nocturna y hematuria. Por aquel entonces por el Servicio de Urología del Hospital ‘X’ se realizaron diferentes analíticas y pruebas (...) descartándose una patología nefrourológica (...). Finalmente, el 17 de abril de 2015 se le realiza una prostatectomía en el Centro Médico de Asturias, consistente en una resección transuretral por impronta de lóbulo medio en uretra, causa que le impedía el normal vaciado (...). A partir de la intervención quirúrgica (...), lejos de apreciarse una mejoría”, los problemas urinarios del paciente “paradójicamente fueron en aumento”.

Refieren que el 14 de mayo de 2018 el Servicio de Urología del Hospital “X” informa que “la analítica y eco realizadas ‘están bien y no necesita más tratamiento’. Desconocemos los informes y resultados de las pruebas que se realizaron por dicho Servicio (...), que no se nos han facilitado, pero (...) en su ambulatorio consta en el informe de esa fecha que su médico de cabecera solicita una segunda opinión al Servicio de Urología (del Hospital ‘Y’) vía atención al paciente./ Pasados más de tres meses, en concreto 105 días” y ya en el Hospital “Y”, se le realiza “una flujometría el 27 de agosto de 2018 y se solicita una uretroscopia para descartar una estenosis” que se efectúa “el mismo día, dando como resultado ‘estenosis de uretra a nivel membranoso’ (...). El 14 de octubre de 2018, es decir, 48 días después de solicitar la intervención quirúrgica, a las 13:30 horas (el paciente) ingresó de gravedad en Urgencias en el Hospital ‘X’ con anuria, ante el empeoramiento de la oliguria que venía padeciendo que le llevó al fracaso renal agudo y finalmente al fracaso multiorgánico que le produjo la muerte horas después”.

Advierten desconocer “la razón” de que no se realizaran “todas las pruebas de diagnóstico posibles, dada la sintomatología que (el paciente) presentaba insistentemente tras las numerosas visitas a su médico de Atención Primaria y consultas en Urología que se sucedieron durante tres años después de la intervención quirúrgica, y a la vista de la ineficacia de la farmacología prescrita por los facultativos./ Lo cierto es que el 14 de mayo de 2018 en el Servicio de Urgencias del Hospital ‘X’ se le da el alta sin un diagnóstico de

certeza y prescribiendo (...) fármacos que un año antes ya se había informado que no daban ningún resultado de mejora, obviando que los problemas urinarios padecidos sugerían una posible estenosis de uretra o, al menos, la idea de la necesidad de realizar pruebas complementarias, como una uretroscopia./ Tres meses después de esa última atención en el Servicio de Urología" del Hospital "X" y ya en el Hospital "Y", "al que se derivó para una segunda opinión, ante el cuadro clínico que presentaba (...) se solicita una uretroscopia que confirmaría la estenosis de uretra que le ocasionaba la oliguria./ En el mismo sentido, no tiene justificación que no se diera preferencia a la intervención quirúrgica que tras el diagnóstico emitido por el Servicio de Urología" del Hospital "Y", "a la vista de los graves síntomas que presentaba (...), no se interviniera de urgencia la uretrotomía que requería el caso./ Es, por tanto, injustificable el retraso en la práctica de todas las pruebas de diagnóstico que requería el paciente y la falta de intervención urgente, que debieron practicarse ante la persistencia de los síntomas y la duración del cuadro que presentaba (...). De haberse actuado a tiempo en el Servicio de Urología" del Hospital "X" "el 14 de mayo de 2018 podría haber dado lugar a realizar una uretrotomía que, sin duda, le hubiera salvado la vida, evitando un diagnóstico tardío de 105 días y que (...) falleciera en lista de espera 48 días después".

Cuantifican la indemnización solicitada en cincuenta mil euros (50.000 €), de los cuales corresponderían 25.000 € a cada una de las reclamantes.

Acompañan copia, entre otros documentos, de la historia clínica del finado. En ella figura el informe de exitus del Servicio de Nefrología del Hospital "X", de 14 de diciembre de 2018, en el que se señala como fecha de alta el 14 de octubre de 2018, y que se trata de un "paciente con deterioro progresivo del estado general de 72 horas de evolución, vive solo y no ha consultado a su médico de (Atención Primaria), no se ha tomado la temperatura, sensación distermia, progresiva aparición de oliguria hasta finalmente llevar 24 horas en anuria, ante empeoramiento y disnea acude a Urgencias./ Cuando se nos solicita valoración el paciente presenta un cuadro de inestabilidad hemodinámica, con TA en monitor 75/40, taquicardia sinusal,

mala perfusión periférica con pulsos palpables, está consciente y orientado, sondaje vesical con ausencia de orina./ En la analítica se objetiva (fracaso renal agudo) parenquimatoso establecido, con RFA elevados y neutrofilia, gasométricamente I (...). Se traslada a (la Unidad de Cuidados Avanzados), donde se inicia soporte termodinámico con aminas tras colocación de vía central, antibioterapia de amplio espectro y medidas de soporte./ La evolución es hacia un fracaso multiorgánico con severo deterioro analítico y del estado general, siendo exitus”.

2. Mediante oficio notificado a las interesadas el 8 de noviembre de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa solicitud formulada por la Instructora Patrimonial designada al efecto, el 18 de noviembre de 2019 el Gerente del Área Sanitaria V le remite, en soporte digital, una copia de la historia clínica del paciente relativa al proceso de referencia y el informe del Servicio de Urología del Hospital “Y” de 13 de noviembre de 2019.

En este último se indica que “según se desprende del informe de exitus (...) este ocurrió por un fracaso renal agudo (...) con severa alteración hemodinámica en posible relación a sepsis sin filiarse su origen (hemocultivos negativos)./ La patología diagnosticada al paciente (estenosis de uretra) no se trata de una patología urgente” salvo que “genere una retención aguda de orina, en cuyo caso se precisa realizar un sondaje vesical para evacuar el globo vesical. En ningún caso la uretrotomía interna es una operación para realizar con carácter urgente. Cuando se realizó el diagnóstico de la estenosis de uretra del paciente este realizaba micciones, sin residuos vesicales elevados, por lo que no se consideró necesario la colocación de sonda vesical. La finalidad de la cirugía (uretrotomía interna) es incrementar el calibre uretral para mejorar las micciones./ Posteriormente no figura ninguna nota clínica

(de) que (...) presentase episodio de retención aguda de orina, y cuando acudió” al Hospital “X” “se realizó ecografía abdominal sin evidenciarse patología urinaria obstructiva (ni dilatación de la vía urinaria ni globo vesical), y al realizarse sondaje vesical del paciente este no presentaba orina en vejiga, lo que descarta la estenosis de uretra como causa de su oligoanuria y apoya el diagnóstico de (fracaso renal agudo), secundario a posible sepsis”.

Mediante escrito de 29 de noviembre de 2019, el Gerente del Área Sanitaria VI envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios las historias clínicas del paciente obrantes en los Servicios de Urología y de Nefrología, así como un informe de este último.

En el informe del Servicio de Nefrología, de 27 de noviembre de 2019, se señala que “nuevamente vimos al paciente en (consulta) en fecha 9-7-18 (...). Dada la buena función renal que presentaba y el tipo de cirugía no se contraindicó intervención./ Finalmente, el último contacto con el paciente se produjo el 14-12-18 (*sic*), encontrándose este facultativo de guardia de Medicina Interna, valorándose al paciente en el S. de Urgencias a las 10 horas de la mañana, se procede a su ingreso en la Unidad de Cuidados Avanzados con el diagnóstico de shock séptico y fracaso renal agudo, donde (...) recibió soporte vital con fármacos y técnicas de cuidados avanzados que incluyeron el sondaje vesical sin dificultad alguna y sin apreciarse componente obstructivo. La evolución fue hacia fracaso multiorgánico y fallecimiento del paciente”.

4. El día 27 de enero de 2020 se emite informe pericial por una facultativa a instancias de la compañía aseguradora de la Administración. En él expone que “al paciente se le proporcionó un seguimiento adecuado tanto por parte de su médico de Familia como por el Servicio de Urología, con la solicitud de pruebas complementarias (ecografías, diario miccional, analíticas con PSA) periódicas, tras ser intervenido de (resección transuretral) de próstata./ La clínica que presentó tras la (resección transuretral) de próstata, polaquiuria nocturna como síntoma principal, era similar a la previa y no requería de realización de otras pruebas complementarias. No se tenía sospecha de una estenosis uretral. Ante la persistencia de la clínica se solicitó una segunda opinión en el

(Hospital `Y`), realizándose una flujometría. El resultado de esta orientó hacia la presencia de una estenosis uretral que no le ocasionaba repercusión secundaria que requiriese una actuación urgente, ya que no presentaba clínica obstructiva ni residuo miccional importante. Se incluyó en (lista de espera quirúrgica)./ No existe nexo de causalidad entre la patología urológica que presentaba el paciente (estenosis uretral de reciente diagnóstico) y su fallecimiento por sepsis de origen sin determinar pero en la que no existía componente urinario obstructivo”.

Concluye que “la actuación habría sido conforme con los protocolos y la *lex artis*”.

5. Con fecha 17 de junio de 2020 el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas, tras un primer intento infructuoso, comunica a las interesadas la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El día 9 de julio de 2020, y ya fuera del plazo concedido, las reclamantes presentan un escrito alegaciones en una oficina de correos. En él señalan que el finado “padecía síndrome prostático desde el año 2013 y fue intervenido de (resección transuretral) en 2015. De los informes posteriores a esta fecha se extrae que los síntomas padecidos después de dicha intervención persistieron y que los tratamientos aplicados no fueron eficaces./ Pues bien, a la vista del expediente administrativo se evidencia que la patología desarrollada tras la (resección transuretral) de 2015 era una estenosis uretral, que solo es detectada tras la uretroscopia realizada el 27 de agosto de 2018. Es evidente que la estenosis (estrechamiento de la uretra) descubierta en ese momento está íntimamente relacionada con la prostatectomía realizada en 2015, ya que es una consecuencia probable de este tipo de intervenciones, y que aquella no es diagnosticada más que 3 años después de la intervención, 48 días antes de su fallecimiento”. Afirman que “se evidencia que la estenosis (...) nunca fue tratada y esto debido a un error, probablemente porque los síntomas, a la vista de los informes médicos obrantes en el expediente, se confundían con el síndrome prostático diagnosticado años atrás”.

Concluyen que “la mala praxis persiste en no considerar que la estenosis uretral es una complicación habitual de la resección transuretral, y que una estenosis pos (resección transuretral) puede agravarse por el retraso en su diagnóstico y derivar en graves complicaciones, como el que ocurrió en este caso, aplicando erróneamente tratamientos inadecuados que, como describen los informes médicos, resultaron ineficaces”.

6. El día 28 de julio de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona que la estenosis uretral “es una patología frecuente secundaria a procesos infecciosos (uretritis) o traumatismos (instrumentaciones, fuerzas externas, etc.). La estenosis uretral diagnosticada (...) no presentaba repercusión secundaria que requiriese actuación urgente, carecía de clínica obstructiva ni residuo miccional importante, procediendo el cauce de resolución habitual de la misma mediante la inclusión en lista de espera quirúrgica./ Con fecha 09-07-2018 figura en el expediente la valoración clínica realizada (...), previa a la cirugía (síndrome del túnel del carpo), en la que según consta presentaba buena función renal”. Con base en la documentación obrante en el expediente y no existiendo ninguna pericial aportada” por las reclamantes “que lo contradiga, no se aprecia nexo de causalidad entre la patología urológica que presentaba el paciente (estenosis uretral de reciente diagnóstico) y su fallecimiento de sepsis de origen sin determinar pero en la que no existía un componente urinario obstructivo./ No cabe, por tanto, más que concluir que el paciente fue tratado conforme a la *lex artis*”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de septiembre de 2020, 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, adjuntando a tal fin una 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están las interesadas activamente legitimadas 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 como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 11 de octubre de 2019, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de su

familiar- el 14 de octubre de 2018, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 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 una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que las interesadas solicitan una indemnización por los daños derivados de la pérdida de su hermano, que atribuyen a un retraso en el diagnóstico y al abordaje de una estenosis uretral.

Queda acreditado en el expediente el hecho del fallecimiento del paciente, lo que conduce a presumir un padecimiento moral en las allegadas que aquí reclaman.

Ahora bien, la mera constatación de un perjuicio 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 (por todos, Dictamen Núm. 142/2019), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por las reclamantes 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 la mera constatación de un error médico o de un retraso diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). En particular, cuando se reclama por una pérdida de oportunidad no solo debe acreditarse una omisión contraria al buen quehacer médico sino también la existencia de una técnica que oportunamente aplicada al caso hubiera conducido a un resultado distinto.

En el supuesto planteado, las reclamantes sostienen que existió una infracción de la *lex artis* en la asistencia médica y una demora tanto en el diagnóstico de la estenosis uretral como en la intervención urgente, lo que evidenciaría una falta de tratamiento en tiempo y forma que derivó en un fatal desenlace que pudo haberse evitado. Razonan que la mala praxis médica consistió en “no considerar que la estenosis uretral es una complicación habitual de la resección transuretral, y que una estenosis pos (resección transuretral) puede agravarse por el retraso en su diagnóstico y derivar en graves complicaciones”.

Frente a tal posicionamiento, el informe del Servicio de Urología del Hospital “Y” señala que, según la documentación obrante en la historia clínica, el fallecimiento del paciente se produjo por un fracaso renal agudo con severa alteración hemodinámica en posible relación a sepsis, sin que pudiese establecerse el origen de esta. Por otra parte, la estenosis de uretra que le fue diagnosticada no requería de intervención urgente salvo en el caso de que generase una retención aguda de orina, apreciándose que cuando se le diagnosticó la patología el paciente realizaba micciones sin residuos vesicales

elevados, por lo que no se consideró necesario la colocación de sonda vesical. Por otra parte, advierte que con posterioridad no figura ninguna nota clínica en la que presentase episodio de retención aguda de orina, y que cuando acudió al Hospital "X" se procedió a realizar una ecografía abdominal sin evidenciarse patología urinaria obstructiva (ni dilatación de la vía urinaria ni globo vesical) y que al efectuar el sondaje vesical no presentó orina en vejiga, lo que descarta la estenosis como causa de su oligoanuria y apoya el diagnóstico de fracaso renal agudo, secundario a una sepsis, como causa del fallecimiento.

Asimismo, el informe del Servicio de Nefrología indica que el 9 de julio de 2018 el paciente presentaba una buena función renal, y que el último contacto con él "se produjo el 14 de diciembre de 2018 (*sic*)", día en el que "se procede a su ingreso en la Unidad de Cuidados Avanzados con el diagnóstico de shock séptico y fracaso renal agudo", donde tras la utilización de técnicas que incluyeron el sondaje vesical no pudo apreciarse componente obstructivo alguno.

Finalmente, el informe pericial aportado por la entidad aseguradora sostiene que al paciente se le proporcionó un seguimiento adecuado tanto por parte de su médico de Familia como por el Servicio de Urología -con la solicitud de pruebas complementarias periódicas- una vez intervenido de (resección transuretral) de próstata, y que la clínica que presentó tras la intervención (polaquiuria nocturna) era similar a la previa -por lo que no requirió de más pruebas-, precisando que es ante la persistencia de la clínica cuando se solicitó una segunda opinión en el Hospital "Y", donde se detectó la estenosis uretral. Subraya que esta patología no requería de una actuación urgente al no presentar clínica obstructiva ni residuo miccional significativo, por lo que se procedió a su inclusión en lista de espera quirúrgica. Concluye descartando nexo causal entre la patología urológica (estenosis uretral de reciente diagnóstico) y el fallecimiento por sepsis, de origen indeterminado pero en la que no existía componente urinario obstructivo alguno.

Frente a tales informes razonados y contextualizados las reclamantes formulan una denuncia genérica e imprecisa de mala praxis médica sin aportar

ninguna pericia o elemento probatorio, inutilizando así el procedimiento administrativo en tanto que, según reiterada jurisprudencia, las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica. Tal forma de proceder, como hemos advertido en casos similares (entre otros, Dictamen Núm. 39/2019), resulta reprobable de tratarse de una posposición deliberada de los elementos probatorios, en la medida en que se priva tanto a la Administración frente a la que se reclama como a este Consejo de un análisis contradictorio de los extremos controvertidos y obliga, como hemos observado en la Memoria de nuestra actividad correspondiente al año 2019, a señalar “que nuestro pronunciamiento solo puede sustentarse sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente, todos ellos presentados por la Administración y su compañía aseguradora”. En el caso examinado, a la vista de los informes incorporados al expediente, a los que no oponen las reclamantes pericial alguna, procede descartar la relación entre la patología urológica y el fallecimiento del paciente por sepsis, pues aunque el origen de la infección es indeterminado los técnicos informantes desechan razonadamente esa relación y se basan en un elemento objetivo, como es la inexistencia de componente urinario obstructivo.

A mayor abundamiento, tampoco se acredita infracción alguna de la *lex artis* en el proceso asistencial. No cabe orillar el hecho de que el paciente vivía solo, y que tras la consulta efectuada en el mes de julio de 2018 al Servicio de Nefrología -cuando se aprecia que la función renal era correcta- su último contacto con el servicio público sanitario tiene lugar en el Servicio de Urgencias el mismo día del óbito, 14 de octubre de 2018. Consta en las notas de este Servicio que el paciente no había acudido a Atención Primaria y que presentaba un estado de deterioro progresivo de setenta y dos horas de evolución. Asimismo, según figura en la documentación incorporada al expediente, ni siquiera había avisado a sus familiares más próximos. En este contexto, es obvio que los servicios sanitarios no están llamados a suplir la diligencia de los pacientes en cuanto a la demanda de intervención médica.

Quizás el hecho de no vivir acompañado pudo influir en que la percepción del avance de la patología se postergara a estadios en los que ya se había tornado irreversible o grave, pero de ello no cabe responsabilizar al sistema sanitario público.

En definitiva, de los informes obrantes en el expediente no se acredita infracción alguna de la *lex artis ad hoc*, revelándose que el fallecimiento fue causado por un fracaso renal agudo en posible relación a sepsis sin filiarse su origen, y que la patología que le fue diagnosticada (estenosis uretral) carecía de clínica que demandara una intervención de urgencia, apreciándose que la actuación sanitaria fue ajustada a la demanda asistencial en cada momento y a los protocolos médicos aplicables, resultando conforme a la *lex artis ad hoc*.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.