

Dictamen Núm. 241/2025

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 22 de diciembre de 2025, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 1 de agosto de 2025 -registrada de entrada el día 11 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños provocados por una infección con patógenos resistentes que deriva en una penectomía.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. El día 2 de enero de 2025, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a la Consejería de Salud, por los perjuicios derivados del defectuoso abordaje de unas infecciones que, entiende, podrían haber remitido con el tratamiento adecuado y que le causaron unas secuelas que eran evitables.

Expone que es remitido desde Atención Primaria al Servicio de Urología del Hospital, el 5 de agosto de 2022, por dolor testicular y bultoma en

región testicular derecha de una semana de evolución. Allí es diagnosticado de orquiepididimitis aguda y tratado, de forma empírica, con antibiótico, que se ajusta tras los resultados de los cultivos que muestran la presencia de *Escherichia coli*; el día 24 realiza una ecografía -con hallazgos sugestivos de funículo orquiepididimitis derecha y piocele- y el día 25 del mismo mes ingresa con el diagnóstico confirmado, siendo dado de alta el día 31 de agosto. Aclara que, en el nuevo ingreso en el Servicio de Urología el 27 de septiembre de 2022 “por aumento del tamaño escrotal y drenaje espontáneo de la base del pene (...) se coloca drenaje (...) que es poco efectivo (...) se decide intervención quirúrgica con evidencia de tejido desvitalizado de consistencia flemonosa que se desbrida realizando cierre primario. Salida de abundante material purulento, se aísla germen anaerobio poco frecuente (...) para lo que se inicia tratamiento antibiótico dirigido con el diagnóstico de colección en la base del pene que se trata con medidas sintomáticas y Augmentine”. Revela que el cultivo del exudado de la herida quirúrgica, realizado el mismo día del ingreso, “evidencia la existencia de *Fingoldia magna*, anaerobio poco frecuente en este tipo de exudados”. Afirma que, en la revisión del 2 de octubre, se considera que la herida evoluciona mejor, con “pene edematoso”, y que el cultivo bacteriológico del día 4 del mismo mes “demuestra microbiota comensal de la piel, en cultivo bacteriológico anaerobio no se obtiene crecimiento”, mientras que, a los pocos días -el día 27-, “el exudado de herida quirúrgica detecta en el cultivo *Escheriachacili (sic)* resistente a ciprofloxacino y a Septrin” (referido a *Escherichia coli*).

Señala que, en consultas externas del Servicio de Urología, “se valora un pequeño orificio en base del pene que drena (...) líquido seropurulento”, por lo que se reinicia tratamiento con Augmentine, y que los cultivos, además de *E. coli*, muestran *Enterobacter cloacae* resistente a la amoxicilina-clavulánico y a la cefuroxima. Explica que ingresa de nuevo el día 24 de noviembre debido a la “mala evolución de herida quirúrgica”, pautándosele tratamiento antibiótico adaptado y la retirada de la sonda, e indica, asimismo, que “la interconsulta de Endocrinología hace referencia a prediabetes que en el contexto de una infección

urológica no termina de curarse en los tres o cuatro últimos meses desarrollando hiperglucemia de estrés durante este tiempo”. Se solicita una interconsulta con Cirugía Plástica, en relación con el cierre de la herida y se obtiene el “mismo diagnóstico de herida complicada en base del pene con (tratamiento) antibiótico y sintomático (Augmentine)”. En el informe del 23 de enero de 2023 se hace referencia a “interconsultas con Cirugía Plástica y con infecciosas, dejando control de las heridas por parte del centro de salud” y menciona que “se toma exudado de úlcera cutánea” el día 3 de febrero de 2023 “que muestra microbiota mixta” con comunidad bacteriana diversa y que, cuatro días más tarde, el día 7 “acude al Servicio de Urgencias” del Hospital “por drenaje de piocele derecho con mala evolución de herida, empieza a orinar por la herida del pene”, se le coloca una sonda, procediéndose a la cura y al “alta para completar estudios de manera ambulatoria con el diagnóstico de fístula uretral”. Posteriormente, los días 13 de febrero y 23 de marzo, es valorado por los Servicios de Cirugía Plástica y de Urología, que aprecian un empeoramiento del estado del pene, con “infección activa”, que se trata con Augmentine, refiriendo que, en el control realizado el día 10 de marzo, “la mejoría de la inflamación con el tratamiento antibiótico y antiinflamatorio es muy leve (...). Se solicita la realización de prueba de imagen”. El día 23 del mismo mes se le realiza “estudio de RNM de pelvis centrado en pene por fístula uretral a escroto sin entender el motivo del dolor”.

Detalla que el 21 de abril de 2023 se realiza un nuevo cultivo que detecta *Escherichia coli* resistente a amoxicilina-clavulánico, ampicilina, norfloxacin, ciprofloxacino y Septrin y que el día 29 del mes siguiente, “previo a cirugía de uretroplastia, cultivo preoperatorio negativo, cultivo de orina con resultados señalados, exudado uretral y absceso genital con actinomyces sensible a penicilina, gentamicina y ceftriaxona”, ingresando el día 30 de mayo para uretroplastia en el Servicio de Urología del Hospital Incluye la descripción del tratamiento quirúrgico que “es un paciente de 57 años con estenosis de uretra a quien se ofrece intervención quirúrgica mediante uretroplastia con injerto de mucosa oral. La piel del pene demuestra mucho hematoma contenido y alguna

zona de tejido necrótico y en el quirófano se objetiva necrosis húmeda de toda la circunferencia del cuerpo del pene. Tras desbridamiento por parte de Urología se objetiva tejidos profundos con mal aspecto por lo que realizan penectomía con evolución clínica favorable”, causando el alta con tratamiento antibiótico y analgésico el día 15 de junio de 2023.

Expone que hubo de ser derivado a consulta de Psicología Clínica por trastorno adaptativo, estando sometido a tratamiento psicoterapéutico del que es dado de alta en mayo de 2024. Añade que, tras agotar el período máximo de incapacidad laboral temporal, obtiene el reconocimiento de incapacidad permanente absoluta.

Afirma que, “como consecuencia de la falta de atención al paciente por parte de los facultativos de la sanidad pública a los que acuden reiteradas ocasiones por padecer infecciones de larga evolución”, se ha producido el avance de la infección, “siendo las secuelas que actualmente padece absolutamente evitables” y “consecuencia directa de la falta de realización de pruebas y consiguiente tratamiento de su proceso infeccioso por parte de los facultativos del Servicio de Urología”. Así, objeta la tardanza entre la consulta y la realización de un cultivo de orina entre los días 5 y 26 de agosto de 2022, la falta de realización de una orquiectomía derecha, la dispensa de tratamiento ineficaz -a la vista del resultado- en el abordaje de los sucesivos cuadros infecciosos, la no realización de un estudio de anatomía patológica de los tejidos y la descompensación de una diabetes incipiente o de una hiperglucemia, que vincula al mal control del cuadro infeccioso.

Fija el *quantum* indemnizatorio en doscientos setenta y ocho mil noventa y nueve euros con cuarenta y un céntimos (278.099,41 €).

Señala que, a efectos probatorios, se aporta un informe médico del Servicio de Urología y la Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social por la que se le concede la incapacidad permanente absoluta, documentos que no figuran junto a la reclamación presentada.

2. Mediante oficio de 27 de enero de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, el nombramiento de instructora y su régimen de recusación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y el sentido del silencio administrativo, requiriéndole para que aporte la documentación mencionada que no fue anexada al escrito de iniciación del procedimiento.

3. El 6 de febrero de 2025 el reclamante aporta documentación clínica y la Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social por la que se le concede una pensión por incapacidad permanente en el grado de absoluta para todo trabajo, con fecha 27 de marzo de 2024.

El informe clínico de alta del Servicio de Urología del Hospital señala, como motivo de ingreso el día 30 de mayo de 2023, "cirugía programada: uretroplastia" y refleja, como antecedentes urológicos: "drenaje de piocele derecho (25-08-2022) secundario a orquiepididimitis./ Desbridamiento de tejido desvitalizado de consistencia flemonosa en cuerpo esponjoso (29-09-2022)./ Cultivo orina 21-04-2023: *E. Coli* sensible cefuroxima, piperacilina/tazobactam, cefotaxima, fosfomicina, gentamicina, tobramicina./ Exudado uretral y absceso genital 21-04-2023: *Actinomyces odontolyticus*, sensible a penicilina, gentamicina y ceftriaxona". En el resumen de pruebas complementarias previas al ingreso, recoge una cistografía el 23 de febrero de 2023; una resonancia magnética de periné, escroto y pene el 23 de marzo; el cultivo preoperatorio (negativo) y las pruebas antedichas del 21 de abril de 2023. Al momento del ingreso, menciona "cultivo con sonda el día 30 de mayo (flora mixta)./ Cultivo 31-05-2023 tejidos necróticos pene (*E. Coli* sensible a pipetazo, cefuroxima, cefotaxima, genta y tobramicina. *Enterobacter cloacae* sensible a pipetazo, cefepima, imipenem, meropenem, ciprofloxacino, Septrin, genta y tobra".

En el apartado de "evolución y comentarios", se deja constancia de que el paciente "ingresa para realización de uretroplastia con injerto de mucosa oral,

pero en la intervención se evidencia que es un proceso complejo (31-05-2023) que precisa desbridamiento de tejido necrótico infectado de ambos cuerpos cavernosos + orquiectomía derecha (teste abierto infectado con salida de pulpa) + uretostomía perineal + reconstrucción peno-escrotal. Drenaje escrotal./ El 04-06-2023 se revisa la herida perineal bien y escroto bien. La piel del pene con mucho hematoma contenido y alguna zona necrótica para seguir vigilando. El 06-06-2023 se solicita una interconsulta a Cirugía Plástica y se decide, conjuntamente, desbridamiento de tejido necrótico del pene por su parte. En el quirófano se objetiva necrosis húmeda de toda la circunferencia del cuerpo del pene. Tras desbridamiento por parte de Urología”, se aprecian tejidos profundos con mal aspecto, “por lo que realizan penectomía (08-06-2023)./ Evolución clínica favorable, alta de manera consensuada”. Como “diagnóstico principal”, figura estenosis uretral y, como “otros diagnósticos”, fístula uretral y tejido necrótico. Seguidamente, aparece incorporado el informe de cuidados de Enfermería de 15 de junio de 2023 con recomendaciones para el cuidado de la herida, reflejando que la retirada de los puntos de sutura se llevará a cabo en el centro de salud, “aproximadamente a los 12-15 días”.

4. Previa petición formulada por la Instructora del procedimiento, el 17 de marzo de 2025, la responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos del Área Sanitaria IV, le remite una copia de la historia clínica del paciente junto con la documentación adicional solicitada.

Constan firmados los documentos de consentimiento informado para la uretroplastia y para el acto anestésico; distintas pruebas radiológicas (con informes del 24 de agosto, del 14 de noviembre y del 7 de diciembre de 2022 y del 23 de marzo de 2023) y los informes de los servicios del Hospital

El informe suscrito por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urología, tras explicar el curso de la asistencia prestada y de la evolución clínica del paciente, concluye que, “tanto los procedimientos que se realizaron en Urología como los tiempos en los que se llevaron a cabo, fueron en todo momento adecuados y acordes a los hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos

que se encontraron. Las intervenciones se realizaron tras una cobertura antibiótica necesaria y específica de los agentes infecciosos detectados. Además, las técnicas que se indicaron fueron ajustadas a la patología encontrada durante las cirugías realizadas, sin retraso ni complicaciones en las mismas, con secuelas producidas por la propia enfermedad y que fueron controladas gracias a los tratamientos aplicados”.

El informe del Jefe de Servicio de Cirugía Plástica refiere un primer contacto por solicitud de interconsulta el 15 de diciembre de 2022 y relata la ulterior intervención del Servicio, hasta que “es requerido al quirófano de Urología para valorar la herida del paciente”, constando anotado que “acudimos a quirófano, se objetiva necrosis húmeda de toda la circunferencia del cuerpo del pene. Tras desbridamiento por parte de Urología”, se advierten tejidos profundos con mal aspecto, “por lo que realizan penectomía”. Concluye que ese Servicio ha sido requerido de forma complementaria para tratar la herida del paciente, visto en tiempo y forma, y añade que “se ha colaborado para intentar aportar cobertura cutánea, lo que no ha sido posible por las circunstancias desfavorables de la herida”.

Los resultados microbiológicos del proceso obtenidos por el Laboratorio de Medicina del Servicio de Microbiología aportados por el Director del Área de Gestión Clínica, señalan con fecha de 5 de agosto de 2022 un diagnóstico de epididimitis, microbiota normal de la zona genital, descartando infecciones de transmisión sexual, e indican el aislamiento mediante urinocultivos de *Klebsiella oxytoca* resistente a la ampicilina/amoxicilina y *Staphylococcus aureus*. La extracción de 24 de agosto de 2022 permite aislar *Escherichia coli* resistente a norfloxacino, ciprofloxacina y trimetoprim-sulfametoxazol. Consta diagnóstico de orquiepididimitis. Se repite la toma de muestra al día siguiente con el mismo resultado; día en que se practica un drenaje de absceso escrotal con aislamiento de *Escherichia coli* resistente a ciprofloxacina y a trimetoprim-sulfametoxazol, reflejando que no se obtiene crecimiento de cultivo bacteriológico anaerobio, así como un exudado nasofaríngeo sin detección de virus. El 16 de septiembre de 2022 se realiza un exudado de la herida quirúrgica con diagnóstico de infección,

indicando "microbiota comensal de la piel"; el mismo resultado se obtiene el día 27 de septiembre, momento en que se aíslan "cocos gran positivos en racimos" y *Fingoldia magna*, repitiéndose la prueba y el resultado unas trece horas después. En el exudado del día 4 de octubre, se indica como resultado de la tinción de Gram "abundantes PMN./ Ausencia de células epiteliales./ Muestra representativa./ No se observan microorganismos", microbiota comensal de la piel y, como resultado del cultivo bacteriológico anaerobio, "no se obtiene crecimiento". El día 27 del mismo mes el exudado de la herida quirúrgica permite aislar *Escherichia coli* resistente a ciprofloxacina y a trimetoprim-sulfametoxazol. El día 16 de noviembre se realiza un urinocultivo con cribado negativo. El exudado de la herida quirúrgica de esa fecha aísla *Escherichia coli* resistente a ciprofloxacina y a trimetoprim-sulfametoxazol, *Enterobacter cloacae complex* resistente a ampicilina/amoxicilina, amoxicilina-clavulánico y cefuroxima. El 24 de noviembre de 2022 una muestra de orina permite detectar hongo levaduriforme y *Candida glabrata*, llevándose a cabo exudado de herida quirúrgica. Una muestra de sangre tomada el 28 de noviembre descarta la presencia del antígeno-B-D-Glucano. El 9 de diciembre de 2022 un exudado de herida quirúrgica detecta microbiota mixta grampositiva y gramnegativa, anotándose que "el elevado número de microorganismos aislados no permite asignar un papel patógeno a ninguno de los aislados, que parecen representar colonización o contaminación, recomendando lavado profundo de la herida y envío de una nueva muestra". Un cultivo del 13 de diciembre alcanza el mismo resultado, anotando el Servicio la misma recomendación. El 3 de febrero de 2023 un exudado de úlcera cutánea identifica microbiota mixta grampositiva y gramnegativa, sin otras anotaciones. El 21 de abril de 2023 se realizan varias pruebas: un exudado uretral que aísla *Actinomyces odontolyucus*; un urinocultivo que halla *Escherichia coli* resistente a ampicilina/amoxicilina, amoxicilina-clavulánico, norfloxacina, ciprofloxacina y a trimetoprim-sulfametoxazol y un análisis de una muestra del absceso genital, que aprecia *Actinomyces odontolyucus* resistente a metronidazol, además de leucocitos polimorfos nucleares y bacilos gran positivos. El 25 de mayo, el resultado del urinocultivo es

negativo, mostrando el día 30 "flora mixta. Microbiota periuretral habitual". El 31 de mayo se analiza una muestra de la biopsia realizada, mostrando la presencia de *Escherichia coli* -resistente a ampicilina/amoxicilina, amoxicilina-clavulánico, ciprofloxacina y a trimetoprim-sulfametoxazol- y *Enterobacter cloacae* -resistente a ampicilina/amoxicilina, amoxicilina-clavulánico y cefuroxima-.

En la Historia Millennium, figura anotado el 17 de agosto de 2022: "epididimitis-derecho/a dolor testicular D. Con nódulo desde hace 1 mes. Con dtco. de orquiepididimitis. Se puso (tratamiento) con AINE. Se pidió eco preferente (aun sin recibir cita). Visto en Urg. (8 de ag.). Pidieron cita a (Urología), le citaron para enero-23), a (tratamiento) ambulatoria preferente, Atención Primaria"; en la interconsulta de Urología de 24 de agosto de 2022 se indica "Urgencias Generales, Prioridad: urgente, Motivo: desde hace 1 mes testículo derecho aumentado de tamaño indurado y doloroso sin mejoría a pesar de tratamiento antibiótico e inflamatorio".

En las páginas 73 y 74 de este documento (CD folio 37) figuran interconsultas de seguimiento del Servicio de Salud Mental, solicitado por el Servicio de Urología, con fechas de 2, 5, 9 y 13 de junio de 2023, reflejando "paciente requiere seguimiento de interconsulta". En la nota de la interconsulta de 2 de junio, se ruega valoración con prioridad preferente por sospecha de depresión reactiva. En la página 158, se deja constancia de la interconsulta del día 13 de junio en la que se indica "al paciente que si se produce empeoramiento del estado emocional acudiré" a su médico de Atención Primaria.

5. A continuación, obra incorporado al expediente un informe pericial elaborado el 5 de junio de 2025, a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, por un especialista en Urología. En él, tras un pormenorizado análisis del proceso asistencial y de las patologías presentadas, concluye que "la atención médica recibida por el paciente fue conforme a los estándares de la buena práctica clínica, adaptándose a la compleja evolución del cuadro infeccioso y a las complicaciones que fueron surgiendo. El desenlace final, aunque trágico, se enmarca dentro de las posibles evoluciones desfavorables de

este tipo de patologías, exacerbadas por la aparición de microorganismos de elevada agresividad y multirresistentes”. También señala que “no se identifica ninguna actuación negligente o fuera de los protocolos establecidos que haya llevado directamente a este desenlace”, advirtiendo de que se trataba de un cuadro que incluía riesgo vital y que “las complicaciones sufridas por el paciente, como la formación de abscesos recurrentes, fístulas y, finalmente, la necrosis, son riesgos inherentes a la gravedad y cronicidad de las infecciones pélvicas y perineales, especialmente cuando se presentan patógenos atípicos o multirresistentes”.

6. Mediante oficio notificado al reclamante el día 24 de junio de 2025, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El día 10 de julio de 2025, el interesado presenta un escrito de alegaciones en el que reitera sus pretensiones, así como sus objeciones al tratamiento y atención dispensadas, y afirma que los informes aportados al expediente “reconocen la gravedad de la infección y obvian mencionar el largo período de desatención”, insistiendo en el lapso de tiempo entre la primera asistencia hospitalaria y el cultivo de orina inicial.

7. Con fecha 14 de julio de 2025, la Instructora suscribe una propuesta de resolución, en sentido desestimatorio, por considerar la actuación sanitaria conforme a la *lex artis ad hoc* y, explica que, de acuerdo con lo aportado en los distintos informes incorporados al expediente, la asistencia prestada fue adaptándose a la evolución del cuadro infeccioso y a las sucesivas complicaciones surgidas.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de agosto de 2025, 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, 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), 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, como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

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 este expediente, la reclamación se presenta con fecha 2 de enero de 2025 y en ella se expresa que el paciente ha estado sometido a tratamiento psicoterapéutico hasta “mayo de 2024”, circunstancia que permite apreciar que la reclamación ha sido presentada dentro del plazo legal.

No obstante, podemos constatar que el reclamante no aporta el informe de alta, ni ningún documento que acredite esa atención psicológica o psiquiátrica, posterior al informe de alta de la intervención quirúrgica de fecha 15 de junio de 2023 o a los últimos cuidados de enfermería de 20 de junio de 2023, que sí constan en la historia clínica. Con todo, la Administración no invoca, en su propuesta de resolución, la prescripción, ni tampoco ha incorporado al expediente administrativo la historia clínica de Atención Primaria ni la de Salud Mental, por lo que debemos entender que tal actividad clínica se ha desarrollado según manifiesta el paciente en su escrito de reclamación “por parte de su MAP y centro de salud (...) fue derivado a consulta de psicología clínica por trastorno adaptativo tras penectomía”. Lo que guarda coherencia con el hecho de que, tal y como consta en la historia clínica, durante su hospitalización fue seguido por el Servicio de Salud Mental -interconsulta-, los días 2, 5, 9 y 13 de junio, Servicio que hace constar en la anotación del curso clínico correspondiente con el alta hospitalaria que “si no podemos volver a verle antes de que reciba el alta le indicamos al paciente que si se produce empeoramiento del estado emocional acudirá a su MAP”. Lo que, en suma, nos lleva a concluir que la reclamación se ha presentado en tiempo.

Al hilo de esta consideración, debemos recordar lo que hemos indicado recientemente (Dictamen Núm. 91/2025) acerca de que, en la instrucción administrativa, corresponde a la Administración -en virtud del principio de investigación de oficio (artículo 75.1 de la LPAC)- identificar los hechos que deban ser probados, para luego determinar la pertinencia e idoneidad de los medios probatorios que se pretenden hacer valer en el procedimiento, lo que en un expediente de responsabilidad patrimonial sanitaria exige determinar el momento en que se produce la curación o la determinación de las secuelas. En este caso, el silencio de la Administración advertido -sobre la falta de un

documento que acredite el alta del tratamiento psicológico- solo puede explicarse en términos jurídicos como aceptación de lo manifestado en el escrito de reclamación sobre ese extremo, máxime cuando aquella atención fue dispensada por el propio servicio público de salud.

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 resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC, lo que no es óbice para su adopción, a tenor de lo previsto en los artículos 21 y 24.3, letra b) de dicha 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 “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 aquellos, 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 concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) que la acción se ejercite en plazo; b) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; c) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos y d) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que el interesado solicita una indemnización por los daños provocados por una infección con patógenos resistentes que deriva en una penectomía.

Queda acreditado, a la luz de la documentación incorporada al expediente, que el interesado sufrió una orquiepididimitis de origen infeccioso y evolución tórpida que, finalmente, requirió realizar una penectomía. Asimismo,

se evidencia la intervención, en el tratamiento dispensado, por los Servicios de Urgencias, de Urología y de Cirugía Plástica en el periodo comprendido entre agosto de 2022 y junio de 2023 y, posteriormente, por el Servicio de Salud Mental hasta mayo de 2024. Resulta claro, por tanto, que el reclamante ha experimentado un daño derivado del proceso patológico sufrido.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica, automáticamente, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el interesado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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, directamente, 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 poder 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 un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean, por sí mismos, causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña, *per se*, una vulneración de la *lex artis*.

Debe tenerse asimismo presente que, a la luz del resultado o de la evolución de la sintomatología, puede hacerse una lectura diferente sobre el diagnóstico alcanzado en primer término, sin que ello deba influir en la valoración de una supuesta mala praxis si aquel resultaba adecuado en consideración a los síntomas dados al emitirse, resultando razonable.

También es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 146/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación, cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado, de forma directa e inmediata, los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre el tratamiento dispensado u omitido y el resultado dañoso.

En el presente caso, el reclamante imputa al servicio de salud un seguimiento y tratamiento de la infección inadecuados y concreta su reproche en que no se le realizaron las pruebas precisas o que su práctica se demoró injustificadamente. La reclamación concluye que “ello provocó que el proceso (...) evolucionara de forma desfavorable ante la falta de tratamiento hasta el estado en que se procede a la intervención quirúrgica de penectomía, causándole unas graves secuelas irreversibles que se podían haber evitado si se hubiera mantenido la diligencia necesaria por parte de los profesionales que le realizan el seguimiento”. Sin embargo, tales afirmaciones se hacen sin apoyo de prueba pericial alguna que pueda confrontarse con los informes incorporados por los servicios médicos que atendieron al paciente y con el informe pericial aportado por la compañía aseguradora de la Administración, estimando todos ellos que el proceso asistencial se desarrolló de acuerdo con la *lex artis*.

El paciente se enfrentó a una patología infecciosa de muy difícil manejo que se prolongó durante casi un año y que presentó una evolución clínica mala. Por eso, resulta imprescindible examinar la actuación sanitaria desplegada por el servicio de salud en cada uno de los episodios asistenciales, para analizar si esta fue la indicada en cada uno de ellos.

La primera asistencia se la presta el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias el día 5 de agosto de 2022, constando en el informe de alta (CD folio 37, Historia Millennium, págs. 310 y 311) la exploración al paciente, al que se le hacen las siguientes pruebas: análisis de sangre, orina, urinocultivo y exudado uretral, se le pauta tratamiento antibiótico y seguimiento por su médico de atención primaria. Pese a lo que se afirma, tanto en el escrito de reclamación como en las alegaciones, sí se practica un urinocultivo cuyos resultados bacteriológicos (*Klebsiella oxytoca* y *Staphylococcus aureus*) no establecen resistencia para el antibiótico pautado -ciprofloxacino- (CD folio 37, informe laboratorio, pág. 3).

El día 24 de agosto de 2022 acude a Urgencias por dolor testicular; además de la exploración, se le hace una ecografía e ingresa en el Servicio de Urología, y consta que se le realiza un análisis de sangre y un urinocultivo; se le

practica de urgencia un drenaje quirúrgico de absceso escrotal derecho y se biopsia el tejido extraído. Los días posteriores a la cirugía, en los que permanece ingresado, se repiten la ecografía y los cultivos y, ante los resultados, se ajusta el tratamiento antibiótico. El paciente presenta buena evolución y se le da el alta hospitalaria el 31 de agosto de 2022 (CD folio 37, Historia Millennium, págs. 221 a 227; 307 y 308).

El día 27 de septiembre de 2022, ingresa nuevamente en el Servicio de Urología procedente del Servicio de Urgencias y, además de las pruebas de seguimiento, el día 29 se le practica de urgencia un desbridamiento de tejido desvitalizado y un cultivo de drenajes y de secreción. Ante los nuevos hallazgos bacteriológicos (*Fingoldia magna*), se ajusta el tratamiento antibiótico de acuerdo con las recomendaciones del Servicio de Microbiología, evoluciona favorablemente y se le da el alta el 10 de octubre de 2022 (CD folio 37, Historia Millennium, págs. 208 a 220).

El 27 de octubre de 2022, en una de las curas programadas, es derivado desde el centro de salud al hospital, donde, ante la persistencia de la dehiscencia y el exudado, la enfermera que le atiende recoge el exudado y consulta con el médico, quien solicita una ecografía (CD folio 37, Historia Millennium, pág. 261). La ecografía realizada se informa el 14 de noviembre de 2022 (CD folio 37, Radiología, informe EOS (2)) y señala una probable "etiología inflamatoria/infecciosa en evolución, no identificándose en el momento actual colecciones. Estos cambios condicionan ligera deformidad del teste derecho que, sin embargo, muestra una ecogenicidad y vascularización dentro de la normalidad sin lesiones focales en su parénquima".

El 24 de noviembre de 2022, acude a la consulta de Urología y, ante la mala evolución de la herida, se decide su ingreso durante el que se le realizan analíticas de sangre de seguimiento, exudados de la herida, B-D Glucano (marcador para detectar determinadas infecciones) con resultado negativo y una TC pélvica en la que se aprecia edema escrotal sin signos de fístula. Intervienen, además del Servicio de Urología, los Servicios de Medicina Interna y de Endocrinología, para el seguimiento de una hiperglucemia que es controlada con

la dieta y el de Cirugía Plástica, que recomienda la continuación de las curas, y se ajusta el tratamiento antibiótico y analgésico según los resultados de las pruebas. Como evoluciona favorablemente se le da el alta el 22 de diciembre de 2022, pautando seguimiento y curas (CD folio 37, Historia Millennium, págs. 178 a 206).

El 7 de febrero acude a Urgencias por la mala evolución de la herida en la base del pene, allí se le hace una exploración física que es normal, analítica de sangre, se le coloca sonda vesical y se solicita cistografía (CD folio 37, Historia Millennium, pág. 179).

Posteriormente, el día 13 del mismo mes acude a la consulta de Cirugía Plástica, donde, como consecuencia del dolor que le causan las curas, se decide esperar al resultado de las pruebas antes de tomar una decisión. El 23 de marzo se realiza cistografía y resonancia magnética, en la primera se aprecia una fuga de líquido a nivel penoescrotal, por lo que se plantea tratamiento antiinflamatorio previo a la corrección; en la segunda se aprecian ciertas alteraciones en el teste derecho, si bien en el informe de Radiología se señala -en el apartado de diagnóstico- "no se identifican alteraciones significativas en el pene" (CD folio 37, informe de Urología, informe de Cirugía Plástica, Radiología: informe EOS).

El 29 de mayo de 2023 ingresa para intervención quirúrgica, que se practica el 31 de mayo, en la que se hace desbridamiento escrotal, limpieza del área y se analizan muestras de tejidos que descartan malignidad. El posoperatorio se desarrolla con normalidad, si bien en el curso clínico de hospitalización, el 6 de junio de 2023 el médico señala que el dolor persistente en el pene "impresiona que siga habiendo actividad inflamatoria", se continúa con el tratamiento antibiótico, se programa la retirada de piel y se indica expresamente que "si no evoluciona favorablemente hacer penectomía". Finalmente, en la intervención -que se realiza el 8 de junio- se aprecia que "los tejidos del pene están infectados" y se lleva a cabo la penectomía. Presenta buena evolución, en la anotación correspondiente al día 13 de junio consta que está "controlado por Salud Mental" y que "prefiere retrasar algún día el alta",

que finalmente se le da el 15 de junio, con tratamiento antibiótico, control por Andrología y curas en Enfermería (CD folio 37, Historia Millennium, págs. 158 a 178). Finaliza así el curso asistencial sobre el que reclama, sin perjuicio de la continuación del tratamiento psicológico, que se prolonga hasta mayo de 2024 según refiere el propio paciente, manifestación sobre la que la Administración sanitaria no hace indicación alguna y, por tanto, acepta, en los términos que hemos razonado en la consideración tercera.

Así las cosas, la sola enumeración de todas las asistencias prestadas al reclamante durante el proceso patológico que tuvo que enfrentar, demuestran los esfuerzos, tanto diagnósticos como terapéuticos, que llevó a cabo el servicio público de salud (con la intervención coordinada de los Servicios de Urología, de Cirugía Plástica, de Endocrinología y de Medicina Interna), para controlar el pertinaz proceso infeccioso. Se acredita que se le hicieron, en todo momento, las pruebas que el equipo técnico juzgó adecuadas para detectar los agentes infecciosos e ir adaptando el tratamiento a los resultados que estas iban arrojando, lo que rindió resultados positivos, puesto que a los cuadros de agravamiento le sucedieron mejorías puntuales que, desafortunadamente, no llegaron a consolidarse, haciéndose necesaria la penectomía.

Conclusión que advera el informe pericial incorporado a instancias de la compañía aseguradora del servicio de salud, que firma un especialista en Urología con amplia experiencia profesional, quien -tras hacer una exposición detallada de las complicaciones que, en abstracto, plantea el tratamiento de una orquiepididimitis como la que presentaba el paciente-, examina la actuación llevada a cabo por el servicio de salud, tanto desde el punto de vista del diagnóstico como del manejo de las complicaciones infecciosas. Expone, en síntesis, que la instauración de un tratamiento adecuado no impide que, en algunos casos, las infecciones cursen desfavorablemente y, en concreto, que el piocele es una "complicación conocida de la epididimitis y su manejo quirúrgico mediante drenaje es la conducta correcta ante esta situación". Sobre el ingreso de noviembre de 2022, señala que la detección de la *Candida glabrata* "evidencia una vigilancia activa de posibles infecciones fúngicas, comunes en pacientes con

tratamientos antibióticos prolongados o compromiso inmunológico” y afirma que el alta en diciembre “con cultivos negativos sugiere una resolución de la fase aguda de la infección en ese momento”. También considera que el tratamiento ante la aparición de la fístula uretral, en febrero de 2023, fue el correcto ante una complicación grave “pero también reconocida, de procesos infecciosos y quirúrgicos previos en la zona”. El perito especialista afirma que la progresión severa de la infección no es debida al manejo clínico del paciente, “sino a la creciente problemática global de las resistencias antibióticas, especialmente en infecciones crónicas o recurrentes”. El informe concluye que la asistencia sanitaria prestada fue escalonada y se fue adaptando a las circunstancias que iba presentando el paciente -tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, en el manejo quirúrgico cuando fue necesario, en el seguimiento de las complicaciones, así como en la adaptación a la resistencia antibiótica- procurando en todo momento redirigir el tratamiento; que “la atención médica recibida por el paciente fue conforme a los estándares de la buena práctica clínica, adaptándose a la compleja evolución del cuadro infeccioso y a las complicaciones fueron surgiendo” y que “el desenlace final, aunque trágico, se enmarca dentro de las posibles evoluciones desfavorables de este tipo de patologías, exacerbadas por la aparición de microorganismos de elevada agresividad y multirresistentes”.

En suma, a falta de otras pruebas periciales que puedan discutir las conclusiones expuestas, no pueden acogerse los reproches enunciados en la reclamación. Por desgracia, y a pesar de todo lo actuado, la infección multirresistente se extendió a los tejidos profundos, lo que derivó en que fuera necesario practicar la penectomía; pero de ello, a la luz de las pruebas que obran en el expediente, no puede deducirse una mala praxis que funde la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Se ha acreditado que el servicio de salud empleó todos los medios a su alcance y que, particularmente, hizo todas las pruebas diagnósticas indicadas y adaptó el tratamiento farmacológico y quirúrgico a los resultados que aquellas iban arrojando en cada momento.

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.