



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 69/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 20 de marzo de 2025, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 3 de julio de 2024, (COMINTER 141291) y documentación en disco compacto (CD) recibida en la sede de este Consejo el día 4 de julio de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_251), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- En fecha 27 de diciembre de 2017, D. X, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial, por los daños que dice haber sufrido por la muerte de su padre, el día 5 de enero de 2017, en el Hospital General Universitario "Santa Lucía" (HSL), en Cartagena.

Relata que, en la primera mitad del año 2016, a su padre se le efectuó una cura en el Hospital Reina Sofía (HRS) de Murcia en la que, al colocarle el tubito para que pudiese orinar en una bolsa, le desgarraron internamente el pene, lo que le produjo unos dolores enormes e hizo que cada vez le costara más andar hasta que prácticamente dejó de hacerlo.

A los pocos días de habersele dado el alta, vuelve a ser ingresado en el HRS, siendo objeto de más negligencias, así como de una falta de atención por parte del personal hospitalario.

Lo anterior ocurrió poco antes de que él fuese trasladado a la Residencia Los Almendros (Los Molinos Marfagones, Cartagena) para que pudiese recuperar el andar, medida que no contó con su autorización.

Ya en los Almendros, la falta de la debida atención médica por parte del personal de la residencia dio lugar a que se le gangrenase el pene, siendo trasladado de urgencia, el día 23 de diciembre, al HSL.

Al ser ingresado en el HSL, el personal médico que vio el estado del pene de su padre nada más ser ingresado en urgencias no dudó en comentarnos, a él y a mí, que “eso era denunciante”. Como resultado de la gravedad de su estado, no le quedó más remedio que autorizar que fuese operado, aun sabiendo que muy posiblemente la situación fuese ya irreversible o que, de no serlo, era muy probable que él no sobreviviese a la propia operación. El caso es que no logró superarla, porque su cuerpo estaba ya tan agotado después de haber sufrido diversas operaciones en los últimos años que sólo pudo aguantar unos días más con vida, falleciendo el 5 de enero del presente año.

En su opinión, si en la residencia Los Almendros no hubiesen dado lugar a que su pene llegase a semejante estado que no dejó otra opción que operarlo, su padre hubiera vivido más de lo que lo hizo.

Acompaña a su reclamación el libro de familia, certificado de fallecimiento de su padre, la Historia Clínica de la Residencia “Los Almendros” y diversos informes de la medicina pública.

Solicita una indemnización de 80.000 euros.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, por resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS) de 11 de enero de 2018, se ordena la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a comunicar al interesado la información prescrita por el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), al tiempo que recaba de la Gerencia de las Áreas de Salud concernidas y de la residencia “Los Almendros”, una copia de la historia clínica y el informe de los facultativos que prestaron la asistencia por la que se reclama.

TERCERO.- Incorporada al expediente la documentación solicitada, constan los siguientes informes:

1. Del Dr. Y, Adjunto del Servicio de Urología del HRS, que indica:

“Paciente de 78 años.

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas, no diabetes mellitus.

- Hipertensión arterial. Fibrilación auricular.

- Aneurisma de aorta intervenido en abril de 2015 realizándose by pass aórtico - aórtico con colocación de prótesis de Dacron .

-Intervenido de ulcus duodenal, eventroplastia y hernioplastia inguinal derecha, colecistectomía y coledocoduodenostomía.

-Accidentes isquémicos transitorios carotídeos de repetición hemisféricos derechos. Revascularizado en 2011 con angioplastia y stent carotídeo.

Historia urología:

Visto por primera vez en consultas externas de urología el 23 de mayo de 2007 por sintomatología del tracto urinario interior de características irritativas y PSA elevado (15,53 ng/ml). Se realizó biopsia de próstata el 19 de octubre de 2007 con resultado de adenocarcinoma de próstata Gleason 2+2. Con este diagnóstico el paciente fue sometido a prostatectomía radical el 28 de enero de 2008 con informe anatomopatológico de carcinoma de próstata Gleason 3+2 con márgenes quirúrgicos positivos e infiltración perineural.

En controles posteriores presentó elevación progresiva de PSA por lo que se realizó radioterapia de rescate siendo tratado lecho prostático y cadenas ganglionares pélvicas entre el 21 de enero y 11 de marzo de 2009 con una dosis total de 73,96 GY.

El paciente presentó desde la cirugía incontinencia urinaria de esfuerzo precisando utilizar absorbentes.

En julio de 2009 fue diagnosticado de esclerosis de cuello vesical por lo que comenzó programa de dilataciones uretrales periódicas en seguimiento posterior, tras progresiva elevación de PSA hasta 2,43 ng/ml en diciembre de 2012 se decidió, en sesión de Comité de tumores Urológicos, iniciar bloqueo hormonal con leuporelina semestral que se mantuvo hasta junio de 2015.

Desde el punto de vista urinario precisaba 1 absorbente al día y continuó con dilataciones uretrales periódicas.

En abril de 2015 fue intervenido de aneurisma de aorta realizado en Hospital Virgen Arrixaca precisando apertura de vejiga por imposibilidad de sondaje por vía uretral. En este periodo continuó con dilataciones uretrales manteniendo buen calibre uretral aunque con varios episodios de infección urinaria y de retención aguda de orina.

Posteriormente ante elevación progresiva de PSA se propuso realizar estudio de extensión que precisó retrasarse por ingreso hospitalario.

El 24 de julio de 2016 sufrió ingreso hospitalario por cuadro de dolor osteoarticular femoral, lumbar y caderas. Durante este ingreso se diagnosticó de fístula desde cuello vesical hacia sínfisis de pubis indicándose sonda vesical permanente. Fue dado de alta hospitalaria el 20 de septiembre de 2016 a centro de cuidados médicos, siendo remitido a consulta con estudio de extensión en el que se objetivó ausencia de recidivas locales ni metástasis a distancia de su adenocarcinoma de próstata (TC toraco abdomino- pélvico y gammagrafía ósea).

Última revisión en consulta externa de nuestro servicio el 15 de noviembre de 2016. Se indicó continuar con sonda vesical permanente con cambios periódicos debido al deterioro de su estado basal, siendo citado para nueva valoración con PSA en 3 meses.

Según consta en informe del Servicio de Medicina Infecciosa del Hospital Santa Lucía/Rossell de Cartagena fue ingresado el 25 de diciembre por cuadro de sepsis secundaria a gangrena de Fournier en pene. Preciso ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos y desbridamiento quirúrgico de piel peneana con amputación parcial de pene. Posteriormente el paciente presentó fallo multiorgánico siendo exitus el 5 de enero de 2017".

2. Del Dr. Z, Jefe de Sección de Urología del HSL, que indica:

"Paciente de 78 años de edad multipatológico con antecedentes de: HTA, fibrilación auricular desde el 2012, anticoagulación, aneurisma aórtico intervenido, AIT carotídeos de repetición y revascularización, angioplastia y Stent carotídeo, cirugía de cáncer de próstata realizada en 2008, radioterapia de rescate y tratamiento hormonal en 2009, múltiples infecciones del tracto urinario e ingreso los días anteriores a la atención en HUSL, en el Hospital Reina Sofía por fístula vesicouretral. Presentaba incontinencia urinaria y fecal desde la cirugía prostática.

Acude a Urgencias de este hospital el 23/12/16 derivado desde Residencia Los Almendros en la que está institucionalizado, presentando de una semana de evolución inflamación peneana y testicular, a la que se había practicado tratamiento antibiótico, curas locales, y lavados vesicales. Evolución tórpida con necrosis de las zonas descritas que impresiona de fascitis necrotizante en territorio perineal y peneano sospechoso de Gangrena de Fournier.

En el contexto de urgencia se realiza cirugía por el Servicio de Urología el 23/12/16 observando necrosis de prepucio hasta la raíz de pene con absceso de 10 cm y salida de material purulento. Se practica amputación peneana y desbridamiento de bordes quirúrgicos con colocación de drenajes en lecho quirúrgico. El cuadro clínico es compatible con Gangrena de Fournier.

Pasa a planta el 25/12/16 tras su pase por Reanimación Anestésica. Presenta deterioro de su estado general y es valorado por Medicina Interna en su estancia de planta, se deriva al enfermo el 27/12/16 a UCI para tratamiento y mejor control.

Tras tratamiento antibiótico (E.coli Blee en exudado) y medidas de soporte el 29/12/16 es dado de alta a planta de hospitalización convencional.

A las 24 horas del alta de UCI el paciente presenta deterioro de su estado general por lo que vuelve a ingresar en UCI.

Durante esta segunda estancia que se mantiene hasta el día 04/01/17, el paciente tiene un manifiesto deterioro de su estado general, no candidato a medidas extraordinarias, ventilación mecánica invasiva TCRR, drogas vasoactivas o RCP. Pasa el enfermo a cargo de Urología y Medicina Interna ante las comorbilidades del paciente.

El paciente fallece el día 05/01/17.

El informe anatomopatológico de la pieza remitida de cirugía practicada el 23/12/16 informa de: hallazgos histológicos compatibles con el diagnóstico clínico de Gangrena de Fournier (fascitis necrotizante)".

CUARTO.- También consta nota informativa emitida por "Residencia Los Almendros, S.L.", en los siguientes términos:

"P ... ingresó en nuestra Área Hospitalaria el 20 de septiembre de 2016 derivado del Hospital General Universitario Reina Sofía.

A su ingreso no lo acompañaba ningún familiar. El hospital nos dijo que habían hablado con su hijo Q, médico de profesión y que estaba de acuerdo en la derivación.

El 22 de septiembre apareció X, se le informó que la estancia era temporal en tanto se estabilizaba de su patología. Ese mismo día se entrevistó con la Trabajadora Social de nuestro Centro R, quien le explicó las condiciones de la plaza hospitalaria que ocupaba su padre, haciendo hincapié en la temporalidad de la misma. También se le informó de los servicios y prestaciones de Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), siendo necesario para acceder al sistema iniciar expediente de dependencia. Se le propone que aporte la documentación necesaria facilitándole el gestionar el expediente desde nuestro propio Centro, para buscar recurso adecuado o buscar apoyo al alta a domicilio. El 29 de septiembre contactamos con él por teléfono para incidir en toda la documentación necesaria para realizar el trámite.

X visitó a su padre pocas veces y en ningún momento dio queja alguna.

El Dr. S en dos ocasiones que el enfermo se encontraba estabilizado de su patología le comunicó que sería dado de alta y X se negó rotundamente a hacerse cargo de su padre. Se le ofreció nuevamente que hablase con la Trabajadora Social del Centro.

No volvió a hablar con ella hasta el 16 de diciembre, pero continuó sin aportar la documentación necesaria para iniciar expediente de dependencia.

El día 21 de diciembre se le llamó para informarle de la situación clínica de su padre, no vino a verle.

El 23 de diciembre de 2016 el Dr. S habló por teléfono con su hermano Q, médico y acordaron derivar a su padre P a la puerta de Urgencias del Hospital Santa Lucía.

Cuando se estaba preparando la documentación para el ingreso apareció X con un perro, le indicamos que con el perro no podía acompañar a su padre en la ambulancia a Urgencias del Hospital ni podría acceder al hospital. Le ofrecimos la posibilidad de dejar el perro en el Centro, mientras acompaña a su padre, pero se negó a ello. Tuvimos que buscar a una persona T ..., para que realizara el acompañamiento. Se adjunta documento acreditativo.

Dos días después del ingreso, llamaron del Hospital para preguntarnos si el enfermo tenía familiares y que le facilitáramos forma de contacto con ellos porque tenían que realizarle una intervención y no había aparecido nadie para interesarse por él.

Resulta curioso que X afirme que el personal médico de Urgencias le comunicase que "eso era denunciable" cuando no lo acompañó al ingreso y a los dos días todavía no había ido a visitarlo.

A finales de enero del pasado 2017 recibimos un requerimiento de V, que se adjunta, en el que solicitan el historial clínico de D. P. Se le prepara y el 8 de febrero pasa X a recogerlo, se adjunta justificante de la retirada.

De V no se volvió a tener noticias lo que nos hace suponer que no verían motivo de demanda.

Creemos que X ha falseado los hechos con un solo motivo, el de lucrarse económicamente".

QUINTO.- Solicitado, en fecha 9 de abril de 2018, el preceptivo informe de la Inspección Médica, ésta emite, en fecha 5 de marzo de 2024, informe con las siguientes conclusiones:

"1. El paciente de 78 años de edad presentaba antecedentes patológicos cardiológicos (Hipertensión Arterial, Fibrilación Auricular, Aneurisma de Aorta,) neurológicos (Accidentes Isquémicos Transitorios de repetición hemisféricos derechos), digestivos (Úlcera Duodenal intervenida) y Urológicos (Adenocarcinoma prostático diagnosticado desde 2007 con prostatectomía radical laparoscópica (2008) más radioterapia (2009), Retenciones Agudas Urinarias con dilataciones uretrales periódicas desde 2009-2016 (esclerosis cuello vesical) y 2016 y en seguimiento por S. de Urología, Infección tracto Urinario-2016-).

2. Había sido intervenido a lo largo de varios años quirúrgicamente mediante Prostatectomía Radical laparoscópica, colecistectomizado, coledoduodenostomía, úlcera duodenal, aneurisma de aorta, Herniorrafía Inguinal y umbilical. Presentando episodios de incontinencia urinaria y fecal de esfuerzo desde la cirugía prostática.

3. El paciente acudió (24-07-16) al Hospital General Universitario Reina Sofía, tras estar encamado 8 días por dolor en región femoral superior bilateral, región lumbar y caderas siendo tratado por el Servicio de Urología del citado centro (HGURS) donde se confirmó la existencia de Fistula en la cara anterior de la Uretra Prostática con extravasado de contraste a sínfisis púbica hasta celular subcutáneo, sin atravesar piel.

4. En informe clínico de fecha 07-09-16 se indica en el apartado enfermedad actual "fistula ... probablemente iatrogénica ...". Al alta el juicio diagnóstico es Fistula en el cuello vesical/uretra Prostática. En el informe de alta (20-09-16) por traslado a centro socio sanitario de cuidados medios ya no se indica esta como posible causa. La iatrogenia se identifica en el paciente, a través de algún tipo de alteración. La mal praxis, se identifica en el médico o el equipo de salud. Es su actuación la que es capaz de producir un daño en el paciente. Esto es, puede haber iatrogenia sin mal praxis, y mal praxis sin iatrogenia.

5. No se puede adjudicar la aparición de la fistula que presentaba el paciente a una mala técnica o aplicación de la misma o una mala praxis asistencial, más aún teniendo en cuenta la pluripatología que sufría el paciente y/o los tratamientos aplicados, correctos según la literatura científico médica y el consenso establecido, que pueden determinar complicaciones derivadas ya descritas en la bibliografía existe, y estar en la génesis o en el favorecimiento de la aparición de la fistula.

6. En el centro socio sanitario de cuidados medios, Residencia los Almendros, donde permaneció el paciente desde el 20-09-16 hasta el 23-12-16 (935 días) (SIC) se diagnosticaron los siguientes hitos clínicos durante dicho periodo: 11-11-16 (Insuficiencia Cardíaca Descompensada), 24-11-16 (Dolor región inguinal derecha), 02-12-16 (Insuficiencia respiratoria Aguda), 05-12-16 (Crisis de Broncoespasmo), 07-12-16 (Infección de Orina de Repetición) presente también los días 19, 20, 21, 22 de diciembre de 2016. El día 15-11-16 es visto en Servicio de Urología del HGURS en consultas externas, donde se aprecia en el paciente entre otras patologías de la existencia de derrame pleural derecho moderado importante y mínimo derrame pleural izquierdo y se describe al paciente como portador de sonda permanente (fistula UretroPubica).

En todos estos cuadros clínicos a luz de la documentación examinada, el paciente recibe atención médica, tratamiento y cuidados conforme con la práctica establecida.

7. El día 23-12-16 (el paciente venía recibiendo Levofloxacino 500 y lavados de sonda con Betadine) se ponen de manifiesto síntomas necróticos en la cara lateral del pene y los facultativos de la Residencia los Almendros deciden dada la situación de dicha zona anatómica derivar al centro sanitario Hospital General Universitario Santa Lucía (HGUSL) En dicho centro se diagnostica Gangrena de Fournier (CIE 608,83) y el paciente es intervenido el mismo día 23-12-16 (Desde las 21:20 horas hasta las 22:00 horas), cumpliéndose la adecuada praxis médica que establece la rápida actuación ante este cuadro clínico interviniéndose con cirugía abierta para proceder a la amputación del pene (CIE 64,3). En el procedimiento quirúrgico se aprecia necrosis del prepucio hasta raíz del pene en cara lateral izquierda asociado a un absceso de unos 10cm con salida de material purulento oscuro a la expresión. Tras estancia en planta de Urología, ante empeoramiento el paciente es ingresado, 27-12-16, en la Unidad de Cuidados Intensivos del HGUSL por sepsis presentando hipotensión y fibrilación auricular de rápida respuesta ventricular, cursando alta de la Unidad (UCI) y trasladado a planta de hospitalización del Servicio de Urología del HGUSL el día 29-12-16, tras los diagnósticos de: Gangrena de Fournier intervenida, Fracaso Renal Agudo y Fibrilación auricular con rápida respuesta ventricular.

8. El paciente es de nuevo ingresado por su deterioro general con impresión de gravedad el día 31-12-16 (00:00 horas) en UCI procedente de planta de hospitalización y cursa alta de UCI el día 04-01-17, tras la decisión de no aplicar medidas extraordinarias, para ser trasladado al Servicio de Enfermedades Infecciosas, Medicina Interna del HGUSL donde su situación terminal le conduce al exitus el día 05-01-17.

9. El día 03-01-17, el Servicio de Anatomía Patológica del HGUSL había confirmado en la pieza amputada hallazgos compatibles con el diagnóstico clínico de Gangrena de Fournier (fascitis necrotizante).

10. El diagnostico principal en el informe clínico de alta tras el exitus es: Sepsis Secundaria a Gangrena de Fournier intervenida y los diagnósticos asociados, Insuficiencia Renal Aguda, Anemia Normocítica Normocrómica, Hipertensión Arterial, Fibrilación Auricular Crónica, Aneurisma de Aorta AIT carotídeos, Úlcera duodenal intervenida y exitus letalis.

11. La Gangrena de Fournier que padecía el paciente se define como una fascitis necrotizante resultado de una infección poli microbiana rápidamente progresiva, con participación de aerobios y anaerobios. Es una enfermedad con una incidencia global de 1,6 casos/100.000 hombres-año, pero con una alta tasa de mortalidad, oscilando según las series más recientes, como media, entre el 20-30%, a pesar de la instauración del tratamiento adecuado. Hoy se considera que hasta en el 90% de los casos podría identificarse una causa clara desencadenante. De ellas, las más habituales son la patología perianal, las enfermedades genitourinarias y, por último, las lesiones cutáneas locales. En la gangrena de Fournier con frecuencia se han identificado factores predisponentes como alcoholismo crónico, trastornos sistémicos, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, neoplasias malignas, VIH, etc, y en algunas series se han relacionado con la mortalidad.

12. No puede determinarse o achacarse de forma apriorística, plena o absoluta la existencia de cuidados de higiene insuficientes o inadecuados como causa desencadenante de la Gangrena de Fournier, teniendo en cuenta que en el paciente concurrían algunos de los factores que la bibliografía y artículos médicos consideran que son

predisponentes o formulan grupos de riesgo susceptibles de padecerla por minoritaria que esta sea la probabilidad. La reacción ante la sospecha de Gangrena de Fournier en el paciente fue rápida y acorde con la necesidad de actuación inmediata ya que la necrosis puede alcanzar velocidades de progresión de hasta 2-3 cm/h.

13. La asistencia sanitaria prestada al paciente en los diferentes centros sanitarios agudos y de cuidados medios donde fue atendido es acorde con la buena praxis médica. Los cuidados higiénicos y generales recibidos, en la medida que pueden estar más o menos reflejados en la documentación clínica examinada no pueden sustentar la plena hipótesis de ser la causa de la tórpida evolución clínica que sufrió el paciente el que concurrían factores de riesgo y antecedentes que le hacían ser susceptible ante la posibilidad de necrosis”.

SEXTO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados, no consta que hayan formulado alegaciones.

SÉPTIMO.- En fecha 2 de julio de 2024, la instrucción formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, en particular, el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, ni su antijuridicidad.

En tal estado de tramitación, y una vez incorporado el preceptivo extracto de secretaría y un índice de documentos, se remite el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de dictamen, mediante comunicación interior del pasado 3 de julio de 2024.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, y 81.2 LPAC, y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.

I. . Habiendo reclamado el hijo del fallecido, no hay obstáculo alguno en reconocer dicha legitimación a éste para solicitar un resarcimiento económico por el dolor moral inherente a su condición familiar, conforme a conocidos criterios jurisprudenciales y doctrinales.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población con ocasión de cuya prestación se produjo el daño reclamado.

II. La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPAC, toda vez que se ha ejercitado el 27 de diciembre de 2017, antes del transcurso de un año desde el fallecimiento de su padre que se produce el día 5 de enero de 2017.

III. Se ha seguido el procedimiento previsto en la LPAC para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, sin que se observen carencias esenciales, obrando en el expediente el informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, la solicitud de informe a la Inspección Médica y el trámite de audiencia al interesado, que junto con la solicitud de este Dictamen constituyen los trámites preceptivos de este tipo de procedimientos.

No obstante, se ha sobrepasado en exceso el plazo máximo para resolver que establece el artículo 91.3 LPAC, transcurriendo seis años entre la solicitud de dictamen a la Inspección Médica y la emisión de este.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *“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”*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *“el derecho a la protección de la salud”*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y desarrollados por abundante jurisprudencia, pudiendo sintetizarse en los siguientes extremos:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en Dictamen 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2018, rec. n.º 1016/2016) que, *“frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituya la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento de l régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles”*.

La actuación del médico ha de regirse por la denominada *“lex artis ad hoc”*, o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 337/22, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la *“lex artis ad hoc”* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La *“lex artis”*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervinientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 LPAC, su principal apoyo probatorio habrá de ser el informe de la Inspección Médica, dadas las peculiares características que reúne y que pone de manifiesto la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 430/2014, de 9 de junio, al señalar en relación con el indicado informe que *“en la valoración conjunta de la prueba se han de ponderar sus consideraciones médicas y sus conclusiones como elementos de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para la decisión de la litis, considerando que su fuerza de convicción reside, además de en su motivación y coherencia, en la circunstancia de que la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes”*.

En esta misma línea, la STSJ Madrid, núm. 681/2021, de 10 de septiembre, sintetiza la doctrina jurisprudencial relativa a la exigencia y valoración de la prueba pericial médica en el proceso judicial en materia de responsabilidad patrimonial por defectuosa asistencia sanitaria y que, *mutatis mutandis*, puede hacerse extensiva al procedimiento administrativo:

“...es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados. En estos casos, los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado.

(...)

No obstante debemos de realizar también una consideración respecto a los informes elaborados por la Inspección Sanitaria; informes que contienen también una opinión de carácter técnico, obtenida extraprocesalmente, por lo que sus consideraciones deben ser ponderadas como un elemento de juicio más en la valoración conjunta de la prueba, debiéndose significar que los informes de los Inspectores Médicos son realizados por personal al servicio de las Administraciones Públicas, que en el ejercicio de su función actúan de acuerdo a los principios de imparcialidad y especialización reconocidos a los órganos de las Administraciones, y responden a una realidad apreciada y valorada con arreglo a criterios jurídico-legales, por cuanto han de ser independientes del caso y de las partes y actuar con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad”.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan a la Administración sanitaria.

El reclamante considera que, durante su estancia en el HRS, a su padre le desgarraron internamente el pene y

que, posteriormente, durante su estancia en la residencia “Los Almendros”, la falta de la debida atención médica por parte del personal de la residencia dio lugar a que se le gangrenase aquél.

A la luz de dichas alegaciones, la acción de responsabilidad efectúa una imputación por omisión de medios, al no prestar a su padre la debida atención médica.

Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, resultan trascendentales los informes médicos que puedan obrar en el expediente.

Ahora bien, el interesado no ha traído al procedimiento un informe pericial que sostenga sus alegaciones de mala praxis, a pesar de haberlo anunciado en dos ocasiones. Esta carencia de prueba, por sí sola, podría resultar suficiente para desestimar la reclamación en los términos en los que fue planteada, dado que es al actor a quien incumbe la carga de probar la quiebra de la *lex artis* que imputa a la Administración, ex artículo 217 LEC, conforme al clásico aforismo “*necessitas probandi incumbit ei qui agit*”.

En cualquier caso, los informes técnicos que sí obran en el expediente apuntan a que la atención dispensada al paciente fue la adecuada y ajustada a normopraxis, como de forma singular se desprende del dictamen de la Inspección Médica, a cuyas razonadas conclusiones, reproducidas en el Antecedente quinto de este Dictamen, cabe remitirse en orden a evitar innecesarias reiteraciones.

Así, en la síntesis crítica del dictamen de la Inspección Médica, primero relata todos y cada uno de los numerosos antecedentes sobre las patologías e intervenciones quirúrgicas del paciente y, a continuación, indica:

“El paciente acudió (24-07-16) al Hospital General Universitario Reina Sofía, tras estar encamado 8 días por dolor en región femoral superior bilateral, región lumbar y caderas siendo tratado por el Servicio de Urología del citado centro (HGURS) donde se confirmó la existencia de Fistula en la cara anterior de la Uretra Prostática con extravasado de contraste a sínfisis púbica hasta celular subcutáneo, sin atravesar piel. En informe clínico de fecha 07-09-16 firmado por la Dra. W se indica en el apartado enfermedad actual “fistula ... probablemente iatrogénica ...”. Al alta el juicio diagnóstico es Fístula en el cuello vesical/uretra Prostática. En el informe de alta (20-09-16) por traslado a centro socio sanitario de cuidados medios ya no se indica esta posible causa.

El paciente ingresa en el área de Hospitalización de Cuidados Medios. Residencia los Almendros 20-09-16, siendo a partir del día 03-10-16 donde aparecen síntomas de dolor supra púbico e infección de orina. En el centro es tratado por varios profesionales médicos el periodo comprendido entre -el 03-10-16 con sucesivas valoraciones y administración de analgésicos y antibióticos y otros cuidados- hasta el 11-11-16, cuando se diagnostica Insuficiencia Cardíaca Descompensada y se administra el correspondiente tratamiento acorde con dicho diagnóstico. El día 15-11-16 es visto en Servicio de Urología del HGURS en consultas externas, donde se informa al paciente entre otras patologías de la existencia de derrame pleural derecho moderado importante y mínimo derrame pleural izquierdo así como portador de sonda permanente (fistula UretroPubica).

En el centro socio sanitario el paciente es seguido y controlado medicamente ... En todos esos momentos se prescriben los correspondientes medicamentos y medidas adecuados al diagnóstico establecido sin observar abandono o error en el enfoque del tratamiento. El día 23-12-16 ... se ponen de manifiesto síntomas necróticos en la cara lateral del pene y se decide dada la situación de dicha zona anatómica derivar al centro sanitario Hospital General Universitario Santa Lucía (HGUSL). En dicho centro se diagnostica Gangrena de Fournier (CIE 608,83) y

el paciente es intervenido el mismo día 23-12-16..., cumpliéndose la adecuada praxis médica que establece la rápida actuación ante este cuadro clínico interviniéndose con cirugía abierta para proceder a la del pene (CIE 64,3). En el procedimiento quirúrgico se aprecia necrosis del prepucio hasta raíz del pene en cara lateral izquierda asociado a un absceso de unos 10cm con salida de material purulento oscuro a la expresión.

(...)

El diagnóstico principal en el informe clínico es Sepsis Secundaria a Gangrena de Fournier intervenida y los diagnósticos asociados, Insuficiencia Renal Aguda, Anemia Normocítica Normocrómica, Hipertensión Arterial, Fibrilación Auricular Crónica, Aneurisma de Aorta AIT carotídeos, Úlcera duodenal intervenida y exitus letalis.

La fistula con origen en el cuello vesicouretral prostática y desembocadura subcelular púbica tiene varios factores que pudieron contribuir a su aparición como complicaciones subsiguientes a la radioterapia administrada, las dilataciones del cuello, la afectación tisular en el área urinaria, el propio adenocarcinoma de próstata (Gleason 2+2) y el estado general del paciente. De la lectura de la historia clínica no puede establecerse la etiología o etiologías responsables plenas de la aparición de la fistula. En el caso a estudio podría cumplirse varios de los factores de riesgo: cirugía prostática: como complicación del tratamiento del cáncer de próstata, especialmente tras una prostatectomía radical. Aunque otros procedimientos sobre la próstata también pueden producirla en menor medida. Radioterapia, Infecciones.

Señala también la literatura científico médica que las Úlceras Uretrocutáneas son exclusivas del varón, el lugar de abocamiento cutáneo puede ser perineal o peneano. Aparecen sobre todo ante sondas uretrales permanentes con situaciones de escasa higiene, alteraciones tróficas (vejigas neurógenas, parapléjicas) y estenosis uretrales. Pueden presentarse también en la evolución de tumores y cuernos extraños uretrales.

No se puede adjudicar la aparición de la fistula que presentaba el paciente a una mala técnica o aplicación de la misma o una mala praxis asistencial. La iatrogenia se identifica en el paciente, a través de algún tipo de alteración. La mal praxis, se identifica en el médico o el equipo de salud. Es su actuación capaz de producir un daño en el paciente. Esto es, puede haber iatrogenia sin mal praxis, y mal praxis sin iatrogenia.

En relación con la Gangrena de Fournier o Fascitis Necrotizante está causada generalmente por infecciones poli microbianas, que afecta no sólo al escroto, como se describió inicialmente, sino al área perineal en general, con posible extensión a la pared anterior abdominal, los miembros inferiores e incluso el tórax. Afortunadamente, es una afección con una baja incidencia, pero de alta morbilidad, por lo que debe considerarse y conocerse para tratarse de manera temprana, constante y agresiva, como así se hizo en el caso que nos ocupa. ... No puede achacarse a una mala práctica asistencial o de cuidados insuficientes o inadecuados la aparición de este peligroso cuadro que sin duda estuvo favorecido por los factores de riesgo concomitantes que concurrían en el paciente”.

De lo expuesto se concluye, en primer lugar, que, de los informes médicos de la atención prestada al paciente en el HRS, no puede concluirse que el diagnóstico de “Fistula en el cuello vesical/uretra Prostática” fuese de origen iatrogénico, pero, aunque así fuera, ello no implica que haya habido una mala praxis en la atención prestada.

En segundo lugar, en cuanto a la asistencia prestada en la residencia “Los Almendros”, y en atención a los diversos cuadros clínicos que presentó el paciente, se concluye que éste recibe atención médica, tratamiento y cuidados conforme con la práctica establecida. En concreto, en cuanto a la actuación cuando se pusieron de manifiesto síntomas necróticos en la cara lateral del pene, se cumple la adecuada praxis médica que establece la rápida actuación ante este cuadro clínico interviniéndose con cirugía abierta para proceder a la amputación del pene, por lo que no puede determinarse o achacarse de forma apriorística, plena o absoluta, la existencia de cuidados de higiene insuficientes o inadecuados como causa desencadenante de la Gangrena de Fournier, teniendo en cuenta que en el paciente concurrían algunos de los factores que la bibliografía y artículos médicos consideran que son predisponentes o forman grupos de riesgo susceptibles de padecerla por minoritaria que esta sea la probabilidad. La reacción ante la sospecha de Gangrena de Fournier en el paciente fue rápida y acorde

con la necesidad de actuación inmediata, ya que la necrosis puede alcanzar velocidades de progresión de hasta 2-3 cm/h.

Por ello se ha de concluir, como hace la Inspección Médica, que la asistencia sanitaria prestada al paciente en los diferentes centros sanitarios agudos y de cuidados medios donde fue atendido es acorde con la buena *praxis* médica.

Esta conclusión, en definitiva, impide vincular los daños por los que se reclama a la actuación de los facultativos, careciendo aquéllos, además, de la antijuridicidad que es necesaria para poder declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, toda vez que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, en particular el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño reclamado, ni su antijuridicidad.

No obstante, V.E. resolverá.