

Dictamen nº: **337/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **31.05.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 31 de mayo de 2022, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D., por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario Infanta Elena, en una intervención de uretroplastia.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) el día 14 de octubre de 2020, el interesado antes citado, representado por abogado, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos en la asistencia sanitaria prestada en el citado centro hospitalario en la realización de una uretroplastia (folios 1a 27 del expediente administrativo).

El reclamante reprocha la asistencia sanitaria prestada el día 3 de enero de 2017, cuando ingresó para la realización de una intervención consistente en uretroplastia de ampliación tipo Mikulic,

por estenosis recidivante de uretra bulbar, al considerar que hubo mala praxis al no haber sido informado de los riesgos de la intervención en el correspondiente documento de consentimiento informado y porque, a pesar de sus antecedentes de infecciones previas, fue dado de alta con indicación de curas en la herida “*en su casa sin más*”, sin indicación de acudir a curas diarias o, al menos, cada dos días, en Enfermería de Urología, o curas ambulatorias.

Según el escrito de reclamación, al cuarto día de la intervención llamó por teléfono al Servicio de Urología del Hospital Universitario Infanta Elena por dolor, calor e inflamación en la herida quirúrgica, sin que se le diera importancia y con indicación de acudir a Urgencias solo en caso de fiebre. Refiere que al séptimo día de la intervención, “*en la noche la infección reventó con drenaje espontáneo rompiendo la sutura*”, acudiendo a Urgencias el octavo día del postoperatorio con fuertes dolores en la herida quirúrgica y fiebre, tras haberle explotado la herida. Dice que la infección fue consecuencia de una deficiente limpieza del quirófano.

Expone que el día 12 de enero de 2017 fue diagnosticado de infección de bacterias anaerobias hospitalarias (*Escherichia coli*) en Urgencias quedando ingresado hasta el día 16 de enero, fecha en la que fue dado de alta con curas diarias en Enfermería del Hospital Universitario Infanta Elena y en su ambulatorio. Refiere que la infección causó un daño irreversible, con destrucción de tejidos, nervios y masa muscular y que, desde entonces padece un dolor insoportable en los testículos, que es constante, con hipersensibilidad y dolor en el escroto, dolor fuerte en el pene con las erecciones, múltiples infecciones urinarias y disfunción eréctil, con chorro fino, incontinencia urinaria y eyaculación precoz.

El interesado dice que por dicha situación se vio impedido para desempeñar actividad laboral alguna entre los meses de enero y abril

de 2017, manteniéndose en situación de baja médica por prescripción de su médico de cabecera. Manifiesta que, al sentirse desatendido por el Servicio de Urología del Hospital Universitario Infanta Elena solicitó una segunda opinión en el Servicio de Urología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, donde fue atendido en agosto de 2017.

Refiere que la infección le terminó derivando en una orquiepidimitis aguda diagnosticada el 27 de noviembre de 2017 en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Elena, pautándose tratamiento antibiótico y precisando nuevo ingreso hospitalario el día 30 de noviembre con alta al día siguiente, 1 de diciembre.

Según explica el reclamante, al persistir los problemas en eyaculación-dolor-varicoceles, balanitis candidiásica con recaídas, se le realizó una uretroscopia en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda que evidenció persistencia de estenosis de uretra bulvar anular, indicándole intervención quirúrgica consistente en uretroplastia terminoterminal, realizada el día 29 de enero de 2018. Señala que durante la intervención se constató una fibrosis importante con músculo bulvocavernoso prácticamente ausente, realizando anastomosis con injerto dorsal de mucosa oral, con disección de planos muy laboriosa por cirugía previa e infección de herida. Tras esta nueva intervención presentó un nuevo episodio de fiebre e infección, decidiéndose finalmente, debido a las múltiples infecciones que presentaba, realizarle una circuncisión el día 11 de septiembre de 2018.

El reclamante expone que también ha sido tratado en la Unidad del dolor por dolor de pene, escrotos, testicular y perineal con el juicio clínico de dolor perineal, *“probable origen irritación pudendo”*, pero que todas la citas y pruebas quedaron paralizadas cuando en noviembre

de 2018 le diagnosticaron en un TAC un aneurisma de aorta ascendente hasta que, el 26 de noviembre de 2019, el Servicio de Cardiología no apreció contraindicación para inicio de tratamiento en la Unidad del dolor. Dice ante el empeoramiento de micción y dolores se realizó nuevo estudio por el Servicio de Urología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda que diagnosticó recidiva de estenosis uretral, realizándose uretromía interna en el citado centro hospitalario el 3 de marzo de 2020, trasladándole *“su poca esperanza de efectividad”*.

El reclamante alega que, además del tratamiento farmacológico que ha de tomar, sufre secuelas psíquicas con tratamiento en Psiquioterapia individual y en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Elena desde febrero de 2019, siendo tratado por un trastorno depresivo persistente. Además, alega que por Resolución del INSS de 17 de octubre de 2019 se le reconoció una incapacidad permanente total para su profesión habitual con el siguiente cuadro residual: *“Estenosis uretra bulbar IQ en 2015, 2017 y 2018. Neuralgia del pudendo bilateral. Aneurisma de aorta ascendente + insuficiencia aórtica moderada IQ en junio 2019 (sustitución de aorta ascendente)”*.

Solicita una indemnización de 298.408,15 € por las secuelas tanto físicas como psiquiátricas que le han quedado y aporta con su reclamación escritura de poder otorgada a favor del abogado firmante del escrito, diversos informes médicos y dictamen médico y pericial de valoración del daño corporal (folios 28 a 136).

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente dictamen:

El reclamante, nacido en 1978, con antecedentes de episodios de dolor torácico estudiados por Cardiología en 2012, estenosis uretral, episodios previos de gota y esteatosis hepática, acudió al Servicio de Urología del Hospital Universitario Infanta Elena por disminución del

caudal de orina y disfunción eréctil desde hacía seis meses. El paciente refería uretromía interna hacía dos años y medio y se realizó dilatación hacía un año y medio.

Tras la realización de ecografía testicular, ecografía abdominal y analítica, el día 30 de noviembre de 2016 fue diagnosticado de estenosis de uretra bulbar anular, con disminución de >50% del calibre.

Se le informó como posible tratamiento la uretroplastia con injerto bucal. Consta la firma del documento de consentimiento informado para dicha intervención firmado ese mismo día, 30 de noviembre.

En dicho documento se hacía constar:

“Mediante este procedimiento se pretende la mejora en la calidad miccional, así como la supresión de la sonda vesical permanente si fuera portador de ella (tanto si es uretral como de talla suprapúbica). Además comprendo que en el mejor de los casos, por la propia naturaleza de la enfermedad, puede ser necesario realizar dilataciones uretrales periódicas (y en algunos casos otras intervenciones).

4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento como no conseguir mejoría en la calidad miccional o no poder retirar la sonda vesical permanente si fuera portador de ella; el desarrollo de una nueva estenosis uretral que requerirá tratamientos posteriores entre los puede estar indicado el proceder a la realización de un meato perineal permanente; incontinencia

urinaria que puede ser total y permanente, parcial y permanente, total y temporal o parcial y temporal, perforación de uretra durante el acto quirúrgico, que provoque extravasación del líquido de irrigación hacia las estructuras periuretrales, con la posibilidad de formación de absceso (de suceder esta complicación se necesitaría la práctica urgente y necesaria de otra intervención distinta); hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados; fistulas uretrales, cuyo tratamiento puede ser complejo, con sonda y/o intervenciones sucesivas; perforación de recto cuyo tratamiento obliga a realizar una intervención distinta consistente en una laparotomía (apertura del abdomen) de consecuencias imprevisibles donde se incluye, aunque remotamente, la posibilidad de muerte (habitualmente es necesario asociar a la laparotomía la realización de una colostomía (ano artificial) temporal o definitiva; impotencia total o parcial; tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso: hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas y cuya gravedad depende de su intensidad. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad (...).”

El día 5 de diciembre de 2016 se realizó el estudio preoperatorio (ASAI) y el paciente firmó el documento de consentimiento informado para la anestesia.

El día 3 de enero de 2017 el paciente ingresó en el Hospital Universitario Infanta Elena para la intervención quirúrgica de estenosis uretral. Ese mismo día se realizó con anestesia general una uretroplastia bulbar según principio de Heineken-Miculicz con plastia dorsal, dejando una sonda de 18 ch. El postoperatorio cursó sin incidencias por lo que fue dado de alta el día 5 de enero de 2017 con tratamiento antibiótico (Cefuroxima 500 mg cada 12 horas 5 días y posteriormente Septrim 1com/24 horas hasta la retirada de la sonda), ibuprofeno, omeprazol y Valium; cita para uretrografía en 3.4 semanas con control posterior en consulta de Urología con una flujometría y un cultivo de orina e indicación de acudir a Urgencias en caso de complicaciones. Como recomendaciones se le indicaba hidratación abundante; reposo relativo y lavado diario de la herida con agua y jabón, aplicando después Betadine y cubrir con un apósito. *“Es importante que la herida esté seca (con un secador de pelo después del aseo y siempre que se moje). Sonda vesical abierta a bolsa”*.

El día 11 de enero de 2017 el paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Elena por presentar en 8 día postoperatorio de uretroplastia abierta dolor en herida quirúrgica, secreción a dicho nivel y disuria con orina turbia, desde hace 2 días fiebre de hasta 38°. El paciente queda ingresado en el Hospital Universitario Infanta Elena. Se extrae por presión de los bordes seroma de la herida. Se toma exudado de herida y urocultivos (UC). Pruebas de laboratorio: Muestra: herida exudado. Se obtiene crecimiento moderado de: microorganismo aislado: *Escherichia coli*. Flora anaerobia estricta. Con el diagnóstico principal de infección de herida quirúrgica, fue dado de alta el día 16 de enero de 2017 con indicación de control ambulatorio y tratamiento con antibiótico de amplio espectro (Augmentine 875 mg cada 8 horas durante 10 días). Recomendaciones: *“Reposo relativo. Curas diarias según enfermería: Se realizará cura en ambulatorio el martes y el miércoles, el jueves acudirá*

a este centro para realización de cura por parte de Enfermería y se evaluará seguimiento. Uso de slip ajustado durante 1 mes. Pendiente de realización de prueba para retirar sondaje vesical.

Continuará con su revisión como tiene previsto. Si presenta fiebre o malestar general acudirá por Urgencias. Fecha de Alta 16/01/2017”.

Se realiza seguimiento de las curas tanto en Enfermería del Hospital Universitario Infanta Elena como en Enfermería de Atención Primaria en las siguientes fechas. Así, aparecen en la historia clínica como fechas de revisión de curas en Enfermería del Hospital Universitario Infanta Elena: 19 de enero de 2017, 23 de enero 2017, 30 de enero de 2017, 6 de febrero 2017, 15 de febrero de 2017, 1 de marzo de 2017 y 15 de marzo de 2017.

Figura en la historia clínica como fechas de revisión de curas en Enfermería de Atención Primaria: 17,18, 20, 24, 25, 26, 27, 31 de enero de 2017; 1, 2, 3, 7, 8, 10,13,14,16,17, 20, 22, 23 de febrero de 2017; 6, 7, 8, 9, 10, 13,14,16,17, 22, 23 de marzo de 2017 y 6 de abril del 2017 alta.

El reclamante continuó en revisión periódica en la consulta de Urología los días 24 de enero, 30 de enero, 6 de febrero, 15 de febrero, 15 de marzo, 4 de abril y 24 de abril de 2017. Este último día se le dio nueva cita para mes y medio después, sin que figure en la historia clínica su asistencia a la misma.

El día 30 de noviembre de 2017 tuvo que ser atendido en el Servicio de Urgencias por disuria y síndrome miccional. Tras la realización de analítica, sistemático de orina y radiografía de abdomen, el paciente quedó ingresado en Urgencias con el juicio clínico de epididimitis aguda y lesiones cutáneas en glande para estudio, solicitándose urocultivo y administrándose tratamiento antibiótico. Fue dado de alta el día 1 de diciembre de 2017, para

valoración en consulta de Urología, con cita en la consulta de Urología para el día 4 de diciembre.

El día 4 de diciembre de 2017 el paciente acudió a la cita en la consulta de Urología del Hospital Universitario Infanta Elena, en la que informó encontrarse pendiente de nueva intervención por estenosis más posterior en otro centro hospitalario.

El día 29 de enero de 2018 se realizó uretroplastia terminoterminal en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Tras esta intervención el reclamante sufrió nueva infección y fue tratado en este último centro hospitalario. El paciente fue remitido a la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, por dolor peneano y escrotal. El día 28 de noviembre de 2018 se realizó un procedimiento de radiofrecuencia pulsada y bloqueo anestésico del nervio pudendo bilateral. Sin complicaciones.

El 15 de octubre de 2019 el INSS resolvió reconocerle una incapacidad permanente total, para su profesión habitual de conductor profesional conforme a lo siguiente:

Cuadro clínico residual: *“Estenosis uretra bulbar IQ en 2015, 2017 y 2018. Neuralgia del pudendo bilateral. Aneurisma de aorta ascendente + insuficiencia aórtica moderada IQ en junio 2019 (sustitución de aorta ascendente)”*.

El reclamante fue valorado en última consulta el 30 de octubre de 2019 en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Elena. Según consta en la historia clínica, el paciente describía ánimo bajo en relación a su situación vital, frustración y sentimientos de incapacidad ante las limitaciones por patología médica, junto con preocupaciones

de índole económico. Juicio Clínico: trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.

El día 3 de marzo de 2020 el reclamante se sometió en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda a nueva intervención consistente en uretromía interna.

El día 10 de diciembre de 2020 se realizó por la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda un procedimiento de radiofrecuencia pulsada del ganglio de raíz dorsal de las raíces S3 bilaterales.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 de la LPAC, ha emitido informe el jefe de Servicio de Urología del Hospital Universitario Infanta Elena, de fecha 10 de noviembre de 2020, que relaciona la asistencia sanitaria prestada de forma continua al paciente desde 2011 hasta el 23 de abril de 2017 y cómo en dicha consulta se le informó de los resultados de la uretrocistografía realizada, con cita para nuevas consultas, prueba de flujometría y dilataciones uretrales, si fueran precisas. El informe pone de manifiesto cómo el paciente no acudió a las siguientes citas en consulta hasta el día 4 de diciembre de 2017 cuando, tras un episodio de infección de tracto urinario y dolor testicular, informó que le iban a intervenir en otro hospital, que le habían diagnosticado estenosis uretral más posterior y le habían realizado una prueba radiológica de cistouretrografía hacía unos días.

Consta, igualmente, un informe de la directora de Enfermería del Hospital Universitario Infanta Elena que relata la asistencia prestada

al paciente hasta que decidió segunda valoración por otro centro hospitalario. En este sentido, el informe señala que *“durante el seguimiento en consulta de enfermería se refleja buena evolución de la herida quirúrgica, disminuyendo el diámetro de la fístula de 3 cm-2,5-1cm cicatrizado (con posible fístula interna pendiente de pruebas) y evolucionando tratamiento en función de las necesidades de la herida”* (folios a 900 a 903).

Asimismo, se ha incorporado al expediente un informe de la jefa de Servicio de Medicina Preventiva, de 22 de abril de 2021 que dice:

«Existe confirmación desde el Servicio de Esterilización, a partir de la trazabilidad del proceso de esterilización, que el instrumental utilizado durante las intervenciones quirúrgicas realizadas en el paciente (...) estaba correctamente esterilizado, garantizando la seguridad del mismo, dado que tanto los controles físicos (internos y externos), los controles químicos (internos y externos) y el control biológico que garantizan la efectividad del procedimiento de esterilización, fueron correctos.

2. En lo referente a las medidas de asepsia en el quirófano, la limpieza -desinfección del quirófano se realiza según protocolo de limpieza por el cual se garantiza una adecuada asepsia del mismo.

3. En cuanto a los controles bioambientales del quirófano en el que fue intervenido el paciente, los valores están dentro de los rangos de normalidad de bioseguridad ambiental clasificado como ambiente muy limpio según la norma UNE 171340 “Validación y cualificación de salas de ambiente controlado en Hospitales”.

Con fecha 4 de octubre de 2021 emite informe la Inspección Sanitaria (folios 1067 a 1095) que, tras analizar la asistencia prestada al reclamante, concluye:

“Se evidencia por la historia clínica del SERMAS a nuestro alcance, como por la información obtenida por los Servicios implicados en la asistencia sanitaria y de la revisión bibliográfica anteriormente desarrollada y en relación directa con los hechos reclamados, una actitud asistencial ajustada a la buena práctica clínica, tanto en la evaluación y seguimiento del paciente como en la aplicación de las medidas terapéuticas necesarias.

Según lo expuesto y salvo mejor criterio, las actuaciones efectuadas por esta Inspectoría Médico permiten concluir que la asistencia sanitaria prestada a D. (...), por el Hospital Universitario Infanta Elena, ha sido correcta de acuerdo a la lex artis”.

Consta en el expediente que el reclamante ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de su solicitud de responsabilidad patrimonial, que se tramita por la Sección 10ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Procedimiento Ordinario 683/2021.

Con fecha 19 de noviembre de 2021 se notifica el trámite de audiencia a todos los interesados en el procedimiento. Con fecha 23 de diciembre de 2021 el gerente del Hospital Universitario Infanta Elena formula alegaciones en las que pone de manifiesto cómo de la instrucción del expediente resulta acreditado que la atención dispensada al reclamante por dicho centro sanitario fue conforme a la “lex artis”.

No consta que el reclamante haya formulado alegaciones.

Con fecha 30 de marzo de 2022 el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública formula propuesta de resolución (folios 1210 a 1214) que desestima la reclamación al considerar que no concurre la antijuridicidad del daño.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 18 de abril de 2022 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 252/22, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 31 de mayo de 2022.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil euros y por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por un centro concertado con la Comunidad de Madrid, el Hospital Universitario Infanta Elena.

A este respecto esta Comisión viene reconociendo la legitimación de la Comunidad de Madrid en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (rec. 1018/2010).

En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional 12ª de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con

funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actúan en funciones de servicio público.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, el reclamante fue intervenido por primera vez el día 3 de enero de 2017, presentado posteriormente infección y ha precisado nuevas intervenciones los días 29 de enero de 2018 y 3 de marzo de 2020, por lo que no cabe duda de que la reclamación planteada el día 14 de octubre de 2020 está formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 de la LPAC, esto es, al Servicio de Urología y al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Infanta Elena.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica y consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria. Después de la incorporación de los anteriores informes se realizó el trámite de audiencia al interesado y al Hospital Universitario Infanta Elena. Este último ha efectuado alegaciones.

Por tanto, debe concluirse que la instrucción del procedimiento ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras,*

de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

CUARTA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *“lex artis”* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho

Tribunal [por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010)] que *«no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, 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»,* por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*».

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”*, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta probado en el expediente que el reclamante, tras la uretroplastia realizada el día 3 de enero de 2017, presentó posterior infección que requirió nuevo ingreso hospitalario y recidiva de la estenosis uretral, por lo que fue necesaria una uretroplastia en enero de 2018 y uretrotomía en marzo de 2020. El reclamante alega que le han quedado secuelas físicas, psicológicas y estéticas.

Acreditada la realidad de los daños, resulta necesario examinar la concurrencia de los requisitos de relación de causalidad entre los daños sufridos y la asistencia sanitaria prestada y la antijuridicidad del daño que determinan la existencia de responsabilidad patrimonial.

El interesado sostiene en su reclamación que hubo mala praxis en la intervención realizada en el Hospital Universitario Infanta Elena no adoptándose las medidas profilácticas necesarias para evitar una infección anaeróbica nosocomial que le ha causado graves daños. Alega, además, la ausencia de consentimiento informado para dicha intervención.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“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 el presente caso, el reclamante aporta un informe pericial de valoración del daño corporal “*por posible mala praxis*”, que se limita a señalar, tras relacionar los antecedentes médicos del paciente, las complicaciones sufridas y las secuelas sin aportar prueba alguna de la mala praxis alegada por el reclamante. En este sentido, el informe se limita a definir una serie de conceptos médicos “*en el caso de posible mala praxis*” tales como nervio pudendo bilateral, aneurisma de aorta ascendente, *Klebsiella Pneumoniae*, estreptococo mitis, *Escherichia coli*, flora anaerobia. Se trata de un informe descriptivo y genérico que no realiza valoración alguna sobre la asistencia médica prestada al paciente por el Servicio de Urología del Hospital Universitario Infanta Elena que demuestre la existencia de mala praxis.

Frente a la “*posible mala praxis*” a que hace referencia el informe pericial de parte, el informe de la Inspección Sanitaria es concluyente al señalar, tras analizar la asistencia sanitaria prestada al reclamante que hubo una actitud asistencial ajustada a la buena práctica clínica, tanto en la evaluación y seguimiento del paciente como en la aplicación de las medidas terapéuticas necesarias, lo que se corrobora con los datos obrantes en la historia clínica.

En este sentido, en relación con la infección nosocomial alegada por el reclamante por la falta de limpieza del quirófano, resulta desvirtuada por el informe de la Inspección que indica que la *Escherichia coli* es una bacteria anaerobia que coloniza normalmente en el intestino, lo que corrobora el propio informe pericial aportado por

el reclamante. Además, el informe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Infanta Elena confirma el proceso de esterilización de todo el instrumental empleado en la intervención, al haber sido correctos tantos los controles físicos (internos y externos), los controles químicos (internos y externos) y el control biológico; así como las medidas de asepsia en el quirófano, indicando que los controles bioambientales del quirófano estaban dentro de los rangos de normalidad de bioseguridad ambiental clasificado como ambiente muy limpio según la norma UNE 171340 “Validación y cualificación de salas de ambiente controlado en hospitales”.

Además, consta en la historia clínica la hoja de registro de intervención quirúrgica donde figura que se administró una primera dosis de profilaxis antibiótica de Cefuroxima 2 gr.

Asimismo, el paciente fue dado de alta hospitalaria con tratamiento antibiótico e indicación de acudir a Urgencias en caso de complicación. Por otro lado, una vez diagnosticada la infección, la evolución del paciente fue favorable concluyendo la Inspección Sanitaria que hubo una actitud asistencial ajustada a la buena práctica clínica, tanto en la evaluación y seguimiento del paciente como en la aplicación de las medidas terapéuticas necesarias.

Como hemos dicho reiteradamente, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones de los distintos informes periciales aportados al procedimiento.

En este sentido, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) manifiesta que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del*

perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)” y “no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...).”

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2017 (rec. núm. 395/2014) añade que, para el caso de que existan informes periciales con conclusiones contradictorias, *“es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”*.

En el presente caso, como se ha advertido anteriormente, el informe pericial aportado de valoración del daño corporal hace referencia a una *“posible mala praxis”*, sin concretar dato alguno que demuestre la existencia de una actuación contraria a la *lex artis*.

En cuanto al documento de consentimiento informado, consta en la historia clínica un formulario impreso para uretroplastia, firmado el día 30 de noviembre de 2016, en el que se advertía de la posibilidad de precisar nuevas dilataciones uretrales y, en algunos casos nuevas

intervenciones, la posibilidad de desarrollo de nueva estenosis uretral, incontinencia urinaria o, entre otros riesgos, impotencia total o parcial.

En este sentido, el informe de la Inspección Sanitaria concluye que la asistencia prestada a la reclamante ha sido ajustada a la “*lex artis*”.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 24 de febrero de 2020 (recurso nº 409/2017):

“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis y no concurrir la antijuridicidad del daño.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 31 de mayo de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 337/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid