

Dictamen Núm. 133/2026

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 18 de junio de 2026, 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 30 de marzo de 2026 -registrada de entrada el día 15 de abril de 2026-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su familiar y que consideran vinculado a una cirugía a la que fue sometida.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 12 de mayo de 2025, los interesados -cónyuge e hijos de la paciente fallecida- presentan en el Registro Electrónico de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Consejería de Salud.

Exponen que la paciente “ingresó el 4-12-24 en el Hospital “X” donde fue citada al efecto de practicarle una intervención quirúrgica, según protocolo CMA, debido a una hernia supraumbilical que padecía./ La intervención se produjo el 4-12-24, llevándose a cabo una hernioplastia retroumbilical

subfascial, que en principio no parecía presentar ninguna posible incidencia fuera de lo común./ El primer día de posoperatorio, y durante la estancia hospitalaria, el estado de la paciente seguía pareciendo normal. Sin embargo, al segundo día comenzó con un cuadro de hipotensión, motivo por el que, a tenor de los informes, se le decide hacer estudios analíticos y de imagen, apreciándose en el tac un enfisema subcutáneo que fue calificado como importante, diagnosticándose la existencia de una sepsis. Ante esta situación, fue primeramente trasladada a la Unidad de Reanimación, lo que no evitó que su deterioro evolucionase con una velocidad alarmante, por lo que se resolvió su traslado al Hospital "Y" (...). La tarde del día 6 de diciembre (...) ingresa" en el Hospital "Y", "donde se observa un agravamiento rápido de su estado, la formación de burbujas aéreas en abdomen, importante avance del enfisema subcutáneo en abdomen, tórax y raíz de los muslos (según informes acompañados) y se contempla la posibilidad de una perforación intestinal. De hecho, su diagnóstico en ese momento parece ser shock séptico abdominal y posoperatorio complicado con perforación intestinal./ Ante la gravedad de su estado, se decide intervenirla nuevamente, hallando la existencia de perforación de yeyuno, colecistitis isquémica, y fascitis de pared abdominal. Se observaron también muestras de contenido intestinal y una perforación de unos 3 centímetros en el intestino delgado que se procedió a cerrar para contener la contaminación./ Se lleva a cabo resección del intestino, colecistectomía y limpieza de cavidad y pared abdominal. Dada la extensión del cuadro, se descarta nueva cirugía./ A pesar de la última intervención, el daño causado es irreversible y el estado de la paciente es tan grave que fallece a las 13:30 horas del día 7 de diciembre de 2024. Se solicitó la práctica de autopsia", que "confirmó que la causa de la muerte fue una sepsis causada por la perforación intestinal".

Afirman que "la familia de la fallecida -salvo que se acredite lo contrario- no tiene evidencia alguna de que a (la paciente) se le hubiese facilitado información acerca de la intervención que se planeaba llevar a cabo, sus complicaciones más frecuentes, riesgos de la operación, riesgos de no

practicarla y posibles alternativas a esta cirugía, y mucho menos se le facilitó por escrito, ni (les) consta tampoco que se haya requerido su consentimiento, pues nada manifestó al respecto de todo lo anterior ni a su marido ni a sus hijos. Ninguna constancia tienen los abajo firmantes, por tanto, de que la finada hubiera dado su consentimiento a la operación tras haber recibido información suficiente sobre su proceso, pronóstico esperable y posibles complicaciones y alternativas”.

Mantienen que “parece clara la existencia de responsabilidad por parte del personal facultativo que lleva a cabo la intervención” en el Hospital “X”, “pues es indiscutible que durante dicha cirugía fue cuando tuvo lugar la perforación intestinal causante de la sepsis y por tanto del fallecimiento de la paciente”, que “se aprecia también, por parte del personal médico” de dicho hospital “una tardanza en tomar las medidas para atajar la grave sepsis desencadenante de la muerte” y que “no era esperable en modo alguno un resultado fatal, como el que se produjo, que además fue consecuencia de la grave sepsis causada por la perforación intestinal que a todas luces tuvo lugar durante la intervención quirúrgica realizada en esa zona unas 72 horas antes de su muerte”.

Cuantifican la indemnización reclamada en ciento sesenta y cuatro mil ochocientos ochenta y dos euros con setenta y ocho céntimos (164.882,78 €) para el cónyuge y veinticinco mil doscientos tres euros con noventa y un céntimos (25.203,91 €) para cada uno de sus dos hijos.

Adjuntan a su escrito, entre otros documentos, copia de los diferentes informes médicos relativos al proceso de referencia.

2. Mediante oficio de 19 de mayo de 2025, la Jefatura de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación, las normas con arreglo a las cuales se tramitará el procedimiento, la designación de instructor y su régimen de recusación, y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el día 28 de mayo de 2025 el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria le remite la historia clínica de la paciente.

Entre la documentación remitida, figura un consentimiento informado para cirugía de urgencias que aparece firmado por la hija de la paciente el día 6 de diciembre de 2024 a las 19:13 horas (archivo electrónico "1420603 URGENCIAS 06 12 2024 1", contenido en el CD incorporado al folio 54 del expediente). Dentro del apartado destinado a "Riesgos personalizados" consta: "Estoma. Abdomen abierto./ Exitus./ Eventración/Evisceración./ Fascitis necrotizante".

4. El día 6 de junio de 2025 tiene entrada un informe del Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital "X", fechado a 30 de mayo de 2025.

En él se expone que "con fecha 28-5-2024 la paciente es valorada en consultas externas de Cirugía General detectándose una hernia-eventración supraumbilical y proponiéndose cirugía que la paciente acepta una vez informada y firmado el correspondiente consentimiento./ Es intervenida quirúrgicamente con fecha 4-12-2024 realizándose una hernioplastia supraumbilical retromuscular con malla bicapa sin incidencias reseñables./ El primer día postoperatorio transcurre sin incidencias./ En la mañana del 6-12-2024 es avisado el cirujano de guardia al presentar la paciente cuadro de hipotensión mantenida. Se decide realizar estudios analíticos y tac abdominal urgente que es informado como íleo paralítico secundario a cirugía./ Por dicho motivo y siempre habiendo informado a la propia paciente y a la hija de la misma se decide dejar en dieta absoluta y colocar una sonda nasogástrica para aspiración./ A pesar de estas medidas y de forma muy rápida se produce un deterioro importante del estado general de la paciente por lo que se considera que es subsidiaria de ingreso en (Unidad de Cuidados Intensiva) por lo que puestos en contacto con (el Hospital "Y") (hospital de referencia) se decide traslado en UVI Móvil a dicho centro".

Al informe se acompaña copia de la historia clínica de la paciente correspondiente al mencionado centro.

5. El día 20 de junio de 2025, previa solicitud del Instructor, se incorpora el documento de consentimiento informado para “cirugía abierta de la eventración”, firmado por la paciente el 28 de mayo de 2024 y que habría cubierto la hernioplastia supraumbilical retromuscular realizada el 4 de diciembre de 2024. Entre los riesgos poco frecuentes y graves figuran “rechazo de la malla” y “reproducción de la eventración”, constando posteriormente que “estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.), pero puede llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte”.

6. Previa solicitud del Instructor, el día 20 de octubre de 2025 el Servicio de Atención al Usuario del Área Sanitaria le remite la historia clínica completa del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.

7. A continuación obra incorporado al expediente un informe pericial librado el 8 de enero de 2026 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Tras un pormenorizado y documentado (con respaldo de abundante bibliografía científica sobre la materia) análisis de la historia clínica y del proceso asistencial, el facultativo señala que “no existe una inobservancia del deber de cuidado, ya que el seguimiento postoperatorio fue continuo y ajustado, en cada momento, a la evolución y situación clínica de la paciente. La documentación acredita una vigilancia constante de constantes vitales, diuresis y débito de drenajes (...). Cuando la paciente presentó vómitos el día 5 se pautó tratamiento sintomático, una respuesta estándar ante un íleo postoperatorio leve, muy común tras manipulación intestinal. El ‘hematoma’ observado inicialmente en la zona púbica fue valorado y tratado conservadoramente, pues en ese momento no se acompañaba de signos de

alarma sistémica (fiebre o inestabilidad hemodinámica) que justificaran una reintervención inmediata agresiva (...). La actuación el día 06-12-2024 demuestra una diligencia extrema. Ante la instauración brusca del shock (hipotensión, sudoración), el tiempo de respuesta fue mínimo: se activó al equipo de guardia, se realizó un TC abdominal urgente para filiar el origen y se inició soporte vital avanzado (fluidoterapia, vasopresores, antibióticos de amplio espectro). Esta secuencia de 'reconocimiento-diagnóstico-estabilización' es exactamente lo que dictan las guías de manejo de la sepsis abdominal (...). La decisión de trasladar a la paciente al Hospital "Y" (...) no responde a una 'falta de medios', sino a un criterio de adecuación del nivel asistencial a la complejidad del cuadro (...). La paciente presentaba un shock séptico con sospecha de fascitis necrotizante y fallo multiorgánico incipiente, una situación crítica que requiere una Unidad de Cuidados Intensivos (...) de tercer nivel con capacidad para soporte orgánico avanzado (hemofiltración, ventilación mecánica compleja) y un equipo multidisciplinar que incluya cirugía de alta complejidad (...). El Hospital "X", como centro comarcal, actuó correctamente al estabilizar a la paciente para permitir su traslado seguro (en UVI Móvil medicalizada) al centro de referencia donde pudiera recibir el tratamiento definitivo (cirugía de control de daños y soporte vital prolongado), maximizando así sus opciones de supervivencia. Retener a la paciente en un centro con menor capacidad de respuesta crítica habría constituido, en ese escenario, una decisión incorrecta".

Posteriormente, indica que "se cuestiona en la reclamación el retraso en el diagnóstico de la lesión intestinal. Sin embargo, en la mayoría de las publicaciones que analizan las lesiones inadvertidas intestinales señalan que entre el 42,8 % (...) y el 69 % (...) de las lesiones intestinales pasan desapercibidas durante la cirugía y su diagnóstico se realiza tras el alta del paciente (...). Este porcentaje tan elevado de lesiones intestinales inadvertidas se explica porque las lesiones no son producto de una perforación iatrogénica del intestino (lo que conllevaría la salida inmediata del contenido intestinal y la haría muy evidente) sino de las lesiones térmicas de la pared intestinal durante

el uso del electrocauterio (...). Este tipo de quemaduras eléctricas característicamente pasan inadvertidas puesto que no existe un vertido inmediato del contenido intestinal, sino que se produce una necrosis tardía entre el 2.º y el 6.º día del posoperatorio de la pared intestinal con el consiguiente deterioro del paciente (...). En una revisión clásica se describen 12 casos de lesiones intestinales y el momento del diagnóstico las mismas. Como podemos observar, la mayoría de los diagnósticos de las lesiones intestinales (58,3 %) se establecen durante el posoperatorio tardío, tras el alta hospitalaria del paciente (...). Una vez que se tiene la sospecha de una complicación postquirúrgica grave, los facultativos del Hospital "X" actúan de forma diligente poniendo todos los medios disponibles para realizar un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado para la complicación que presentaba la paciente (...). El desenlace fatal se debe a la materialización de riesgos graves, conocidos e inherentes a la cirugía abdominal de la eventración abdominal, descritos ampliamente en la literatura médica indexada en PubMed y bases de datos científicas (...). La bibliografía científica reconoce que la perforación intestinal inadvertida en pacientes con cirugías previas ocurre en un 1 % a 19 % de los casos de reintervención, según la complejidad de las adherencias (...). Estudios de revisión (...) señalan que estas lesiones pueden pasar desapercibidas intraoperatoriamente, especialmente si son puntiformes o secundarias a lesiones térmicas (electrocoagulación) que causan necrosis diferida y perforación días después (...). La mortalidad de una perforación intestinal inadvertida se aproxima al 20-30 % debido al desarrollo de peritonitis fecaloide y sepsis fulminante (...). La literatura (...) enfatiza que el diagnóstico precoz es extremadamente difícil (...), ya que los síntomas iniciales (dolor, íleo) se solapan con los propios de la cirugía abdominal reciente. A menudo, la clínica de sepsis grave (como la presentada por la paciente el día 6) es la primera manifestación evidente de la complicación (...). La fascitis necrotizante es una complicación descrita tras hernioplastias, aunque rara, con una mortalidad que oscila entre el 30 % y el 80 % incluso con tratamiento óptimo (...). Se trata de una infección de tejidos blandos de progresión fulminante que puede originarse

por traslocación bacteriana desde una perforación o por infección de herida, y cuyo diagnóstico clínico inicial es engañoso porque la necrosis avanza por la fascia profunda antes de manifestarse claramente en la piel”.

Finalmente, manifiesta que “no se aprecia mala praxis en la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias (...) en relación con la intervención quirúrgica realizada el 04-12-2024”, que “la complicación sufrida por (la paciente) (perforación inadvertida) es un evento adverso imprevisible, de difícil diagnóstico precoz y altísima letalidad, descrito en la ciencia médica como un riesgo asociado a la cirugía de eventración en abdómenes complejos” y que “la actuación médica fue técnicamente correcta, vigilante y diligente en la gestión de la emergencia, sin que exista nexo causal entre la praxis de los facultativos y el fatal desenlace, que responde a la evolución natural de una complicación séptica catastrófica”.

8. Mediante oficio notificado a los interesados el día 6 de febrero de 2026, el Instructor del procedimiento les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una copia en formato electrónico de los documentos obrantes en el expediente.

9. El día 19 de febrero de 2026 los interesados presentan un escrito de alegaciones en el que exponen que “se ha dado traslado a esta parte del documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica en que se produjo la lesión que en pocas horas causó el desenlace fatal./ Lo primero que llama la atención del mismo (...) es que (...) fue firmado en mayo de 2025, es decir, siete meses antes de la intervención, lo cual es claramente una antelación excesiva” y que “en este tiempo tan dilatado es perfectamente posible que los riesgos valorados e informados (y asumidos) inicialmente se hayan alterado o agravado de alguna manera, lo que supone una nueva exigencia de consentimiento que, obviamente, no se ha producido, sin que ello pueda ser suplido por otros consentimientos, como pudiera ser el requerido para la aplicación de anestesia general. Este diferimiento por el sistema de

listas de espera, si bien puede ser admisible desde el punto de vista organizativo y de gestión por la desproporción ente los recursos sanitarios y las prestaciones asistenciales, no lo es desde el punto de vista de los derechos del paciente de respetar su autonomía y voluntad, ni porque la paciente estuviera incluida en la lista de espera quirúrgica". También en relación con el consentimiento informado, indican que "otra cosa que llama la atención es que, en el citado consentimiento que fue firmado por la paciente, constan riesgos genéricos predicables de cualquier acto médico, como la infección o la muerte, pero, en cambio, y de forma inexplicable, no figura el riesgo de perforación intestinal durante la intervención".

Por otra parte, mantienen que "en operaciones por laparotomía, el cirujano puede ver con más claridad y desde el inicio toda la zona a intervenir, a diferencia de lo que ocurre en la laparoscopia. A la vista de la información de la que se dispone, esta parte sigue insistiendo en que la perforación intestinal señalada definitivamente en la autopsia (y que ya se pudo comprobar antes del fallecimiento) fue la causante de la sepsis que condujo a la muerte en pocas horas a (la paciente)./ A ello hay que unir la tardanza en llevar a la finada a un centro hospitalario que dispusiese de (Unidad de Cuidados Intensiva), que no tenía el Hospital "X", donde por tanto no se podía dar una respuesta terapéutica adecuada a la gravedad del cuadro que presentaba. Hay que recordar que la paciente, ya el mismo día 6 de diciembre a primera hora de la mañana (a menos de 48 horas de la intervención) ya presentaba un aspecto muy preocupante, que no hizo sino empeorar velozmente, ante la insuficiencia de las medidas que se intentaron tomar en (el Hospital) "X" con los medios de los que allí se disponía; cuando en este centro fueron por fin conscientes de ello, decidieron trasladarla al (Hospital "Y"), donde al parecer llega ya pasadas las siete de la tarde, y es allí nuevamente fue intervenida de urgencia unas dos horas más tarde, ante su extrema gravedad. El propio perito reconoce que en este momento de llegada al (Hospital "Y") (págs. 30 y 35 de su informe) la paciente se hallaba 'en situación crítica' y 'de extrema gravedad', y ya en 'fallo multiorgánico' según dice literalmente".

Por último, indican que “aparte de lo anterior, y a la vista de la información disponible, sigue insistiendo esta parte que es aplicable la doctrina del daño desproporcionado”.

10. Con fecha 27 de febrero de 2026, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella concluye que “la peritonitis sufrida (infección) es la materialización de uno de los riesgos típicos del procedimiento al que fue sometida a la paciente. No se aprecia retraso en el abordaje de la complicación. Las anotaciones de Enfermería confirman el buen estado de la paciente tras la intervención quirúrgica. La primera clínica aparece en la mañana del día 6-12-2024. Ante la aparición de signos de shock (sudoración fría, mal aspecto general e hipotensión marcada), se iniciaron medidas de soporte vital, se realiza un tac abdominal urgente a las 12:13 horas, se realiza interconsulta con los Servicios de Medicina Interna y Anestesiología y se traslada a la Unidad de Reanimación y, en la tarde de ese mismo día el, debido al estado crítico de la paciente, es trasladada al (Hospital “Y”)./ No ha existido una antelación excesiva en la firma del documento de consentimiento informado, ya que no consta en la historia clínica ninguna alteración del estado de la salud de la paciente en el periodo comprendido ente su firma y la intervención quirúrgica./ No ha existido un daño desproporcionado, ya que este se da cuando un acto médico produce un resultado anormal, insólito e inusualmente grave en relación con los riesgos que normalmente comporta y con los padecimientos que trata de atender o incompatible con las consecuencias de una terapia normal, no siendo este el caso, ya que la peritonitis sufrida es una complicación descrita en el documento de consentimiento informado”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 30 de marzo de 2026, 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 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), los reclamantes se hallan activamente legitimados, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que motivaron la reclamación.

En cuanto al daño que se asocia al hecho del fallecimiento del ser querido, reclaman los autores en su propio derecho e interés. Respecto al perjuicio irrogado al fallecido como consecuencia de la vulneración del derecho a la autonomía del paciente, se acciona por un padecimiento personal del fallecido, y este Consejo admite que sus herederos lo reclamen cuando el desaparecido no se encontraba en condiciones de discernir y ejercitar su derecho (por todos, Dictamen Núm. 262/2023), por lo que los aquí reclamantes han de acreditar su condición de herederos. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del

Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado, como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el supuesto aquí examinado, la reclamación se presenta con fecha 12 de mayo de 2025 y el fallecimiento de la paciente tiene lugar el día 7 de diciembre de 2024. Así las cosas, cabe concluir que la acción resarcitoria resulta tempestiva, al haberse interpuesto la reclamación dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Dicho esto, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC; no obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y en su apartado 2 que, “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo

transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que la interesada reclama una indemnización por los daños derivados del fallecimiento de su familiar y que consideran vinculado a una cirugía a la que fue sometida.

El óbito de la paciente pone de manifiesto la efectividad de un daño, puesto que este Consejo viene sosteniendo que, acreditado el fallecimiento de una persona, cabe presumir el daño moral que ello supone para, en este caso, sus hijos o cónyuge (en este sentido y entre otros, Dictámenes Núm. 150/2013, 29/2014 y 94/2014). No obstante, hemos de reparar en que, 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, necesariamente, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que los interesados no tuvieran el deber jurídico de soportarlo.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (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, automáticamente, 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 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 dispensado 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, 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 defectuoso diagnóstico ni un error médico sean, por sí mismos, causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019), que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota, *per se*, un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, 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.

En el asunto sometido a nuestra consideración, los reclamantes mantienen en su escrito inicial que no tienen “evidencia alguna de que a (la paciente) se le hubiese facilitado información acerca de la intervención que se planeaba llevar a cabo (...) y mucho menos se le facilitó por escrito, ni nos consta tampoco que se haya requerido su consentimiento”, si bien, en trámite de alegaciones y a la vista de los consentimientos firmados (el relativo a la primera cirugía por la propia paciente y el correspondiente a la intervención de urgencia por su hija) que aporta la Administración, advierten que el relativo a la intervención practicada en día 4 de diciembre de 2025 “fue firmado en mayo de 2025, es decir, siete meses antes de la intervención, lo cual es claramente una antelación excesiva”, que “en este tiempo tan dilatado es perfectamente posible que los riesgos valorados e informados (y asumidos) inicialmente se hayan alterado o agravado de alguna manera, lo que supone una nueva exigencia de consentimiento que, obviamente, no se ha producido”, que “constan riesgos genéricos predicables de cualquier acto médico, como la infección o la muerte, pero, en cambio, de forma inexplicable, no figura el riesgo de perforación intestinal durante la intervención” y que “es indiscutible que durante dicha cirugía fue cuando tuvo lugar la perforación intestinal causante de la sepsis y por tanto del fallecimiento de la paciente”.

En otro orden de cosas, sostienen que “a la vista de la información disponible (...) es aplicable la doctrina del daño desproporcionado” y que, además, hubo una “tardanza en llevar a la finada a un centro hospitalario que dispusiese de (Unidad de Cuidados Intensivos), que no tenía el Hospital “X”, donde por tanto no se podía dar una respuesta terapéutica adecuada a la gravedad del cuadro que presentaba”.

Vista la posición de quien reclama, cabe descender al fondo del asunto a la luz de la restante información obrante en el expediente.

En primer lugar, es preciso elucidar si nos encontramos, como así sostienen los reclamantes, ante un caso de daño desproporcionado, para lo cual es menester volver sobre lo ya dicho en nuestro Dictamen Núm. 8/2026, donde recordábamos como la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de mayo de 2018

-ECLI:ES:TS:2018:1849- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª) señala que “las reglas generales sobre la carga de la prueba se excepcionan, recayendo sobre la parte demandada la carga de acreditar que la prestación sanitaria se ha acomodado a la ‘lex artis ad hoc’, tan sólo en aquellos casos en que el daño del paciente es desproporcionado o clamoroso ‘ya que éste, por sí mismo, por sí sólo, denota un componente de culpabilidad, como corresponde a la regla ‘res ipsa loquitur’ (la cosa habla por sí misma) de la doctrina anglosajona, a la regla ‘Anscheinsbeweis’ (apariencia de la prueba) de la doctrina alemana y a la regla de la ‘faute virtuelle’ (culpa virtual), que significa que si se produce un resultado dañoso que normalmente no se produce más que cuando media una conducta negligente, responde el que ha ejecutado ésta, a no ser que pruebe cumplidamente que la causa ha estado fuera de su esfera de acción’./ Ahora bien, como también dijimos en la (...) Sentencia de 22 de julio de 2015, la aplicación de esta doctrina no se produce automáticamente por la sola presencia de un gravísimo resultado, sino que requiere que exista nexo causal entre la producción de un resultado desproporcionado con la patología inicial del paciente y la esfera de actuación de los servicios sanitarios, que el daño producido no constituya una complicación o riesgo propios de la actuación médica y que no se haya acreditado la causa de la producción de ese resultado, es decir, que la doctrina del daño desproporcionado no es aplicable cuando, como en el caso de autos, el resultado puede obedecer a un riesgo o a una complicación inherente al acto médico y/o se pueden explicar los hechos a través de las pruebas practicadas en el proceso, ya que la esencia de la doctrina no está en el hecho ‘físico’ de que el resultado sea desproporcionado a lo que se esperaba” y que “la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 8 de julio de 2022 -ECLI:ES:TSJAS:2022:2132- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª) recuerda (...) que ‘la doctrina del daño desproporcionado o resultado clamoroso significa lo siguiente:/ 1.º Que el resultado dañoso excede de lo previsible y normal, es decir, no guarda relación o proporción atendiendo a la entidad de la intervención médica pues no hay

daño desproporcionado, por ejemplo, si el resultado lesivo es un riesgo inherente a la intervención, pero ha habido una errónea ejecución./ 2.º El daño desproporcionado implica un efecto dañoso inasumible -por su desproporción- ante lo que cabe esperar de la intervención médica; es, por tanto, un resultado inesperado e inexplicado por la demandada./ 3.º Ante esa quiebra de lo normal, de lo esperable y lo desproporcionado del efecto dañoso, se presume que el daño es causado por una quiebra de la *lex artis* por parte de la Administración sanitaria, presunción que puede destruir si prueba que la causa está fuera de su ámbito de actuación, es decir, responde a una causa de fuerza mayor./ 4.º Por tanto, para que no se le atribuya responsabilidad por daño desproporcionado, desde el principio de facilidad y proximidad probatoria la Administración debe asumir esa carga de probar las circunstancias en que se produjo el daño./ 5.º De no asumir esa carga, la imprevisibilidad o la anormalidad del daño causado atendiendo a la entidad de la intervención médica es lo que hace que sea antijurídico, sin que pueda pretextarse un caso fortuito, excluyente de la responsabilidad por el daño causado”.

Teniendo en cuenta apuntado, este Consejo entiende que no cabe apreciar en este caso un daño desproporcionado, por tratarse de un riesgo descrito. En efecto, la tórpida evolución de la paciente no resulta algo insólito e inexplicable en relación con los riesgos que la cirugía practicada comporta, pues la literatura médica tiene descritos esos escenarios. Ya en el consentimiento informado para “Cirugía abierta de la eventración” -firmado por la paciente el 28 de mayo de 2024- (folios 62 y 63 del expediente) se señalan algunos riesgos “poco frecuentes y graves” -entre los que se mencionan el rechazo de la malla y la reproducción de la eventración- que podrían llegar a requerir “una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte”; de esta forma, la necesidad de una nueva cirugía urgente y la materialización del deceso son riesgos que, por poco habituales, no suponen una quiebra de lo esperable, sino que resultan inherentes al mencionado acto médico.

En segundo lugar, en relación con la existencia de mala praxis en la intervención, así como con la tardanza en tomar las medidas para atajar la grave sepsis desencadenante de la muerte y en el traslado al Hospital “Y”, antes que nada, es preciso puntualizar que ambas se atribuyen al Hospital “X”.

La imputación de mala praxis se fundamenta, al decir de los reclamantes, en que “es indiscutible que durante dicha cirugía fue cuando tuvo lugar la perforación intestinal causante de la sepsis y por tanto del fallecimiento de la paciente”. En este sentido, resulta insoslayable referir que el informe de autopsia (folios 27 y 28 del expediente), fechado a 10 de diciembre de 2024, menciona entre los diagnósticos la “sepsis secundaria a perforación intestinal” y que la pericial aportada por la compañía aseguradora de la Administración -suscrita por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo- señala que “la complicación sufrida por (la paciente) (perforación inadvertida) es un evento adverso imprevisible, de difícil diagnóstico precoz y altísima letalidad, descrito en la ciencia médica como un riesgo asociado a la cirugía de eventración en abdómenes complejos”.

Dicho lo anterior, ni la autopsia ni la restante documentación clínica del expediente remitido se pronuncian acerca de la causa de la perforación intestinal (una y otra se limitan a constatar su existencia, si bien la pericial indica que “en la mayoría de las publicaciones que analizan las lesiones inadvertidas intestinales señalan que entre el 42,8 % (...), y el 69 % (...) de las lesiones intestinales pasan desapercibidas durante la cirugía y su diagnóstico se realiza tras el alta del paciente”, que “este porcentaje tan elevado de lesiones intestinales inadvertidas se explica porque las lesiones no son producto de una perforación iatrogénica del intestino (lo que conllevaría la salida inmediata del contenido intestinal y la haría muy evidente) sino de las lesiones térmicas de la pared intestinal durante el uso del electrocauterio” y que “este tipo de quemaduras eléctricas característicamente pasan inadvertidas puesto que no existe un vertido inmediato del contenido intestinal, sino que se produce una necrosis tardía entre el 2.º y el 6.º día del postoperatorio de la pared intestinal con el consiguiente deterioro del paciente”), no pudiéndose tampoco pretender

de este Consejo, limitado a resolver a tenor de la información suministrada, la aportación de experticia propia alguna sobre una cuestión netamente técnico-médica.

La tarea de este órgano consultivo se ciñe aquí, pues, a elucidar si el daño que pudo producirse en el marco de la intervención sólo puede ser resultado de una mala praxis o si, por el contrario, se trata de un riesgo inherente la tal cirugía y que puede consumarse aun llevándola a cabo con escrupulosa sujeción a la *lex artis*. Pues bien, la pericial promovida por la compañía aseguradora afirma que “en el protocolo quirúrgico la descripción técnica es detallada y minuciosa, sin que se observe ningún defecto técnico”, lo que lleva a concluir al facultativo que “no se aprecia mala praxis (...) en relación con la intervención quirúrgica realizada del 04-12-2024”; por su parte, pese a interesar a quien reclama la prueba de las alegaciones que sostiene (por todos, Dictámenes Núm. 21/2025 y 147/2025), los interesados no han promovido actividad probatoria alguna, por lo que las afirmaciones que realizan sobre la existencia de mala praxis se sustentan, exclusivamente, en su particular opinión sobre la materia. Añádase a lo anterior que la pericial antes referida efectúa un documentado estudio del que extrae que “la perforación intestinal inadvertida en pacientes con cirugías previas ocurre en un 1 % a 19 % de los casos de reintervención, según la complejidad de las adherencias”, que “estas lesiones pueden pasar desapercibidas intraoperatoriamente, especialmente si son puntiformes o secundarias a lesiones térmicas (electrocoagulación) que causan necrosis diferida y perforación días después” y que “la mortalidad de una perforación intestinal inadvertida se aproxima al 20-30 % debido al desarrollo de peritonitis fecaloide y sepsis fulminante”, subrayando finalmente que “el diagnóstico precoz es extremadamente difícil (...) ya que los síntomas iniciales (dolor, íleo) se solapan con los propios de la cirugía abdominal reciente” y que “a menudo, la clínica de sepsis grave (como la presentada por la paciente el día 6) es la primera manifestación evidente de la complicación”.

En definitiva, las consideraciones vertidas en la documentación médica incorporada al expediente no evidencian que concurriese una errónea ejecución

técnico-quirúrgica y tampoco los reclamantes han alcanzado a probar una eventual infracción de la *lex artis*. Todo aboca, por consiguiente, a considerar que nos encontramos ante la lamentable consumación de un riesgo común a este tipo de intervenciones. Y es que, según ya indicamos en líneas precedentes, el servicio público sanitario asume una obligación de medios y no de resultados, por lo que no puede imputarse 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 (por todos, el ya mencionado Dictamen Núm. 182/2019).

En otro orden de cosas, la documentación clínica incorporada al expediente -particularmente la pericial y el informe del Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital "X" (folio 56 del expediente)- obliga a descartar una eventual inobservancia del deber de cuidado, ya que consta un seguimiento continuado del estado de la paciente y una respuesta diligente a la situación que presentaba en cada momento. A este respecto, no puede perderse de vista que, como venimos señalando reiteradamente, el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto* -al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria- el estado de situación, ignorado al momento de la atención y conocido al formularse la reclamación (por todos, Dictámenes Núm. 269/2023 y 110/2025).

En tercer y último lugar, resta pronunciarse acerca del déficit informativo que alegan los reclamantes. Descartado el que no se hubiese obtenido el consentimiento escrito de la paciente con carácter previo a las correspondientes intervenciones, como mantenían inicialmente los interesados en su escrito inicial y que se demostró desajustado a la realidad con la aportación de los oportunos documentos debidamente firmados (el relativo a la primera cirugía por la propia paciente y el correspondiente a la intervención de urgencia por su hija); los reclamantes mantienen que el consentimiento relativo a la intervención practicada el día 4 de diciembre de 2025 "fue firmado en mayo de

2025, es decir, siete meses antes de la intervención, lo cual es claramente una antelación excesiva”; asimismo, le reprochan también que “no figura el riesgo de perforación intestinal durante la intervención”.

La alegación de que el consentimiento hubiese sido firmado con excesiva antelación (el 28 de mayo de 2024) pretende sustentarse en lo razonado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 27 de febrero de 2015 -ECLI:ES:TSJAS:2015:446- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), cuyo fundamento de derecho tercero expresa que “se deduce, en primer lugar, la inexistencia de consentimiento, pues ni consta firmado por la recurrente y fue redactado siete meses antes de la intervención, con lo que supone este excesivo lapsus temporal entre que se suscribe y se realiza el acto médico, para la información actualizada sobre el alcance y las posibles complicaciones de la intervención. Este diferimiento por el sistema de listas de espera instaurado para determinados actos médicos, si bien puede ser admisible desde el punto de vista organizativo y de gestión por la desproporción ente los recursos sanitarios y las prestaciones asistenciales, no lo es desde el punto de vista de los derechos del paciente de respetar su autonomía y voluntad, como informa el especialista de que se ha valido la parte recurrente, ausencia que no se suple con la firma de consentimientos para la anestesia y otras pruebas médicas, ni porque la paciente estuviera incluida en la lista de espera quirúrgica”.

Pues bien, por lo pronto, procede puntualizar que, en el asunto examinado y a diferencia del caso de autos antes referido, queda acreditada la firma del consentimiento informado. Por otra parte, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 27 de febrero de 2015 asocia el “excesivo lapsus temporal entre que se suscribe y se realiza el acto médico” a la existencia de una “información actualizada sobre el alcance y las posibles complicaciones de la intervención”, por lo que el tiempo transcurrido no se podría apreciar en términos abstractos sino en relación con las posibles alteraciones en la situación clínica de la paciente que aconsejasen una nueva toma en consideración por parte de esta última. Y es aquí donde procede traer

a colación lo afirmado en la propuesta de resolución acerca de que “no ha existido una antelación excesiva en la firma del documento de consentimiento informado, ya que no consta en la historia clínica ninguna alteración del estado de la salud de la paciente en el periodo comprendido ente su firma y la intervención quirúrgica”, opinión que este Consejo comparte.

En efecto, teniendo en cuenta que el consentimiento es un acto esencialmente revocable -lo que no pasa desapercibido para quien lo otorga, pudiendo llevarlo a cabo en cualquier momento y en el espacio reservado a tal efecto en el documento firmado- y que la Administración ha de poner en conocimiento del paciente los pros y contras, toda alteración de su situación que pudiese llegara a influir en el proceso decisorio debería ser sometida a su consideración; ahora bien, si en el lapso de tiempo transcurrido el escenario clínico permanece inalterado y la voluntad de la paciente se mantiene (su presencia al acto médico lo confirmaría) no cabría apreciar ni déficit informativo (básicamente, porque no habría más información que suministrar) ni tampoco una actuación que no contase con su anuencia. Antes, al contrario, lo que queda de manifiesto es que el paciente reafirma su criterio en momentos distintos y distantes.

Ahora bien, la pretensión resarcitoria debe prosperar respecto al daño moral irrogado al paciente al haberle practicado el procedimiento invasivo sin haberle informado adecuadamente de los riesgos de la intervención. Los reclamantes aducen que “constan riesgos genéricos predicables de cualquier acto médico, como la infección o la muerte, pero, en cambio, y de forma inexplicable, no figura el riesgo de perforación intestinal durante la intervención”. Frente a ello, la Administración sólo opone -escuetamente- que “la peritonitis sufrida es una complicación descrita en el documento de consentimiento informado”. Sin embargo, en el referido documento no aparece la “peritonitis” sino una referencia genérica al riesgo de infección (que atañe a cualquier cirugía). Además, es notorio que la peritonitis es una inflamación que puede responder a distintas causas, entre ellas la infección, sin que parezca razonable omitir un riesgo primario comprensible para el paciente (la

perforación), máxime cuando ese riesgo se vincula específicamente -según la pericial de la compañía de seguros- a la técnica utilizada; contexto en el que no cabe suplantarla por la indicación genérica de uno de sus efectos o eventuales consecuencias (la "infección", pues no se consigna particularmente la "peritonitis"), que no es en rigor expresiva de aquel riesgo intraoperatorio. A su vez, consta que la enferma tenía un antecedente de hernia operada que, a tenor de los propios informes de la Administración incrementa el riesgo que aquí se ha concretado (para situarlo en pacientes reintervenidos entre el 1 y el 19 %, a tenor del informe de la aseguradora de la Administración); habiéndose silenciado en la documentación informativa ese riesgo específico.

En consecuencia, habiendo sufrido el paciente un menoscabo antijurídico por la lesión de su derecho de autodeterminación, la Administración viene obligada a indemnizar a los reclamantes por ese daño siempre y cuando acrediten con carácter previo su condición de herederos, tal como razonamos en la consideración segunda de este Dictamen.

SÉPTIMA.- Los reclamantes no cuantifican el daño que asocian al concepto al que se reduce aquí el resarcimiento (el déficit informativo sufrido por su progenitor).

A la hora de fijar la cuantía indemnizatoria debemos tener presente que los efectos que originan la falta de información, a tenor de la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de marzo de 2011 -ECLI:ES:TS:2011:1804- (Sala de lo Civil, Sección 1.ª), "están especialmente vinculados a la clase de intervención: necesaria o asistencial, voluntaria o satisfactiva, teniendo en cuenta las evidentes distinciones que la jurisprudencia de esta Sala ha introducido en orden a la información que se debe procurar al paciente, más rigurosa en la segunda que en la primera, dada la necesidad de evitar que se silencien los riesgos excepcionales ante cuyo conocimiento el paciente podría sustraerse a una intervención innecesaria o de una necesidad relativa".

Las dificultades que entraña una cuantificación de ese daño moral son consecuencia no solo de la ausencia de baremos objetivos a los que ajustarse,

sino principalmente de la “evidente incertidumbre causal en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haber sido informado el paciente” (Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de enero de 2012 -ECLI:ES:TS:2012:279-, Sala de lo Civil, Sección 1.ª). Así, la suma resarcitoria en algunos casos vendrá determinada por una cantidad a tanto alzado y en otros por lo que el Tribunal Supremo denomina “régimen especial de imputación probabilística”, que permite reparar en parte el daño, como es la pérdida de oportunidad, tomando como referencia, “la capacidad de decisión de un paciente razonable que valora su situación personal y decide libremente sustraerse o no a la intervención quirúrgica sin el beneficio de conocer las consecuencias para su salud una vez que estas ya se han producido”, como sucede en la sentencia arriba mencionada, que precisa que el daño es “el que resulta de haberse omitido una información adecuada y suficiente sobre un riesgo muy bajo y de su posterior materialización, de tal forma que la relación de causalidad se debe establecer entre la omisión de la información y la posibilidad de haberse sustraído a la intervención médica cuyos riesgos se han materializado”.

Al objeto de fijar la cuantía indemnizatoria en el caso examinado debe tenerse en cuenta que, a la vista de lo actuado en el procedimiento, puede descartarse razonablemente que la paciente se opusiera a la intervención. Atendido que el proceso patológico que se pretendía solventar con la intervención no era banal, y considerando que no consta en el expediente que existieran otras alternativas terapéuticas, podemos razonablemente presumir que de haber sido informada adecuadamente la paciente de los riesgos que conllevaba la cirugía no la hubiera rechazado. Por ello, a la vista de otros supuestos análogos (por todos, Dictamen Núm. 48/2019) estimamos que la cuantía indemnizatoria por el daño ocasionado puede fijarse, a prudente arbitrio, en la cantidad de 3.000 €, que habrán de distribuirse entre sus sucesores en la misma proporción en que son herederos.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, estimar parcialmente la reclamación presentada, indemnizando a en los términos anteriormente señalados.”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a la fecha de la última firma electrónica

V.º B.º

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.-