

Expediente Núm. 331/2006  
Dictamen Núm. 85/2007

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Bastida Freijedo, Francisco*  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General Adjunto:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 12 de julio de 2007, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 30 de noviembre de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por doña ....., por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la deficiente asistencia recibida en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 25 de febrero de 2005, doña ..... presenta, en el registro del Principado de Asturias, una reclamación por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia médica recibida en el Hospital ....., de .....

Inicia su escrito relatando haber sido sometida el día 28 de febrero de 2003 “a una histeroscopia quirúrgica, practicada en el Hospital ..... de ..... (...). Durante el legrado posterior a la histeroscopia, se sospecha que se podía haber

provocado una perforación de útero, por lo que se decide abandonar el procedimiento quirúrgico, ingresando a la paciente para observación y vigilancia./ A las 15:00 horas de ese mismo día, ante la presencia de un cuadro de shock y peritonismo, y diagnosticada una hemorragia peritoneal, se intervino quirúrgicamente a la compareciente, mediante laparotomía. En el curso de dicha intervención, se halló hemoperitoneo (sangre en la cavidad abdominal) de un litro y se observó una perforación de la pared uterina, que fue suturada”.

Refiere a continuación que, “en la evolución clínica posoperatoria, se observa febrícula, distensión abdominal y timpanismo persistente y derrame pleural bilateral. (...) la paciente es sometida a una ecografía y TAC abdominal (...), observándose líquido libre en la cavidad pélvica y una formación pseudoquistica infraumbilical de unos diez centímetros de diámetro./ El día 11 de marzo de 2003, la paciente es sometida a una nueva intervención quirúrgica practicándosele una laparotomía, hallándose un bloque con asas intestinales y lesiones compatibles con perforaciones de las mismas, practicándose una extirpación de íleon y colon derecho (hemicolecotomía derecha), una histerectomía total, sutura del colon sigmoides y limpieza del absceso peritoneal./ En el posoperatorio se presentó una infección de la herida quirúrgica (absceso de pared abdominal), presentando eritema urticariforme de la pared del abdomen”. Añade haber sido “dada de alta hospitalaria en fecha (...) 27 de marzo de 2003 (...), continuó tratamiento ambulatorio (...), permaneció en situación de baja laboral hasta el día 19 de agosto de 2003, fecha en que recibió el alta médica y se incorporó a su actividad laboral”.

Continúa relatando que el día 12 de noviembre de 2003 “presentó denuncia (...) ante el Juzgado de Instrucción Núm. .... de ....., denuncia que dio lugar a la incoación de Diligencias Previas con el número ..../ En el marco de dicho procedimiento penal (...), en fecha (...) 16 de febrero de 2004, se emitió informe de sanidad por el médico forense (...). Dichas diligencias penales finalizaron a medio de auto de archivo dictado en fecha (...) 26 de febrero de 2004, expresándose (...) que el hecho no reviste caracteres de infracción penal (...), con expresa reserva de acciones civiles a la perjudicada (...), notificado a

la representación procesal de la compareciente en fecha (...) 2 de marzo de 2004”.

Refiere que, con “el objeto de determinar el alcance de las secuelas (...), solicitó del (...) Catedrático del Área de Medicina Legal y Forense de la Universidad de ..... la emisión del correspondiente informe (...). En dicho informe (...), realizó las siguientes consideraciones médico legales: (...) La histeroscopia es un método exploratorio que permite visualizar la cavidad uterina./ Esta técnica sirve para el diagnóstico (...). Igualmente, sirve como método terapéutico (...). Nos dice en su informe el médico forense (...) `en este caso, sin embargo, la perforación del útero sufrida por la paciente no parece haber sido causada en la histeroscopia propiamente dicha, sino en el legrado que se le practicó posteriormente./ Sin embargo, la causa de la segunda intervención quirúrgica y las extirpaciones de intestino y útero no parece haber sido esa perforación uterina. En efecto, la segunda laparotomía y las exéresis viscerales fueron debidas a una peritonitis localizada, al parecer secundaria a una perforación intestinal que se habría originado en el legrado uterino y habría pasado desapercibida en la primera laparotomía (...). En la hoja de protocolo quirúrgico de la intervención (...) realizada el día 28 de febrero de 2003, se describe la existencia de un hemoperitoneo de 1000 cc y una perforación del fondo del útero de aproximadamente 8 mm. En la misma se indica comprobación de hemostasia y cierre por planos, y no una revisión de las vísceras pélvicas y abdominales (intestinos) que pudieran haber sido perforados, como así ocurrió./ Las perforaciones intestinales son observadas a lo largo de la intervención quirúrgica efectuada el día 11 de marzo de 2003, tal y como aparece descrito en la hoja de protocolo quirúrgico. (...) al efectuar el legrado tras la histeroscopia, se produce una perforación (...), las mismas se ocasionan cuando existe una técnica poco depurada o manejo incorrecto de la legra u operador poco experto (...). Que desde que se efectúa la intervención quirúrgica el día 28 de febrero de 2003 hasta la del día 11 de marzo de 2003 pasa un tiempo importante, pensamos que (...) podrían haber tomado la decisión de haber efectuado los TAC con anterioridad y con ello anticipar la

intervención quirúrgica y posiblemente reducir las secuelas ocasionadas (...). Que a consecuencia de la intervención quirúrgica efectuada el día 11 de marzo de 2003 se produce una pérdida de parte del intestino delgado (íleon), parte del grueso (colon) y el útero./ Igualmente, debido a tener que efectuar dos laparotomías, en principio innecesarias, si no se hubiera producido la perforación uterina, quedan como secuelas: cicatrices quirúrgicas a nivel abdominal, una horizontal suprapúbica y otra vertical media infraumbilical. (...) como conclusión final de su informe ` que existe relación directa de las secuelas que presenta (...) y la atención sanitaria dada por el Hospital de ..... de ..... (...), durante su estancia en el mismo para efectuarle una histeroscopia y posterior evolución de la misma ´”.

Con base en dicho informe evalúa económicamente la responsabilidad patrimonial según el siguiente desglose: Por días de baja impeditivos, 8.165,34 euros (con estancia hospitalaria, 1.522,38 euros, y sin estancia hospitalaria, 6.642,96 euros). Por secuelas (pérdida de parte del intestino delgado -íleon-, hemicolectomía derecha, pérdida del útero, cicatrices quirúrgicas a nivel abdominal -una horizontal suprapúbica y otra vertical media infraumbilical-), 183.151,54 euros. Por factor de corrección a aplicar sobre la cantidad reclamada en concepto de secuelas, por perjuicios económicos (10%), 18.315,15 euros.

Con base en lo razonado, solicita que se le reconozca una “indemnización de doscientos nueve mil seiscientos treinta y dos euros con tres céntimos” (209.632,03 €), más “los intereses legales por los daños producidos”.

Como “otrosí” pretende valerse de los siguientes medios de prueba: “Documental consistente en que se libre oficio a la Dirección Provincial del INSS (...), a fin de que por quien conste se certifique (...) sobre los periodos de incapacidad laboral transitoria en los que permaneció (...), indicando la causa que motivó dicha baja laboral (...). Más documental consistente en que se tenga por reproducida la historia clínica (...) del Hospital de ..... de .....”.

Adjunta a su escrito los siguientes documentos: 1) copia de informe médico del Servicio de Cirugía General del Hospital de ....., de ....., elaborado

con fecha 9 de abril de 2003; 2) copia de la denuncia formulada por la interesada ante el Juzgado de Instrucción N° ..... de ....., por los mismos hechos; 3) copia del Auto de incoación de Diligencias Previas en el Procedimiento Abreviado número ....., de 12 de noviembre de 2003; 4) copia del informe de sanidad elaborado por un médico forense el día 16 de febrero de 2004, entre cuyas conclusiones refiere que “la actuación quirúrgica parece haber sido pertinente y adecuada a las complicaciones detectadas”; 5) copia del Auto de archivo de las Diligencias Previas, dictado en fecha 26 de febrero de 2004; 6) copia del informe elaborado por el Catedrático del Área de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Oviedo el día 30 de abril de 2004.

**2.** Con fecha 10 de marzo de 2005, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a la interesada que la reclamación ha tenido entrada en el registro del Principado de Asturias y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio.

**3.** Con fecha 11 de marzo de 2005, el Gerente del Hospital de ..... remite al Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias copia, entre otras, del parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria y de la historia clínica de la paciente.

De la historia clínica destacan los siguientes documentos:

1) Hoja de consentimiento para histeroscopia, de 11 de febrero de 2003, firmado por la reclamante y el médico informante. Como complicaciones de la intervención, figuran, entre otras, en la “histeroscopia quirúrgica, menos del 5%:/ a) Hemorragia vaginal./ b) Hemorragia interna./ c) Lesión del útero./ d) Lesión de órganos abdominales./ e) Infecciones (...). Si la complicación lo requiere puede ser necesario practicar una laparoscopia o una laparotomía (cirugía convencional)./ También es posible un aumento de los días de estancia en el hospital”.

2) Hoja de consentimiento para procedimientos médicos, firmado por la interesada el día 28 de febrero de 2003, en la que autoriza al equipo médico a

“realizar (...) reparación lesión uterina (...) histerectomía”. Refiere que “el propósito y la naturaleza del procedimiento, métodos alternativos de diagnóstico o tratamiento, y las posibles complicaciones me han sido claramente explicados. (...) expreso que no se me garantizan los resultados que se pretende obtener”.

3) Hoja de consentimiento para laparotomía exploradora, de 11 de marzo de 2003, firmado por la reclamante y el médico informante. Como complicaciones de la intervención figuran, entre otras: “a) Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...). b) Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria)./ c) Lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales./ d) Lesiones intestinales./ e) Fístulas./ A largo plazo podrían existir prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, hernias poslaparotómicas (abdominales), así como patología de ovarios restantes cuando se conservan los anejos”.

4) Escrito que dirige la reclamante al Director Gerente del Hospital de ..... solicitando se le traslade la historia clínica obrante en dicho hospital. En él refiere que “a mediados del pasado agosto me incorporé a mi actividad laboral (...). Aunque aún no tenga el alta médica de algunos departamentos de ..... (tengo pendientes análisis y una revisión ginecológica) creo que me encuentro aceptablemente bien física y psíquicamente”.

5) Hoja de consulta/revisión ambulatoria de la paciente por el Servicio de Ginecología del Hospital de ..... La anotación realizada con fecha 9 de julio de 2003, refiere “todo en orden recuperando poco a poco la vida normal (...), revisión en seis meses con analítica”. Por su parte en la anotación efectuada el día 15 de enero de 2004 refiere que la paciente se encuentra “incorporada de forma completa a su vida (...) normal”. Finalmente, en la anotación de 3 de junio de 2004, consta “perfecta. Alta”.

4. El día 15 de marzo de 2005 emite informe el Jefe de Sección del Servicio de Cirugía. En él señala que “el día 11-3-03 soy requerido por el S. de Ginecología para colaborar en la intervención quirúrgica a que se somete a la paciente

referida, a la cual previamente se le ha realizado una laparotomía exploradora el día 28-2-03, por presentar hemoperitoneo debido a rotura uterina, motivada a su vez en el curso de una histeroscopia y legrado uterino, el mismo día./ Por mi parte, debido a la existencia de un bloque inflamatorio que engloba asas de intestino delgado y colon dcho., alrededor de abscesos en abdomen y pelvis, por lesiones en dichas asas, nos vemos en la necesidad de practicar resección de íleon terminal y colon dcho., ileotransversostomía, sutura de serosa a nivel de colon sigmoides y lavado - drenaje de las cavidades abscesificadas. Por parte de Ginecología se lleva a cabo una histerectomía”.

Continúa informando que “el seguimiento posoperatorio se hace en la planta de Cirugía General con evolución favorable a pesar de las habituales complicaciones en este tipo de patologías intestinales: infección de herida quirúrgica, afecciones pleurales secundarias, reacciones urticariformes, etc., todas ellas resueltas perfectamente./ Se llevan a cabo controles ambulatorios con varios TAC abdominopélvicos sucesivos hasta la total normalización. La última revisión por mi parte se hizo el día 22-5-03”.

**5.** El día 4 de abril de 2005 emite informe el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología. En él, tras relatar brevemente los antecedentes de la paciente, refiere que, diagnosticada de útero polimiomatoso, “se le ofrece a la paciente tto. quirúrgico: histerectomía o histeroscopia, prefiriendo la paciente histeroscopia./ La paciente firma consentimiento informado y acepta los riesgos descritos en el informe. Entre otros figuran específicamente: b) Hemorragia interna./ c) Lesión del útero./ d) Lesión de los órganos abdominales./ e) infecciones”.

Indica que el día “28-02-03 se practica histeroscopia apreciándose una cavidad muy amplia e irregular. Se inicia la resección. Se continúa con un legrado para intentar mejorar la visualización por tener un endometrio muy proliferado y ante las dudas de una posible perforación se abandona el procedimiento (informe de Ant. Patológica del material enviado: fragmentos de leiomioma. Endometrio secretor)./ En el posoperatorio inmediato se objetiva

palidez, hipotensión, abdomen distendido y presencia de líquido libre en cavidad abdominal, por lo que se decide laparotomía por hemorragia intraabdominal. Se comprueba perforación en fondo uterino y sangrado. Se dan puntos hemostáticos en zona de perforación. Se instaura tratamiento antibiótico que se mantiene durante todo el posoperatorio, que cursa con febrícula, anemia, sin leucocitosis. Buena tolerancia oral y presencia (de) deposiciones aunque mantiene un discreto timpanismo”.

Añade que “el 9-3-03 se realiza eco ginecológica, apreciando masa subumbilical, seguida de TAC sin contraste que sugiere hematoma o absceso. El 10-3-03 se practica TAC con contraste que confirma absceso intraabdominal./ El 11-3-03 se realiza laparotomía conjunta por Servicio de Cirugía General y Ginecología, apreciando bloque de asas, colon, epiplón y mesenterio con cavidad central abscesificada. Se hace resección de íleon y hemicolectomía dcha.; aprovechando el acto quirúrgico para, previo consentimiento de la paciente, hacer histerectomía y así dar solución definitiva al problema inicial de las menorragias (informe de Anat. Patológica: múltiples microabscesos intramurales en pared intestinal y tejido graso periseroso./ Útero: leiomiomas con cambios focales de necrosis isquémica)./ El 12-3-03 la paciente es trasladada a la planta de Cirugía, donde es seguida por los Servicios de Cirugía y Gine, con antibioterapia según pauta del Servicio de Enfermedades Infecciosas. El curso posoperatorio es normal. Presenta absceso de pared abdominal que se drena tópicamente”.

Con base en lo expuesto, concluye que se trata de una “paciente que ha sufrido unas complicaciones quirúrgicas, tras intervención de histeroscopia-legrado en (la) que se produjo perforación uterina, sin duda favorecida por las propias dificultades anatómicas de la paciente (cavidad muy amplia distorsionada por múltiples miomas), e infección posterior./ Todas las complicaciones padecidas aparecían descritas como posibles, y asumidas por la paciente en el consentimiento informado”.

6. Con fecha 13 de abril de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias

designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que, tras recoger los antecedentes del caso, valora la actuación de la Administración sanitaria, entendiéndose que “la paciente fue debidamente controlada en todo momento y la actuación profesional se adaptó correctamente a los criterios de la *lex artis*. En este mismo sentido se expresa el informe del médico forense que intervino en las Diligencias Previas ..... incoadas por el Juzgado de Instrucción N° ..... de .....

Por lo expuesto, considera que “la patología sufrida por la paciente es una de las complicaciones más frecuentes, y por tanto un riesgo típico, de la técnica a la que se sometió y así fue informada, firmando el día 11 de febrero de 2003, el correspondiente documento de consentimiento en el que expresamente constan como complicaciones de las histeroscopias quirúrgicas, entre otras, las lesiones del útero y de órganos abdominales, las hemorragias y las infecciones, así como la posibilidad de tener que practicar una laparotomía ante la aparición de alguna de las complicaciones descritas”.

Refiere a continuación que “la *lex artis* implica, básicamente, el cumplimiento de la obligación de utilizar los medios que conozca la ciencia y estén a disposición del profesional; informar al paciente, o en su caso a los familiares, del diagnóstico, el pronóstico y las alternativas terapéuticas y sus posibles riesgos y continuar el tratamiento hasta el alta, circunstancias que se han dado en el presente caso”; razón por la que, entendiéndose que “la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*” propone desestimar la reclamación interpuesta.

**7.** Con fecha 19 de abril de 2005, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente a la correduría de seguros.

**8.** El día 9 de junio de 2005, se emite informe, realizado colegiadamente por dos especialistas en Obstetricia y Ginecología a instancia, según consta en la propuesta de resolución, de la compañía aseguradora. En el mismo, después de

describir de forma detallada los antecedentes, se realizan diversas consideraciones médicas sobre las posibles complicaciones de la cirugía histeroscópica y el caso concreto.

Tras lo razonado, extraen las siguientes conclusiones: "1. La técnica de histeroscopia era la adecuada para intentar solucionar el problema de metropatía anemizante que presentaba la paciente./ 2. La suspensión de la técnica ante la aparición de la complicación de perforación uterina, es correcta./ 3. La realización de laparotomía exploradora por sospecha de perforación sangrante es imprescindible y más eficaz que la laparoscopia para descartar lesiones en órganos adyacentes a útero, así como más adecuada para reparar ese tipo de lesiones en caso de que se diagnostiquen./ 4. La cobertura antibiótica tras la primera laparotomía estaba absolutamente indicada, y fue probablemente ésta la que pudo enmascarar el proceso de perforación intestinal que se produjo con posterioridad a la laparotomía como consecuencia de daño térmico de las asas intestinales./ 5. Suponemos daño térmico de las asas intestinales ante la no evidencia de perforación intestinal en la primera laparotomía y la instauración tardía y tórpida del absceso abdominal./ 6. Podemos concluir por todo lo expuesto que (...) se actuó según (la) *lex artis ad hoc* en la solución de las complicaciones que lamentablemente fueron apareciendo en la evolución del proceso de la paciente".

**9.** Con fecha 23 de de junio de 2005, se notifica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en él.

El día 6 de julio de 2005, se extiende diligencia para hacer constar que quien figura como la representante legal de la interesada se persona en las dependencias de la Administración y obtiene una copia de todo el expediente que, en ese momento, se compone de trescientos treinta y un (331) folios. Se adjunta copia del documento nacional de identidad de la interesada y de su representante, así como la autorización otorgada a favor de ésta por la reclamante.

**10.** Con fecha 8 de julio de 2005, se presenta en el registro del Principado de Asturias un escrito de alegaciones, reiterando la interesada las ya efectuadas en su reclamación inicial, solicitando ser indemnizada al existir una “indiscutible relación directa entre las secuelas que presenta la compareciente y la atención sanitaria prestada”.

Reitera, asimismo, la petición expresada en su escrito inicial de valerse de prueba documental y de que “se tenga por reproducida la historia clínica (...) del Hospital de ..... de ....., así como los documentos obrantes en el expediente administrativo”.

**11.** Mediante oficio fechado el 15 de julio de 2005, el Jefe del Servicio instructor remite una copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora.

**12.** Con fecha 23 de septiembre de 2005, el Jefe del Servicio instructor formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación, al considerar que “la actuación de los servicios sanitarios se ajustó en todo momento a la *lex artis ad hoc*, no existiendo deficiencia alguna en el tratamiento dispensado (...), a pesar de lo cual, no se pudieron evitar las complicaciones derivadas de la histeroscopia a la que voluntariamente se sometió, con pleno conocimiento de los riesgos inherentes al procedimiento (tal y como consta en los consentimientos informados adjuntos al expediente)”. Considera que “no se puede hablar en este caso de la existencia de un daño antijurídico que la paciente no tuviera el deber de soportar, toda vez que, los daños que se produjeron son riesgos típicos descritos como tal en el consentimiento informado que la paciente firmó”.

Refiere que “desde el momento (en) que se tuvo sospecha de que se podía haber producido una perforación uterina (riesgo típico descrito en el consentimiento informado y favorecido por las propias dificultades anatómicas de la paciente), los facultativos pusieron todos los medios a su alcance para

minimizar la complicación y pautar el tratamiento correcto a tales efectos. Se suspendió el procedimiento y se controló constantemente a la paciente (...). En cuanto se confirmó la afectación uterina (el mismo día de la histeroscopia), los especialistas procedieron a intervenir quirúrgicamente a la paciente mediante laparotomía (...). Nuevamente, en cuanto se constató la afectación intestinal (...) se procedió adecuadamente: se expuso el caso en sesión clínica (...) y se realizó una laparotomía que tras un adecuado tratamiento antibiótico posibilitó la recuperación de la paciente”. Concluye que los “profesionales sanitarios actuaron de acuerdo a la *lex artis ad hoc*, sin que por tanto se pueda extraer nota alguna de antijuridicidad del daño. Nos encontramos ante un caso de complicación por riesgo típico descrito en el consentimiento informado, lo que impide hablar de daño antijurídico y por tanto no cabe la pretendida indemnización de los daños”.

**13.** Mediante escrito de fecha 23 de septiembre de 2005, el instructor del procedimiento propone al Consejero de Salud y Servicios Sanitarios que se recabe dictamen de la Comisión Permanente del Consejo de Estado.

**14.** Mediante escrito de 13 de diciembre de 2005, el Presidente del Consejo de Estado solicita que se incorpore al expediente un informe evacuado por el Colegio Oficial de Médicos de Asturias sobre las cuestiones que detalladamente plantea en relación con el procedimiento.

**15.** Con fecha 3 de marzo de 2006, el Secretario General del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias remite el informe pericial, de 22 de marzo de 2006, suscrito por el Presidente de la Asociación de Ginecología del Principado de Asturias, y cuyas consideraciones hace suyas el citado colegio.

En primer lugar, en relación con la pregunta acerca de “si la perforación del útero debe considerarse un riesgo propio del legrado, inevitable según el estado de la técnica, y si existen indicios en el expediente de que, en este caso, teniendo en cuenta las características del útero de la paciente (existencia de

múltiples miomas y endometrio muy distorsionado) fuera debido a mala praxis médica”, responde el informe que “los textos médicos coinciden en señalar que la perforación uterina es la complicación más frecuente de la histeroscopia quirúrgica. Es un riesgo propio e inevitable inherente a la práctica del legrado y de la histeroscopia, reconocido así en el documento de consentimiento informado./ No existen indicios de mala praxis. El cirujano realiza el legrado para mejorar la visión y poder continuar la resección histeroscópica con el menor riesgo posible. Asimismo, una vez sospechada la perforación, el cirujano suspende la intervención./ Se trata de actuaciones acordes a los protocolos y nada permite deducir mala praxis médica”.

En segundo lugar, sobre “si la perforación uterina fue la causante de la pérdida del útero o si por el contrario ésta era inevitable concurriendo peritonitis”, refiere que “la perforación uterina no complicada por hemorragia o infección no constituye, en sí misma, un motivo para la extirpación del útero./ Una vez instaurado un cuadro de absceso abdominal sólo abordable quirúrgicamente mediante laparotomía, está indicada la extirpación del útero puesto que la perforación del mismo y, secundariamente, la lesión intestinal fueron la vías de entrada para los gérmenes causantes de la formación del absceso. Se trata, además, de un útero patológico (polimiomatoso) cuya conservación podría dar lugar a complicaciones inmediatas (mantenimiento de un foco potencial de infección) y tardías (menorragias anemizantes)./ La extirpación del útero es inevitable una vez que se desarrolla un absceso abdominal que no responde a los antibióticos, cuya vía inicial es de origen ginecológico”.

En tercer lugar, con respecto a “si la pérdida del útero era inevitable en el futuro teniendo en cuenta las metrorragias y miomas que padecía la interesada”, entiende que se trata de una “paciente (...) diagnosticada de útero miomatoso./ Los miomas uterinos (...) deben ser intervenidos quirúrgicamente realizando una histerectomía (en) aquellos casos en que se sospeche transformación maligna, experimenten crecimiento rápido o sean causa de metrorragias anemizantes, una vez descartado otro origen. A esta última

indicación corresponde el caso que nos ocupa, puesto que se ha confirmado la existencia de miomas como causa de las hemorragias genitales (mediante ecografía e histeroscopia) y se ha descartado un origen funcional de las mismas -susceptible de tratamiento no quirúrgico- dado que la biopsia endometrial fue informada como normal./ Consideramos que la indicación inicial de histerectomía es correcta. Al rechazar la paciente la realización de la misma, se optó por realizar una histeroscopia quirúrgica como alternativa, pero con ello no se descartó la realización futura de una histerectomía según fuera la respuesta clínica./ El tamaño del útero, la localización de los miomas, las menorragias anemizantes que causaban, la edad de la paciente y el crecimiento potencial de los miomas en una mujer sin alteraciones hormonales que hagan pensar en una menopausia cercana, constituyen en conjunto signos que apoyan una alta probabilidad de tener que realizar una histerectomía en un plazo más o menos lejano imposible de precisar”.

En cuarto lugar, sobre “si se produjo una perforación intestinal o bien una mera lesión térmica como causa inmediata del absceso que sufrió la paciente” refiere que “el informe quirúrgico del Servicio de Cirugía encuentra signos de perforación intestinal encubierta./ La revisión de los informes quirúrgicos y anatomopatológicos no permite discernir si dicha perforación fue debida a lesión mecánica en el momento de realizar el legrado y la resección histeroscópica, o bien secundaria a necrosis debida a lesión térmica./ En todo caso, la llegada a la cavidad abdominal de gérmenes -ya sea de origen genital o intestinal- puede ser causa de absceso cuando el tratamiento con antibióticos no es capaz de eliminarlos”.

En quinto lugar, respecto de “si la perforación intestinal o la lesión térmica, en su caso, se produjo durante la intervención de histeroscopia o bien en el legrado posterior”, entiende que “queda establecido que el ginecólogo advirtió la perforación uterina en el momento del legrado. Como se expuso en el apartado anterior, no está dilucidado si se trata de una perforación por lesión térmica (relacionada con el uso del relector durante la histeroscopia) o mecánica (más en relación con la legra). No se puede, en consecuencia, afirmar

en qué momento se produjo”.

En sexto lugar, planteado “si dicha perforación intestinal o dicha lesión térmica, en su caso, debe considerarse un riesgo propio de la histeroscopia o del legrado, según sea el caso, inevitable según el estado de la técnica; y si existen indicios en el expediente de que en este caso, teniendo las características del útero de la paciente, se produjera a causa de una mala praxis médica” refiere que “la perforación o lesión térmica del intestino son secundarias a una perforación uterina. En el consentimiento informado se refleja la posibilidad de `lesión de órganos abdominales`. Se trata de una complicación inevitable, aunque infrecuente. No existen indicios de mala praxis puesto que -al igual que se mencionó en el apartado 1- el ginecólogo suspende inmediatamente la intervención cuando sospecha perforación uterina”.

Por último, cuestionado sobre “si la falta de indicación, en la hoja de protocolo quirúrgico de la intervención, de la revisión de las vísceras pélvicas y abdominales (intestinos), teniendo en cuenta las características del útero de la paciente pone de manifiesto una violación de la lex artis médica” y “en caso de que así sea, cuáles han sido las secuelas y consecuencias asociadas de forma directa e inmediata a la falta de revisión de estas vísceras”, considera que “en la hoja de protocolo quirúrgico de laparotomía practicada el día 28 de febrero, se reflejan con exactitud los hallazgos abdominales (`hemoperitoneo de 1.000 cc`) y se describen las características de los genitales internos, tanto del útero como de los anejos, así como la perforación uterina. La revisión de las vísceras pélvicas ha sido completa y suficientemente descrita. Si bien no consta explícitamente que se hayan revisado las asas intestinales, entendemos que este hecho no permite deducir de manera inequívoca que no haya tenido lugar puesto que el ginecólogo que realizó la intervención hizo constar minuciosamente todos los aspectos de la intervención (hallazgos anatómicos, técnica quirúrgica, tipo de sutura, instauración de profilaxis antibiótica, etc.) y en el apartado final refleja `resto sin incidencias`”.

**16.** En fecha 21 de de abril de 2006, se notifica a la reclamante la apertura de un nuevo trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de los nuevos documentos obrantes en el mismo.

El día 25 de abril de 2006, quien figura como representante legal de la interesada se persona en las dependencias de la Administración y obtiene una copia de la nueva documentación incorporada al expediente, según diligencia incorporada al mismo. Se adjunta copia del pasaporte de la interesada y del documento nacional de identidad de su representante, y la autorización otorgada a su favor por la reclamante.

**17.** Mediante escrito de 12 de mayo de 2006, se formulan alegaciones por la reclamante, que en nada difieren de las contenidas en su escrito anterior.

**18.** Mediante oficio fechado el 16 de mayo de 2006, el instructor del procedimiento remite una copia de las alegaciones presentadas a la correduría de seguros y a la compañía aseguradora.

**19.** Con fecha 10 de noviembre de 2006, el Jefe del Servicio instructor formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, recogiendo íntegramente los razonamientos expuestos en su propuesta anterior.

**20.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 30 de noviembre de 2006, registrado de entrada el día 4 de diciembre de 2006, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ....., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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 establecido 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 dispuesto en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

En efecto, constituido el Consejo Consultivo del Principado de Asturias el día 27 de abril de 2005 y comenzado el ejercicio de su función de alto asesoramiento el día 2 de noviembre del mismo año, procede sustanciar ante él la consulta objeto de este dictamen, dada la fecha de la propuesta de resolución finalmente elaborada y aun cuando previamente se hubiera recabado el del Consejo de Estado, que consideró debía completarse la tramitación como hemos dejado expuesto en los antecedentes.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de

manifestarse 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 orden a establecer la fecha en que habría de iniciarse el cómputo del plazo de un año, partimos de considerar que tal fecha deberá coincidir con aquella en que el daño y su alcance se ha manifestado de manera efectiva y objetiva, de modo que a partir de ella pudo la perjudicada ejercer su derecho de reclamación, sin que tal fecha pueda depender de la exclusiva voluntad o actuación de la persona afectada. En suma, el *dies a quo* para el cómputo del plazo de prescripción habrá de ser aquél en que, por conocerse el perjuicio sufrido en aquellos de sus aspectos -carácter efectivo, evaluable económicamente, individualizado y antijurídico- que han de integrar una lesión indemnizable, puede instarse dicha indemnización, debiendo realizarse el cómputo de modo flexible, antiformalista y favorable a la reclamación, razón por la que en el caso que se somete a nuestra consideración resulta fundamental atender a lo actuado en el procedimiento.

En el supuesto ahora examinado, consta acreditado en el expediente que el día 27 de marzo de 2003 la interesada, tras las distintas intervenciones practicadas, recibió el alta hospitalaria. Según ella misma aduce en su escrito de reclamación, se incorporó a la vida laboral cuando recibió el alta médica, el día 19 de agosto de 2003, fecha que sin embargo no aparece acreditada en el expediente, a pesar de que la interesada solicitó expresamente en su escrito, como prueba documental “que se libre oficio a la Dirección Provincial de INSS (...) a fin de que (...) se certifiquen (...) los periodos de incapacidad laboral”. Si considerásemos como el *dies a quo* para el cómputo del plazo de prescripción el 19 de agosto de 2003 -fecha que, insistimos, carece de constancia documental-, resultaría que, interpuesta la reclamación de responsabilidad patrimonial el día 25 de febrero de 2005, la acción para reclamar habría prescrito.

Ahora bien, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de 29 de enero de 2007, 18 de enero de 2006, 16 de mayo de 2002 y 23 de enero de 2001, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª)

y siguiendo lo ya manifestado en anteriores dictámenes de este Consejo, hemos de tener presente la eficacia interruptiva del plazo de prescripción de actuaciones penales concurriendo los requisitos de identidad sustancial de sujetos y hechos. Con fecha 12 de noviembre de 2003, la ahora reclamante formula denuncia ante la jurisdicción penal por los hechos que se alegan en la presente reclamación administrativa. Instruidas diligencias previas, el día 26 de febrero de 2004 se dicta auto de sobreseimiento. La interesada aduce en su reclamación que el auto le fue notificado a su representante el día 2 de marzo de 2004, pero sin acreditar tal circunstancia y sin que la Administración realice acto alguno tendente a su comprobación. Si, como ya hemos razonado, el *dies a quo* para el cómputo del citado plazo ha de ser aquél en el que pudo conocer la interesada el perjuicio sufrido en todos los aspectos que han de concurrir en él para su consideración como lesión indemnizable, la notificación a ella, o a su legal representante, del auto de sobreseimiento habrá de marcar el inicio del plazo, y su constancia formal adquiere pues una relevancia sustancial. La mera alegación, sin constancia formal, por la parte interesada de que la repetida notificación se produjo el día 2 de marzo de 2004 no permite tener por cierto el hecho. Tampoco la ausencia de actuación o consideración alguna sobre el particular por la Administración permite considerar acreditado este hecho.

No obstante, atendidas la fecha del propio auto judicial (26 de febrero de 2004) y la de presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial (25 de febrero de 2005), habremos de concluir que esta última se ejercitó, en cualquier caso, dentro del plazo de prescripción, en el plazo de un año legalmente establecido al efecto.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en

virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

Sin embargo, no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a la interesada, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que, si bien se le notifica la fecha de recepción de su solicitud y la incoación del procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado, al haberse informado de alguno de los extremos requeridos mediante una mera referencia a la normativa de aplicación.

Igualmente, hemos de señalar la omisión de actos expresos de tramitación e instrucción, tales como la resolución de apertura del preceptivo periodo de prueba, determinación de su plazo y admisión o, en su caso, denegación expresa y motivada de las pruebas propuestas. Solicitada por la reclamante en su escrito inicial, y luego reiterada en el de alegaciones, prueba documental consistente en que “que se libre oficio a la Dirección Provincial del INSS (...) a fin de que (...) se certifiquen (...) los periodos de incapacidad laboral (...), indicando la causa que motivó dicha baja laboral”, nada ha sido resuelto por la Administración actuante. No obstante, dado el sentido final del presente dictamen, y teniendo en cuenta que pudo haber aportado dicha documentación durante la tramitación del procedimiento, este Consejo Consultivo no aprecia razones para suponer que en el caso de que se hubiera abierto el oportuno periodo probatorio y practicado la propuesta, se habría modificado el resultado

final. Como ya hemos expuesto al analizar el plazo de prescripción para el ejercicio de la reclamación, se ha omitido en la instrucción la comprobación de la fecha en que se notificó el auto judicial de sobreseimiento de la diligencias previas penales (sin realizar consideración alguna sobre el particular), si bien tal fecha no resultaría esencial en este caso, según hemos expuesto en la consideración jurídica anterior.

Por estas razones y en aplicación del principio de economía procesal, no cabe estimar necesaria la retroacción de actuaciones cuando, de subsanarse el defecto procedimental, es de prever, en buena lógica, que se produciría la misma propuesta de resolución.

Así mismo, observamos que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Recibida la reclamación en el registro del Principado de Asturias el día 25 de febrero de 2005, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 4 de diciembre de 2006, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. Ello no impide, no obstante, la resolución del procedimiento, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

**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 139 de la LRJPAC, ya citada, 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 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.-** Funda la reclamante su pretensión indemnizatoria en una defectuosa asistencia sanitaria -“manejo incorrecto de la legra durante un legrado (...) por acción de un operador inexperto”- durante la histeroscopia quirúrgica practicada el día 28 de febrero de 2003, resultando como consecuencia que, al realizar el legrado subsiguiente a la cirugía, y ante la aparición de diversas complicaciones, se produjo una perforación uterina -cuya sospecha se advierte

el mismo día de la intervención- así como una perforación intestinal que habría pasado inadvertida en tal fecha al no haber revisado “las vísceras pélvicas y abdominales (intestinos) que pudieran haber sido perforados”, determinando la necesidad de realizar una segunda intervención el día 11 de marzo de 2003, en que la que se le extirpó parte del intestino delgado (íleon), parte del grueso (colon) y el útero. Añade, además, que “debido a tener que efectuar dos laparotomías, en principio innecesarias (...), si no se hubiera producido la perforación uterina, quedan como secuelas: cicatrices quirúrgicas a nivel abdominal, una horizontal suprapúbica y otra vertical media infraumbilical”.

Analizada la documentación incorporada al expediente, consideramos que no existe controversia sobre la realidad del daño alegado por la interesada -pérdida de parte del intestino delgado (íleon), parte del grueso (colon), del útero y cicatrices subsiguientes a la cirugía- ni tampoco sobre su relación directa con la intervención quirúrgica que se le practicó por el servicio sanitario público, por lo que en el presente caso entendemos que el daño alegado deriva de la atención médica prestada. Pero la existencia de un daño producido en estas circunstancias no implica automáticamente la imputación de responsabilidad a la Administración, ni debe reputarse necesariamente de antijurídico.

En el supuesto que se somete a nuestra consideración, la reclamante, tomando como base el informe pericial aportado junto a su escrito de reclamación -elaborado por el Catedrático del Área de Medicina Legal y Forense de la Universidad de .....-, imputa a la Administración sanitaria la existencia de una negligencia médica en la intervención practicada el día 28 de febrero de 2003, tanto por el empleo de “una técnica poco depurada o manejo incorrecto de la legra” por “operador inexperto”, así como por no revisar “las vísceras pélvicas y abdominales (intestinos) que pudieran haber sido perforadas”. Sin embargo, lo cierto es que, si bien los distintos informes médicos que aporta acreditan la realidad de los daños que aduce así como su relación con la actuación sanitaria -el referido informe pericial considera evidente “que existe relación directa de las secuelas que presenta (la interesada) y la atención

sanitaria dada por el Hospital `.....´ de ..... (...) durante su estancia en el mismo para efectuarle una histeroscopia y (la) posterior evolución de la misma"-, no prueban que el daño haya sido producido por una infracción de la *lex artis ad hoc*. De hecho sorprende que incluso el informe médico forense elaborado durante las actuaciones penales instruidas y aportado por la reclamante junto a su escrito de reclamación contenga, entre otras conclusiones, que "la actuación quirúrgica parece haber sido pertinente y adecuada a las complicaciones detectadas".

Con carácter previo a cualquier otra consideración, debemos empezar por señalar que, como ya ha tenido ocasión de enunciar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio sanitario público debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra un 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 que se obtengan los resultados concretos pretendidos. Se trataría de "aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida" (Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 11 de marzo de 1991).

Se advierte, no obstante, que, a diferencia de lo que sostiene la interesada, los distintos informes incorporados al expediente coinciden en considerar que la indicación y la técnica quirúrgica aplicadas en cada momento

por los profesionales sanitarios fueron adecuadas, entendiendo que el daño sufrido por la interesada no es consecuencia de una vulneración de la “lex artis ad hoc”, sino que estaríamos ante una serie de complicaciones inevitables -aunque infrecuentes-, en cuanto materialización de un riesgo inherente al legrado subsiguiente a la histeroscopia que se le practicó. En este sentido, el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de ..... considera que “todas las complicaciones padecidas aparecían descritas como posibles, y asumidas por la paciente en el consentimiento informado”. Por su parte, el informe técnico de evaluación considera que “la paciente fue debidamente controlada en todo momento y la actuación profesional se adaptó correctamente a los criterios de la lex artis (...). La patología sufrida por la paciente es una de las complicaciones más frecuentes, y por tanto un riesgo típico, de la técnica a la que se sometió”.

En el mismo sentido, el informe elaborado por dos especialistas en Ginecología y Obstetricia a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias refieren que el cuadro médico que presentaba la paciente “justifica la técnica indicada” y añaden que “los hallazgos de la laparotomía, las técnicas empleadas en ella y la evolución posoperatoria entran dentro de lo previsto en este tipo de procesos”, por lo que consideran “se actuó según (la) lex artis ad hoc en la solución de las complicaciones que lamentablemente fueron apareciendo en la evolución del proceso de la paciente”.

Finalmente, el informe remitido por el Colegio Oficial de Médicos de Asturias en respuesta a la solicitud formulada por el Consejo de Estado resulta especialmente claro a este respecto, por cuanto analiza la actuación sanitaria en relación con cada uno de los daños que se alegan. Considera, en primer término, que la perforación uterina sufrida por la interesada “es un riesgo propio e inevitable inherente a la práctica del legrado y de la histeroscopia, reconocido así en el documento de consentimiento informado”, sin que existan “indicios de mala praxis” en la actuación de los profesionales sanitarios, resultando que el cuadro de absceso abdominal sufrido por la paciente durante el posoperatorio hizo igualmente “inevitable” la extirpación del útero,

circunstancia que, atendidos los antecedentes y las características fisiológicas de la paciente, de no haber tenido lugar por los hechos expuestos, se hubiera producido con “alta probabilidad” en un plazo “más o menos lejano”. En segundo término, refiere que la perforación intestinal fue secundaria a la perforación uterina, lo que constituye igualmente “una complicación inevitable, aunque infrecuente”, reconocida en el documento de consentimiento informado, y sin que a la vista de lo actuado se aprecie indicio alguno de “mala praxis”. Respecto de la última imputación que realiza -no haber revisado “las vísceras pélvicas y abdominales (intestinos) que pudieran haber sido perforados”-, considera que “si bien no consta explícitamente que se hayan revisado las asas intestinales (...), este hecho no permite deducir de manera inequívoca que no haya tenido lugar puesto que el ginecólogo que realizó la intervención hizo constar minuciosamente todos los aspectos de la intervención (hallazgos anatómicos, técnica quirúrgica, tipo de sutura, instauración de profilaxis antibiótica, etc.) y en el apartado final refleja “resto sin incidencias”, por lo que tampoco, en este caso, aprecia indicio o vulneración alguna de la “lex artis ad hoc”.

Dado que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, y en particular tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama, en la medida en que la reclamante -que tuvo acceso a los referidos informes técnicos aportados por la Administración en el trámite de audiencia y vista del expediente, otorgados tras la incorporación de cada uno de ellos- no se opuso a su contenido aportando prueba alguna en contra, hemos de concluir que el daño que imputa a la Administración sanitaria no es más que una “mera” alegación de parte, carente de todo valor probatorio.

Como ya ha tenido ocasión de pronunciarse este Consejo, cuando surgen dudas sobre la existencia de nexo causal entre el daño alegado y el servicio sanitario público, el criterio de la *lex artis ad hoc* se suele utilizar por la doctrina y la jurisprudencia como estándar de delimitación del ámbito objetivo de

imputación del fenómeno dañoso al funcionamiento del servicio sanitario público, y así lo ha hecho este Consejo en numerosos dictámenes. Si, como en el presente caso, el nexo causal es por todos reconocido, la constatación de que la acción quirúrgica denunciada se ajustó a la *lex artis* no desplaza ni diluye la relación de causalidad entre el daño y dicha conducta médica, pero sirve para afirmar que hubo un funcionamiento normal, no anormal o negligente, del servicio sanitario público. Esta consideración no exime, sin más, de responsabilidad patrimonial a la Administración, que ha de responder por el funcionamiento tanto normal como anormal del servicio público, pero constituye un dato relevante en el análisis del último de los requisitos para que se declare esa responsabilidad: la antijuridicidad del daño.

En efecto, la adecuación de la actividad del servicio público sanitario a la *lex artis* es presupuesto necesario, aunque no siempre suficiente, para entender que el daño alegado no es antijurídico. En el presente caso, la falta de antijuridicidad se produce por la combinación de dos circunstancias. Al cumplimiento de la *lex artis* por el servicio público se une la prestación por la perjudicada de los correspondientes impresos de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de histeroscopia, de reparación de la lesión uterina y de práctica de laparotomía, en los que, como riesgos de dichas técnicas, figuran, entre otros, la posibilidad de sufrir lesión del útero, de órganos abdominales e infecciones surgiendo, en consecuencia, el deber jurídico de soportar el daño por el que reclama.

A la vista de lo anterior, entendemos que las posibles complicaciones derivadas de la operación quirúrgica practicada fueron conocidas y aceptadas por la reclamante mediante la firma de la correspondiente hoja de consentimiento informado para la práctica de dicha intervención. En tales documentos, firmados por la reclamante y por el profesional encargado en cada caso de prestarle la información, se reseñan como riesgos típicos de cada una de ellas las complicaciones sufridas. En principio, con el consentimiento informado para la realización de una operación quirúrgica el paciente asume los riesgos derivados de ella cuando ha sido correctamente practicada, sin que sea

posible sostener que no tiene “el deber jurídico de soportar” el daño sufrido, ya que éste no es otra cosa que una materialización de uno de los riesgos descritos. Falta, por tanto, el imprescindible elemento de antijuridicidad que debe acompañar a cualquier daño para que su producción pueda generar responsabilidad de la Administración.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por doña .....

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL ADJUNTO,

V.º B.º  
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.