

Expediente Núm. 184/2007
Dictamen Núm. 78/2008

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:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 11 de septiembre de 2008, 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 19 de septiembre de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por doña, por deficiente asistencia sanitaria en centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha de registro de entrada de 10 de abril de 2007, doña presenta, en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, una reclamación por responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia médica recibida en el Hospital “X”, con ocasión de una intervención quirúrgica a la que fue sometida.

Señala en su escrito que nació el día 3 de agosto de 1966 y que “ingresó en fecha 12 de marzo de 2002 en el Hospital `X´ (...), al objeto de someterse a

una intervención quirúrgica, siendo el diagnóstico previo de Colelitiasis de cálculo único enclavado en cuello de 2-3 cm de diámetro, sin dilatación de la VB intra ni extrahepática (...). Una vez valorada por el Equipo de Anestesia y realizados estudios preoperatorios habituales sin contraindicación quirúrgica, fue intervenida quirúrgicamente en dicho hospital (...) introduciéndosele 2 trocares de 10 y 1 de 5, apreciando hemoperitoneo por lo que se realizó laparotomía apreciando lesión vascular de arteria iliaca. Producido tan grave error médico y dado que peligraba la vida de la paciente, se llamó de urgencia a los cirujanos del Servicio de Cirugía Vascular (...) del Hospital `Y` -uno de ellos fuera de servicio- quienes debieron acudir (...) e implantaron a la reclamante una prótesis de Dacrón. Se realiza colecistectomía y en revisión de cavidad abdominal se aprecia divertículo de Meckel a 80-90 cm de válvula ileocecal y se practica resección de dicho divertículo con endogía”.

Relata a continuación que el posoperatorio fue bueno, con escasas alteraciones, y que fue dada de alta el día 22 de marzo de 2002. Añade que con posterioridad a la intervención quirúrgica, en noviembre de 2003, hubo de acudir al Servicio de Cirugía Vascular del Hospital `Y` por presentar enfriamiento y parestesias en la pierna derecha y que se vio en la necesidad de volver el 13 de enero de 2006, fecha en que se emite informe en el que, tras relatar el proceso que ella refiere y tras las pruebas complementarias pertinentes, se le diagnosticó un traumatismo arterial sobre eje iliaco derecho, trombosis de injerto vascular consistente en la prótesis de Dacrón iliaco, y arterioapria oclusiva periférica en MID. Transcribe del informe el siguiente diagnóstico: “Se trata de una paciente de 39 años, con antecedente de traumatismo vascular sobre el eje iliaco derecho durante la realización de una laparoscopia, que precisó la colocación de un injerto en termino-terminal de Dacrón (marzo de 2002). La paciente actualmente, presenta una claudicación en cuesta y con paso acelerado, hacia unos 200 ó 300 m así como sensaciones (de) parestesias en planta y dedos del pie, sin clínica de dolor. En la exploración se objetiva la existencia de pulsos más débiles en la extremidad inferior derecha, motivo por el cual se decidió solicitar una angio. RMN para valoración

de estado de injerto vascular, objetivándose una trombosis de injerto vascular, con recanalización en bifurcación iliaca a través de circulación colateral de arteria hipogástrica". Señala que este diagnóstico fue confirmado plenamente en dos informes de la Unidad de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital "Y".

Continúa diciendo que existe responsabilidad patrimonial de la Administración por los daños ocasionados en la operación quirúrgica, que no guardan relación con el motivo de la intervención, sino con el traumatismo vascular sufrido sobre el eje iliaco derecho durante la misma por negligencia de los doctores intervinientes. Dice padecer como secuelas, traumatismo arterial sobre eje iliaco, trombosis de injerto vascular y arteriopatía periférica en miembro inferior derecho, lo que ha quedado acreditado de los informes médicos obrantes en su historia clínica. Estas secuelas, asegura, le causan, además de claudicación en la marcha, parestesias y frialdad en los dedos del pie de carácter crónico, una serie de daños físicos y morales dada su mediana edad. También añade que por las mismas obtuvo el reconocimiento, en vía de recurso, de la condición de minusválida con un grado total de minusvalía del 35 por ciento provisional a julio de 2008. Solicita por todo ello una indemnización por importe de sesenta mil ochocientos cincuenta y cinco euros con ochenta céntimos (60.855,80 €), fijada en aplicación de la Resolución de 24 de enero de 2006 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Incrementa esta cuantía, por el concepto de 10 días improductivos con estancia hospitalaria, en la cantidad de seiscientos sesenta y tres euros con setenta y cuatro céntimos (663,74 €).

Finaliza su escrito con los fundamentos jurídicos que estima de aplicación al caso, afirmando que procede la fijación del inicio del plazo para reclamar en el día que recibe la notificación de la resolución en la que se le reconoce la condición de minusválida, y pidiendo que, previo el correspondiente expediente, se declare su derecho a percibir la cuantía solicitada en concepto de daños y perjuicios, con los intereses legales desde el momento de la presentación de la reclamación.

A la reclamación acompaña los siguientes documentos: copia de informe

de alta de hospitalización de fecha 22 de marzo de 2002, firmado por el médico encargado del Servicio de Cirugía General del Hospital "X", en el que se describe el proceso quirúrgico y el posoperatorio y se recoge el diagnóstico principal de coleditiasis y divertículo de Meckel. Copia de informe de consulta externa de médico responsable del Servicio de Cirugía Vascul ar II del Hospital "Y" de fecha 13 de enero de 2006, en el que se recoge la impresión diagnóstica de "1.Traumatismo arterial sobre eje ilíaco derecho./ 2. Trombosis de injerto vascular (prótesis de Dacrón iliaco)./ 3. Arteriopatía oclusiva periférica en MID (obstrucción iliofemoral)". Copia de informe de Unidad de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 2 de mayo de 2006, con similar impresión diagnóstica, en el que no consta el centro sanitario de procedencia al figurar emitido en folio en blanco. Copia de otro informe de fecha 3 de mayo de 2006, de la Sección de Angiología y Cirugía Vascul ar del Hospital "Y", con diagnóstico de "isquemia crónica en MID por obstrucción iliofemoral de origen iatrogénico que causa algún tipo de claudicación./ No nos parece oportuno intervención quirúrgica sobre la zona lesionada en este momento". Copia de informe de consulta externa de uno de los médicos responsables del Servicio de Cirugía Vascul ar del Hospital "Y", de 9 de marzo de 2006, que acudió de urgencia a la intervención, que narra brevemente el proceso, la situación actual de la paciente y el tratamiento pautado. Copia de la Resolución de 20 de julio de 2006 de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social por la que se estima parcialmente una reclamación previa de la interesada, reconociéndole la condición de minusválida con un grado total de minusvalía del 35%, provisional a julio de 2008.

2. Con fecha 25 de abril de 2007 se notifica a la interesada, por escrito del Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, la fecha en que tuvo entrada su reclamación en dicho Servicio, y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará. Asimismo, se le indica que "transcurridos seis meses, a contar desde el día siguiente al de recibo de la presente notificación, o el plazo que resulte de añadirles un periodo

extraordinario de prueba, sin que haya recaído resolución expresa, podrá entenderse desestimada su solicitud de indemnización.

3. Al expediente se ha incorporado, la historia clínica que contiene, entre otros documentos, el consentimiento informado para colecistectomía, con la firma de la paciente, de fecha 12 de marzo de 2002, y un informe del médico encargado del Servicio de Cirugía General del Hospital "X", de 20 de abril de 2007.

En el consentimiento informado figura un apartado en el que se explica en qué consiste una colecistectomía, exponiendo que se trata de un procedimiento mediante el cual se extirpa la vesícula biliar, que comienza "usualmente a través de una laparoscopia. (...) técnica (que) consiste en la creación de espacio en el abdomen mediante la introducción de un gas (CO₂) y en la colocación de 3 o más trocares (pequeños tubos) por los que se introducirá una minicámara de TV y el instrumental necesario./ Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar el tratamiento más adecuado siendo necesario en algunos caso la realización de una laparotomía". Tras una exposición de los beneficios que se esperan de la intervención, se exponen, separadamente, las complicaciones que pueden presentarse relacionando las más frecuentes, relacionando las comunes a toda intervención y las específicas del procedimiento, incluidas las derivadas de la laparoscopia. Entre éstas y como graves y poco frecuentes se recogen la lesión de vasos sanguíneos o de vísceras al introducir los trocares, embolia gaseosa, neumotórax y trombosis en extremidades inferiores. A continuación figura el siguiente texto: "El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad (...). El médico me ha explicado que en mi caso no existen alternativas terapéuticas eficaces./ Declaro que he sido informado/a (...) y que he comprendido las explicaciones que se me ha facilitado en un lenguaje

claro y sencillo, y que me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado”.

El informe médico, redactado en un folio en blanco, relata el proceso asistencial y las complicaciones y secuelas, que en lo sustancial coincide con la versión de la reclamante. Expone además las conclusiones de un trabajo médico sobre las complicaciones relacionadas con la inserción de la aguja y los trocares en el curso de una laparoscopia, indicando que “al introducir la aguja de Veress o los trocares y cánulas dentro de la cavidad peritoneal se pueden producir heridas en el intestino, vejiga urinaria y vasos mayores retroperitoneales. El reporte de incidencia de las lesiones viscerales, tanto por la aguja como por los trocares, varía entre 0,05 a 0,2% (...). En un trabajo presentado en la reunión de SAGES (Society of American Gastroendoscopy Surgeons) titulado “Trocar and Veress needle injuries during Laparoscopic Surgery: a SALTS-Analysis of 14.234 patients” reportaron lesiones por trocar: 0,21% y aguja de Veress 0,04% distribuidas entre órganos intraabdominales y vasos. Las lesiones más frecuentes fueron: asas delgadas, hígado, colon, epiploon mayor y mesenterio. Los vasos afectados: vasos del epiploon mayor y mesenterio así como la arteria iliaca. Tal vez la conclusión más importante de este trabajo fue que “no tuvieron relación las lesiones con el tipo de trocar, el tamaño o forma, así como si la técnica usada fuese cerrada (aguja de Veress) o abierta (Téc. Hasson)”. Muchas lesiones se produjeron aún insertando los trocares bajo visión directa”.

4. El día 8 de mayo de 2007 se emite el Informe Técnico de Evaluación por el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante. En él, después de relatar el proceso asistencial objeto de la reclamación, sin disentir sustancialmente en los hechos de lo expuesto por la reclamante, se analiza específicamente el fundamento de la reclamación, señalado que “se trata de una paciente que fue sometida a una intervención quirúrgica de colecistectomía mediante laparoscopia, que sufrió una lesión de la arteria iliaca que requirió tratamiento mediante la colocación de una prótesis por cirujanos vasculares. Esta lesión

está descrita en la literatura científica como un riesgo típico de la técnica aplicada y así se le informó a la paciente, aceptando ésta la intervención y los riesgos inherentes. No se trata de una impericia o conducta negligente sino de la aparición de una complicación conocida y no por ello evitable". Se reproduce a continuación la referencia de la literatura médica incorporada al informe del servicio afectado sobre las complicaciones en la realización de laparoscopias vinculadas a la inserción de la aguja y los trocares.

Como consecuencia de todo el proceso detallado, se concluye en el informe que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta, adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis* y, por ello, que la reclamación debe ser desestimada.

5. Con fecha 25 de junio de 2007, una asesoría privada elabora un informe médico, a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias, suscrito por cuatro especialistas, tres en Cirugía General y Digestivo y uno en Cirugía General. En él, después de analizar los antecedentes del caso, se afirma que lo sucedido constituye uno de los riesgos que se incluían en el consentimiento informado que firmó la reclamante antes de la intervención, que contenía, no sólo los específicos o comunes de cada intervención, sino los propios de la técnica de la laparoscopia, exponiendo que cuando en el curso de la intervención tal riesgo se materializa, y se aprecia la presencia de sangre en la cavidad abdominal, es necesario reconvertir la cirugía a abierta, al apreciar la existencia de una lesión de la arteria iliaca primitiva derecha. Asimismo, se juzga correcta la llamada a dos cirujanos del Servicio de Cirugía Vasculor para reparar la lesión mediante la colocación de un injerto de Dacrón y completar la cirugía.

El informe no sólo valora acertada la asistencia sino el tratamiento relativo a las alteraciones posteriores en la circulación del miembro inferior derecho que se le prestaron a la paciente en los años 2003 y 2006 al continuar con ejercicio y tratamiento conservador. Señala en este sentido que "la colecistectomía laparoscópica tiene ventajas sobre la técnica abierta, como son:

disminución del dolor posoperatorio, disminución de la estancia hospitalaria, rápida incorporación a la vida normal y mejores resultados estéticos. La morbilidad es incluso menor, diversos autores dan cifras sobre 100.000 colecistectomías entre 1,5 a 4,7% y la mortalidad de un 0,01 a un 0,3%, por lo tanto podemos asegurar que se trata de un procedimiento seguro, rutinario, con escasa morbimortalidad, pero no con mortalidad cero, como no lo es ningún procedimiento quirúrgico". Se indica que lo importante es que si se materializa el riesgo de lesión de vasos arteriales ésta no pase desapercibida y se proceda a su reparación de manera inmediata. En este caso, "así se hizo y se colocó una prótesis de material sintético que tienen el inconveniente de la posibilidad de trombosis a largo plazo, pero pueden dar tiempo a desarrollar circulación colateral". Finalmente, a modo de conclusiones, se afirma que "la paciente presentaba una colelitiasis motivo por el cual fue enviada a cirugía de manera correcta (...). La intervención era necesaria en base a la patología que presentaba (...). Los preoperatorios eran correctos y no descartaban la cirugía (...). Antes de la misma la paciente firmó los documentos de CI, para anestesia y específico para colecistectomía (...). En el mismo y de forma clara se expone que si el procedimiento se realiza por laparoscopia puede existir riesgo de lesión de vasos arteriales y de lesiones intestinales al introducir los trocares (...). Tras la introducción de los trocares y al observarse sangre en el peritoneo, se procede de forma diligente a reparar la lesión mediante la colocación de una prótesis (...). Posteriormente la paciente desarrolla una complicación inherente al procedimiento como es una trombosis del injerto (...). El tratamiento conservador es correcto por la posibilidad de desarrollar circulación colateral, como ha pasado en este caso, que suple la obstrucción de la arteria iliaca, a través de la hipogástrica y colaterales (...). De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales que trataron a la paciente lo hicieron de forma correcta".

6. Evacuado el trámite de audiencia mediante escrito de fecha 13 de julio de 2007, el día 23 del mismo mes comparece la interesada para ejercer su derecho

de vista del expediente, que, según diligencia correspondiente, está compuesta por noventa y seis (96) folios. En la misma fecha la reclamante otorga representación a favor de otra persona mediante declaración en comparecencia personal que obra en el expediente.

El día 31 de julio de 2007 la reclamante presenta en las Oficinas de Correos de escrito de alegaciones. En él se relata nuevamente cada fase del proceso asistencial e insiste en los argumentos expuestos. Además, asegura que el consentimiento informado no cumplió los requisitos necesarios por falta de información suficiente, lo que se pone de manifiesto en el hecho de que “las secuelas (...) no guardan relación alguna con dicha intervención quirúrgica, cuyo motivo lo fue una coleditiasis de cálculo único enclavado en cuello, de 2-3 cm de diámetro”, mientras que la lesión fue de la arteria iliaca, siendo esta lesión “ajena a las complicaciones frecuentes de la operación”. Sostiene además que, si la lesión era previsible, se actuó con imprevisión al practicarse la operación en un centro hospitalario desprovisto de Servicio de Cirugía Vascular. Insiste, finalmente, en que no se le ofrecieron alternativas al tratamiento ya que no pudo optar entre la técnica quirúrgica de la laparoscopia o la de la laparotomía y porque se le informó que, en su caso, no había alternativas terapéuticas al tratamiento, cuando existía tratamiento quirúrgico alternativo consistente en la laparotomía, que fue en lo que terminó derivando la intervención, y alternativas no quirúrgicas para tratar la coleditiasis, relacionando las que destaca de un trabajo de la literatura médica.

7. El día 21 de agosto de 2007, el Servicio instructor elabora una propuesta de resolución en sentido desestimatorio, por considerar que el proceso asistencial prestado a la reclamante fue adecuado y conforme a la “lex artis ad hoc”. La propuesta afirma que la lesión padecida durante la realización de la laparoscopia “está descrita en la literatura científica como un riesgo típico de la técnica aplicada y así se le informó a la paciente, aceptando ésta la intervención y los riesgos inherentes. No se trata de una impericia o conducta negligente sino de la aparición de una complicación conocida y no por ello evitable (...).

Igualmente consta que las posibilidades de lesiones de (los) vasos arteriales o del intestino durante la introducción de los trocares en el abdomen para la realización de la técnica laparoscópica es una posibilidad real, descrita en toda la literatura desde el inicio de utilización de la misma y por lo tanto especificada en los documentos de consentimiento informado. Tachar de imprevisibilidad la realización de estas técnicas y afirmar que no se pueden hacer en hospitales que carezcan de Servicio de Cirugía Vascul ar es pretender que no se realice técnica quirúrgica alguna en la mayoría de los hospitales del mundo. Todo procedimiento invasivo conlleva riesgos y entre ellos específicamente el de lesiones vasculares. Normalmente cualquier incidencia de esta índole es resuelta por los propios cirujanos intervinientes y el hecho de que en este caso hayan acudido especialistas de otro centro se debe a que ello era posible por la proximidad de éste dentro de la adecuada red hospitalaria del Servicio asturiano de Salud”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de fecha 19 de septiembre de 2007, registrado de entrada el día 21 del mismo mes, 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 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 según 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, de conformidad con 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 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), la interesada está activamente legitimada para solicitar la reparación del daño, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que lo 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 el procedimiento que examinamos, la reclamación se presenta con fecha 10 de abril de 2007, y la fecha de fijación del alcance de las secuelas puede establecerse en la del informe de la Sección de Radiología y Cirugía Vasculardel Hospital “Y” que las diagnóstica, el día 3 de mayo de 2006. Por ello, debemos concluir que la reclamación fue presentada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento que rige la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública es el regulado en el Título X de la LRJPAC, desarrollado por el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante, Reglamento de Responsabilidad Patrimonial). Procedimiento 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 autonómicas, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellas, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria.

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

No obstante, hemos de señalar que la comunicación dirigida a la reclamante en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, incurre en error respecto a la determinación del *dies a quo* para el cómputo del plazo máximo de resolución y notificación del procedimiento; plazo que no puede iniciarse, como indica el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, “el día siguiente al de recibo de la presente notificación”, sino, de acuerdo con el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, desde que se inició el procedimiento. En el supuesto concreto que analizamos, el procedimiento se inició a instancia de parte -a solicitud de la persona interesada y no de oficio por la Administración- y, por tanto, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se ha de contar desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro (legalmente constituido) del órgano competente para su tramitación.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución establece 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, dispone 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”.

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 el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, que habría tenido lugar por la producción de un error médico que le causó un traumatismo vascular sobre el eje iliaco derecho durante el curso de una intervención de colecistectomía con laparoscopia, produciendo un daño ajeno a la intervención; alega también el incumplimiento de los requisitos del consentimiento informado, que no señalaba como riesgo habitual de la intervención el daño que se le produjo y por haberle descartado otras alternativas terapéuticas que estaban documentadas en la

ciencia médica; e imputa asimismo a la Administración la falta de medios, ya que el hospital carecía de unidad de cirugía vascular.

Consta en el expediente prueba de los daños físicos que alega la reclamante como consecuencia de la intervención, cuyo alcance, según informe del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital "Y" del día 13 de enero de 2006, se recoge en el apartado de impresión diagnóstica como: "1.- Traumatismo arterial sobre eje iliaco derecho./ 2.- Trombosis de injerto vascular (prótesis de Dacrón iliaco)./ 3.- Arterioapria oclusiva periférica en MID (obstrucción iliofemoral)". Este diagnóstico se confirma en los informes de la Unidad de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital "Y", emitidos los días 2 y 3 de mayo de 2006. El segundo de ellos aporta como dato añadido que "no nos parece oportuno intervención quirúrgica sobre la zona lesionada en este momento". Además, se acredita la existencia de unas secuelas consistentes en una claudicación de esfuerzo en cuesta y con paso acelerado hacia unos 200 ó 300 metros, así como parestesias en planta y dedos del pie, sin clínica de dolor, en la pierna derecha por trombosis de la prótesis de Dacrón colocada. El daño está claramente individualizado y, por su naturaleza, es evaluable económicamente.

Acreditada la existencia de unos daños, efectivos, individualizados y evaluables económicamente, debemos analizar si aquéllos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio público sanitario y si han de juzgarse antijurídicos.

No obstante, antes de efectuar cualquier consideración sobre el caso objeto de consulta, hemos de recordar, como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, que 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, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra un paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica y sanitaria 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 obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. Este criterio se extiende a la totalidad del servicio público sanitario y, por tanto, a la fase de diagnóstico, sin quedar circunscrito a la del tratamiento médico del paciente, sin que ello comporte el derecho de éste a que se le garantice un diagnóstico acertado y precoz, sino a que se le apliquen las técnicas precisas disponibles en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

Al analizar el fondo de la cuestión hemos de llegar a un resultado desestimatorio. En efecto, considera la reclamante que la concurrencia de un error médico por negligencia se demuestra con el hecho de que la lesión que padeció en la arteria ilíaca no guarda relación alguna con la intervención que se le practicó, consistente en una coleditiasis, y que es ajena a las complicaciones frecuentes de la operación. Sin embargo, consta en todos los informes médicos que la lesión producida es una de las posibles complicaciones derivadas de la técnica utilizada, y que puede surgir incluso correctamente aplicada. El recurso a la laparoscopia y sus posibles complicaciones figuran en el consentimiento informado que suscribió la paciente, y del alcance de este consentimiento no se excluyen aquellos posibles efectos adversos por el hecho de que estén calificados como muy poco frecuentes, ya que esta calificación no descarta

totalmente la posibilidad de que se produzcan, como desafortunadamente sucedió en este caso. En el consentimiento informado consta asimismo que se le informa de que no existe, en su caso, un tratamiento alternativo a la colecistectomía, y que éste es un procedimiento mediante el que se extirpa la vesícula biliar, siendo usualmente realizado a través de una técnica no invasiva como es la laparoscopia. Hay que concluir, en consecuencia, que la interesada fue informada de la falta de alternativas terapéuticas eficaces a la extirpación de la vesícula biliar y que consintió, previa la información pertinente, la técnica laparoscópica. De ello no cabe deducir que haya faltado información previa acerca de alternativas en relación con el procedimiento para la extirpación. Al contrario, la reclamante declara expresamente haber sido informada por un facultativo y haber comprendido la explicación facilitada en un “lenguaje claro y sencillo”. Tampoco cabe tachar la validez del consentimiento por no haber informado de que la colelitiasis puede ser tratada con otras alternativas no quirúrgicas. El consentimiento informado no tiene por objeto recoger una exposición genérica de la existencia en la literatura científica de una diversidad de técnicas, sino dejar constancia de las alternativas terapéuticas consentidas, previa la información pertinente, en el supuesto concreto del paciente. En este caso ninguna prueba se ha aportado que demuestre que, dadas las condiciones de la enfermedad de la interesada, hubieran podido considerarse eficaces las técnicas no quirúrgicas, apreciándose además que las posibles complicaciones de las aplicadas fueron conocidas y aceptadas mediante la firma de la correspondiente hoja de consentimiento informado para la práctica de la intervención quirúrgica, en el que se contempla la lesión que padeció como un riesgo tipificado del procedimiento utilizado. En consecuencia, debe la reclamante asumir y soportar los riesgos derivados de una intervención quirúrgica correcta que conoció y aceptó, sin que sea posible sostener que tales consecuencias deban calificarse, como pretende la interesada, como daño antijurídico.

Finalmente, tampoco es posible considerar imprevisión de la Administración Sanitaria el hecho de realizar la operación en un hospital carente

de Unidad de Cirugía Vascolar porque, para este tipo de operaciones, no consta ni se ha probado que se requiera que se realicen en hospitales con esa dotación.

Por ello, debemos concluir que ha quedado probado que la Administración sanitaria actuó de acuerdo a la *lex artis*, y, en consecuencia, el daño producido no constituye una lesión antijurídica, lo que exime de toda responsabilidad a la Administración.

En mérito de 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,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.