

Expediente Núm. 216/2009  
Dictamen Núm. 90/2010

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

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*  
*Jiménez Blanco, Pilar*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 25 de marzo de 2010, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 25 de febrero de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por diversos daños que atribuye a la asistencia prestada en el sistema sanitario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 2 de mayo de 2008, la interesada presenta en el Registro Auxiliar del Área de Inspección de Gijón del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa) una reclamación de responsabilidad patrimonial por diversos daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital “X”.

La reclamante manifiesta en su escrito que el día 18 de mayo de 2007 se sometió, “como paciente del Sespa”, a una intervención quirúrgica de

“histerectomía vaginal”, presentando en el posoperatorio “sangrado, fiebre y alteraciones analíticas”, por lo que se le “drenó hematoma por vía vaginal y abdominal” el día 25 de mayo de 2007 “en el mismo centro hospitalario y por el mismo facultativo”, sin mediar consentimiento informado. Refiere que, con posterioridad, se le informa de la detección, durante el drenaje, de “una formación de  $\pm$  8 cm de diámetro”, de la que “no se toma muestra para biopsia”.

Continúa señalando que su estado siguió empeorando hasta que es trasladada al Hospital “Y”, a pesar de lo cual en el informe de alta del Hospital “X”, fechado el 1 de junio de 2007, se indica que “está estable, subjetivamente bien, afebril, orinando normal”. Expone que el Servicio de Ginecología de aquél hospital, tras la realización del correspondiente TAC, decide una reintervención “en conjunto con el Servicio de Cirugía General, ante la sospecha de absceso pélvico y celulitis de la pared, procediendo a drenaje de abscesos y lavado (...). Como hallazgo se observa tumoración retroperitoneal de  $\pm$  10 cm, de la que se toma biopsia que es informada como leiomioma (...). Tras posoperatorio con curas diarias, tratamiento antibiótico y seguimiento por parte del Servicio de Cirugía General y controles por Urología”, causó alta hospitalaria el día 27 de junio de 2007 y médica el 18 de julio del mismo año.

Concluye que “se ha producido una infección subsiguiente a las intervenciones quirúrgicas” y que “hasta que se produjo el ingreso en el Hospital “Y” se actuó de forma negligente y gravemente contraria a la buena práctica, al no diagnosticar ni tratar adecuadamente dicha infección”, “al realizar la segunda intervención sin consentimiento informado de la paciente” y al no “biopsiar” la formación detectada durante la misma. Estas conclusiones resultan, a su juicio, del contraste entre la actuación del Hospital “X” y la del Hospital “Y”, en el que fue intervenida de urgencia una hora después de haber sido dada de alta en el primero en estado estable, y en el que se realizó la biopsia del tumor.

Como daños ocasionados especifica 62 días de baja, 41 de ellos hospitalarios y 21 sin estancia hospitalaria, que cuantifica en 5.570 €, y daños

morales, que valora en 6.000 €, por lo que la indemnización que solicita asciende a un importe total de once mil quinientos setenta euros (11.570,00 €).

Al escrito de reclamación acompaña copia de diversos documentos relativos a los hechos descritos en la misma.

**2.** Mediante oficio de 26 de mayo de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios solicita a la Gerencia del Hospital "X" una copia de la historia clínica completa de la perjudicada, un informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología y una certificación de la vinculación de los facultativos intervinientes con el Sespa.

**3.** El día 30 de mayo de 2008, el Subdirector del Hospital "X" informa que el doctor que practicó la intervención "operó en este centro a la paciente por pertenecer ésta a su cupo y, por lo tanto, se refiere en todo caso a la asistencia que prestan en este centro los facultativos del Sespa dentro del convenio singular suscrito con la Administración del Principado de Asturias, siendo el Sespa el garante de la asistencia". Acompaña una copia de la historia clínica de la interesada, que incluye, además, los procesos asistenciales llevados a cabo en el Hospital "Y".

Entre los documentos que integran la historia clínica de la perjudicada en el Hospital "X" constan los siguientes: a) Hoja de recomendaciones del Servicio de Hematología, de fecha 19 de abril de 2007, para los pacientes con tratamiento anticoagulante oral que van a ser intervenidos quirúrgicamente, entre las que se recoge suspender el Sintrom "desde 4 días antes de la fecha de intervención" y tres días antes de la misma comenzar con "Clexane 60 mg subcutáneo cada 24 horas". b) Hojas de consentimiento informado, firmadas por la ahora reclamante, para "anestesia loco-regional" y para "histerectomías", reflejándose en esta última que "toda intervención quirúrgica (...) lleva implícita una serie de complicaciones (...) que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos". En el apartado relativo a

complicaciones, por orden de frecuencia, figuran, en primer lugar, "infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas)" y, a continuación, "hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria)". c) Hoja de valoración de enfermería al ingreso el día 17 de mayo de 2007. d) Hoja de observaciones clínicas, con anotaciones los días 18, 21 y 22 de mayo, según las cuales la paciente "está muy bien"; el 25 de mayo se consigna lo relativo al drenaje y al hallazgo de tumoración; los días 26 y 27 se reseña que "está subjetivamente bien"; el día 28 que "está bien", y los días 29, 30 y 31 de mayo y 1 de junio que está "subjetivamente bien". e) Hojas de observaciones de enfermería en las que se indica que el día 24 de mayo de 2007, a las 7:00 horas, "la paciente me comenta que desde ayer a la noche está sangrando más"; que en la noche del 27 al 28 de mayo "se hacen lavados perianales en cada cambio de compresa por la noche (en 3 ocasiones)"; que el día 29 de mayo, al curar la herida quirúrgica, se observa que hay drenado purulento. Se quita un punto (...) y comienza a salir abundante drenado purulento muy mal oliente. Puesto drenaje Penrose"; que a las 21:00 horas, al curarla, se advierte "abundante drenaje purulento. Cambiado apósito", y que el día 1 de junio, a las 7 horas, "la zona abdominal dcha. continúa inflamada, endurecida, caliente. Curada lesión en su centro. (Herida quirúrgica) enrojecida. Drenaje Penrose (...). Traslado a Hospital `Y´". f) Informe operatorio de histerectomía vaginal, según técnica habitual, en el que se anota que "no hubo incidencias". g) Informe operatorio sobre el drenaje del hematoma, con hallazgo de tumoración. h) Informe anatomopatológico, fechado el 22 de mayo de 2007, de pieza de histerectomía total. i) Informe de alta del Servicio de Ginecología, de fecha 1 de junio de 2007, en el que figura que el día 18 de mayo de 2007 se practicó "histerectomía vaginal sin anexectomía, más plastias vaginales, sin incidencias relevantes"; a las cuatro o cinco horas "comienza con un sangrado vaginal abundante", se realiza exploración y se cambia el taponamiento vaginal "cesando el sangrado". El día 25 de mayo de 2007 se drenó a la paciente "un hematoma por vía vaginal de  $\pm$  1/2 l de sangre y por vía abdominal

aproximadamente igual". Durante este acto quirúrgico se observó una "formación de  $\pm$  8 cm de diámetro a nivel de promontorio y últimas vértebras lumbares, de aspecto retroperitoneal que se puncionó y no salió nada". Posteriormente, por ecografía, "se descartó que fuera un riñón pélvico (...). A los tres días la herida abdominal comienza a echar pus y se drena". A la derecha de la herida "hay una zona indurada, tumefacta, caliente, dando la sensación de incubar un absceso secundario a alguna inyección de heparina./ Actualmente la paciente está estable, subjetivamente bien, afebril, orinando normal. Las pérdidas vaginales son ya muy escasas". A petición de la familia se la traslada al Hospital "Y" para "completar el diagnóstico y seguir evolución".

Entre la documentación clínica del Hospital "Y", destacan los siguientes documentos: a) Hoja de valoración de enfermería al ingreso, en la que se refleja estado general, "bueno"; estado mental, "alerta"; actividad, "ambulante"; movilidad, "total; incontinencia, "ninguna". b) Hoja de protocolo quirúrgico, relativa a la intervención de laparotomía, biopsia de tumoración y drenajes el día 1 de junio de 2007, en la que consta "absceso de pared a nivel de laparotomía y en flanco dcho./ Tumoración retroperitoneal de  $\pm$  10 cm a nivel sacro, de consistencia dura y aspecto capsulado-blanquecino-cerebroide./ No se aprecian colecciones en pelvis./ Se objetiva posible orificio (que) comunica con vagina". c) Informe de alta del Servicio de Ginecología, de fecha 27 de junio de 2007, en el que se señala que la paciente ingresa el día 1 de junio de 2007 "para valoración por sospecha de absceso pélvico posquirúrgico, fiebre y malestar general (...). Previa realización de TAC y preoperatorio, se decide reintervenir (...) en conjunto con el Servicio de Cirugía General, ante la sospecha de absceso pélvico y celulitis de la pared (...). Como hallazgo se observa tumoración retroperitoneal de  $\pm$  10 cm del que se toma muestra para biopsia, que es informada como leiomioma. En el posoperatorio precisó curas diarias, tratamiento antibiótico (...), seguimiento por parte del Servicio de Cirugía General y controles por Urología".

4. El día 3 de junio de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la reclamante la fecha en que tuvo entrada su reclamación en el Principado de Asturias -20 de mayo de 2008-, las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará y los efectos del silencio administrativo.

5. El día 9 de junio de 2008, la interesada presenta en el registro del ente público Servicios Tributarios del Principado de Asturias un escrito que califica de alegaciones. En él mantiene que "la reclamación" se presentó el día 2 de mayo de 2008, y no el 20, y que, además de los "daños y perjuicios", solicitaba "la incoación de los expedientes disciplinarios correspondientes".

6. Con fechas 2 y 17 de junio de 2008, el Gerente del Hospital "Y" traslada al órgano instructor los informes elaborados por el Jefe de Cupo del Servicio de Ginecología del Hospital "X" y por el Servicio de Ginecología del Hospital "Y", respectivamente.

El día 2 de junio de 2008, el Jefe de Cupo del Servicio de Ginecología del Hospital "X" señala que la ahora reclamante fue diagnosticada de "prolapso uterino completo, cistocele e incontinencia urinaria" y que el día 2 de marzo de 2007 "se le colocó un pesario uterino temporal y se le propuso intervención quirúrgica consistente en histerectomía vaginal, supresión del cistocele y plastias vaginales, lo cual aceptó". Entre los antecedentes personales de aquella, refiere "infecciones urinarias de repetición, alergia a algunos antibióticos, HTA, hipercolesterolemia, fibrilación auricular, etc. (y) estaba tomando coagulantes e inhibidores betamiméticos (betabloqueantes)". Expone que en el preoperatorio el Servicio correspondiente le suspendió el Sintrom y le pauta 60 mg de heparina, y que "la dosis recomendada por la Sociedad Ginecológica Española es de 20/24 h, como profilaxis antitrombótica" e ignora "si la supresión del Sintrom y la administración de la heparina se hizo de forma adecuada, ya que esto lo hace cada paciente en su casa". Indica que la intervención del día 18 de mayo de

2007 se realizó “tal como estaba programada”, sin incidentes, y que “se pautaron las órdenes posoperatorias rutinarias”. Manifiesta que la intervención finalizó a las 13:30 horas y que a las 16:00 horas de ese mismo día le avisaron de que la paciente “sangraba en exceso”. Subraya que en la exploración no encontró “ningún punto sangrante por fallo de la hemostasia; sangraba en sábana y se colocó un espongostán en la cúpula y se hizo un taponamiento vaginal a presión”, suspendiendo la heparina porque “no había duda de que el sangrado era por exceso de anticoagulación”. Continúa relatando la asistencia que se le dispensó hasta el día 25, que es cuando comienza con fiebre clara y que le comentó a la familia “que sospechaba que había una colección de sangre en la pelvis y que lo correcto sería drenarla; así se lo expliqué también a la interesada y nadie puso ninguna objeción”. Añade que “se drenó por vía vaginal parte del hematoma”, completando la evacuación por vía suprapúbica, y que “se limpió bien la sangre y se lavó el Douglas con suero. Y en este acto (...) se detectó una tumoración grande (...), ovalada, grisácea, retroperitoneal. Ante la sospecha de que fuera un hematoma disecante se puncionó sin obtener sangre, ni ningún otro tejido./ Al día siguiente se hizo una eco, que era la prueba más a nuestro alcance y se descartó que fuera un riñón pélvico vicariante (...). Se pensó pedir un TAC, pero no se dispone de ése y se pospuso, por no parecernos perentorio el diagnóstico y la enferma no estaba en condiciones óptimas para un traslado”.

Menciona a continuación que hasta el día 1 de junio la evolución era “positiva, pero noté que las hijas estaban incómodas con nuestro trabajo, les insinué un traslado al que accedieron de buena gana”.

Considera que ante la formación de un hematoma en el posoperatorio surge la necesidad “indiscutible” de drenarlo y aclara que como consecuencia de la segunda intervención se produce una infección nosocomial, que fue tratada mediante drenaje con Penrose. Consigna índices de infecciones adquiridas en el medio hospitalario de hasta el 25%, en hospitales “incluso buenos”.

Respecto al consentimiento informado para la segunda intervención, se remite, en la documentación que adjunta a su informe, a lo dispuesto en el apartado 5 del firmado para la "histerectomía", en el que se consignan complicaciones que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, subrayando que el mismo "se solicitó verbalmente tanto a la enferma como a sus hijas delante del servicio de enfermería" y que "no quedaba otra alternativa".

En cuanto a la no realización de biopsia, afirma que "se hizo una punción con trocar para descartar que fuera un hematoma retroperitoneal disecante y quedó descartado", que "el tumor que se descubrió afortunadamente durante la intervención era un hecho totalmente distinto del que motivó el ingreso y para eso (...) sí que no había consentimiento" y que "hubiera sido de una absoluta irresponsabilidad haberse metido en una cirugía agresiva sin otros estudios previos". Apunta la posibilidad de que fuera un aneurisma de aorta o un riñón.

Asimismo, se ratifica en lo expuesto en el informe de alta, pues la paciente "llevaba 3 días sin fiebre, la herida drenaba adecuadamente y la orina era adecuada en cantidad y calidad", y reitera que el traslado se realizó por la pérdida de confianza de la enferma y de las hijas en los cuidados dispensados.

Sostiene que "se actuó en todo momento con la máxima diligencia: se visitó diariamente, algunos días incluso hasta tres veces. Tan pronto como se diagnosticó el hematoma se procedió a su drenaje. Tan pronto como se detectó el absceso de pared se procedió a su drenaje. Se hicieron tantas curas como necesitó./ La infección se diagnosticó tan pronto como los síntomas y signos lo permitieron y ya el anestesista instauró tratamiento antibiótico de amplio espectro", recalando que "el diagnóstico diferencial del tumor (...) no era en absoluto perentorio". Por último, consigna "la enorme dificultad que había en extraer (...) un útero agrandado con varias tumoraciones miomatosas", los problemas asociados de la paciente y su larga trayectoria profesional, con intervenciones similares sin complicaciones.

Por su parte, el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital “Y” informa, el día 28 de mayo de 2008, que la reclamación “no va con nuestro Servicio”.

**7.** A petición del Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, el 15 de julio de 2008 emite informe el responsable del Servicio de Hematología del Hospital “X”. En él la médica especialista en Hematología y Hemoterapia afirma que la paciente “siguió correctamente las instrucciones” de suspensión del tratamiento anticoagulante oral y que el control de tiempo de “protrombina que se realizó previo a la intervención quirúrgica era óptimo”. Por otro lado, la enoxaparina y el Clexane “son los fármacos de elección para prevenir la enfermedad tromboembólica venosa (ETE) en pacientes sometidos a cirugía, ya que está ampliamente demostrado que tienen un eficaz efecto antitrombótico sin aumentar significativamente las complicaciones hemorrágicas”. Añade que la ahora reclamante tenía un riesgo de ETE elevado por motivos de edad, peso, tipo de cirugía, varices y “fibrilación auricular para la que seguía tratamiento indefinido de Sintrom” y asegura que la dosis de heparina de bajo peso molecular administrada fue la adecuada “para el perfil de esta paciente, en cuanto a la prevención eficaz de la ETE, y no justifica un aumento significativo de las pérdidas sanguíneas”.

**8.** Con fecha 25 de julio de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él expone que se trata de una paciente intervenida de una “histerectomía que en el posoperatorio inmediato sufrió un sangrado que obligó a un posterior drenaje quirúrgico del hematoma formado. Desarrolló un cuadro infeccioso que fue oportunamente tratado con antibioterapia. En el acto quirúrgico se vio una masa tumoral no drenable (...) que resultó ser un leiomioma retroperitoneal, tumor benigno que no guarda relación alguna con el primer proceso”. Añade que “el sangrado y la infección nosocomial son dos complicaciones más de las que con relativa

frecuencia se dan en este tipo de cirugía y que por este motivo se encuentran descritas expresamente como riesgos típicos en el documento de consentimiento informado firmado por la reclamante. Las dosis de heparina pautadas a la paciente, 60 mg/24 horas son dosis profilácticas que no elevan significativamente el riesgo de complicaciones hemorrágicas. La analítica realizada antes de la intervención puso de manifiesto un tiempo de protrombina del 25%, cifra óptima". Concluye afirmando que la reclamación debe ser desestimada, "ya que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la lex artis".

**9.** Con fecha 1 de agosto de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Sespa y de todo el expediente a la correduría de seguros.

**10.** Consta incorporado al expediente un informe, emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Sespa, y suscrito colegiadamente, el día 19 de octubre de 2008, por cuatro especialistas en Obstetricia y Ginecología.

En él se afirma, con respecto a las complicaciones que surgieron tras la realización de la histerectomía vaginal, que "ninguna de ellas puede considerarse extraordinaria ni producto de mala praxis, pues ambas, sangrado e infección, son complicaciones habituales en función de la técnica necesaria para realizar la extirpación del útero y como tales están descritas en todos los tratados científicos sobre el tema y recogidas en el documento de consentimiento informado". Subrayan que coexistían "otros factores que incrementaban dicho riesgo como (...) la edad avanzada, su hipertensión arterial y el hecho de que la paciente fuera alérgica a varios antibióticos, lo que limitaba el arsenal terapéutico disponible para el tratamiento de la infección".

En relación con la complicación hemorrágica, especifican que queda englobada dentro de los sangrados posoperatorios que aparecen de forma precoz, pues ocurrió a las 4-5 horas de la misma, y que suelen ser debidos a pequeños vasos que no quedan completamente ligados o cauterizados durante el acto quirúrgico. Sostienen, con seguridad, que el sangrado no provenía de ningún vaso importante y que la hemorragia fue diagnosticada y tratada precozmente, en las horas posteriores a la intervención.

En cuanto a la infección, señalan que durante los siete primeros días no existieron signos de infección, que mediante clínica y pruebas de imagen se diagnosticó un hematoma pélvico, que era preciso evacuar. A partir del día 25, en que se drenó el hematoma, se instaura tratamiento antibiótico profiláctico con un fármaco de amplio espectro el Baycip (Ciprofloxacino), dado que la paciente era alérgica a otros antibióticos. Aclaran que una infección nosocomial, como la sufrida por la paciente, no es sinónimo de mala praxis o negligencia, pues es imposible erradicarlas por completo. En este caso, los factores de riesgo eran la edad de la paciente y sobre todo la cirugía en una zona que puede considerarse limpia-contaminada. Mantienen que la infección se diagnosticó de forma adecuada y que se realizó un tratamiento correcto con antibiótico de amplio espectro y drenaje quirúrgico.

Sobre la falta de consentimiento para el drenaje del hematoma, consideran como urgente la decisión de reintervenir a la paciente cuando aparece la fiebre y que la única opción razonable era la evacuación quirúrgica de aquél.

Respecto al hallazgo de una masa retroperitoneal y a la decisión de no efectuar un biopsia en ese momento, estiman que la misma fue “de lo más prudente y acertada”, pues lo más que cabía hacer era “puncionarla para descartar que fuera otro hematoma”. Entienden que la actuación del facultativo fue correcta, pues “actuó con prudencia, informó a la paciente y a la familia de los hallazgos y solicitó las pruebas radiológicas destinadas al estudio de dicha tumoración”.

Advierten que la tercera intervención no se hizo porque en la segunda no se hubiera “biopsiado” la masa, sino por la necesidad de limpiar los abscesos pélvicos y la celulitis de la pared.

Concluyen que “en este caso se actuó de acuerdo a la buena praxis y a la *lex artis ad hoc*, que las complicaciones que surgieron en el posoperatorio no fueron excepcionales, sino de las más frecuentes e inherentes a la técnica quirúrgica, y que todas ellas se diagnosticaron y trataron de forma correcta”.

**11.** El día 13 de noviembre de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la interesada la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, remitiéndole una relación de los documentos obrantes en el mismo.

**12.** Con fecha 3 de diciembre de 2008, la reclamante presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que formula alegaciones. En ellas mantiene que “obra acreditado en el expediente” que se le han ocasionado los daños que sostienen su reclamación.

**13.** El día 29 de enero de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación formulada. Basándose en idénticos argumentos a los recogidos en los diversos informes obrantes en el expediente, considera que “la actuación proporcionada a la paciente ha sido correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*”.

**14.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 25 de febrero de 2009, registrado de entrada el día 4 de marzo del mismo año, 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 de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 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.

En orden a un pronunciamiento sobre la legitimación del Principado de Asturias, la primera consideración que debe efectuar este Consejo atiende al carácter de los centros y del servicio sanitario a los que se refieren los hechos. En este caso, el reproche de la reclamante se dirige exclusivamente al funcionamiento del Hospital "X", que resulta ser privado, pero que, como ha puesto de relieve este Consejo con ocasión de dictámenes anteriores, se encuentra vinculado a la red hospitalaria pública mediante un convenio singular suscrito el día 30 de abril de 2004 con el Sespa, y en virtud del cual dicho hospital -clasificado como Hospital de Agudos Área (V) por Resolución de 7 de

abril de 2003, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios- presta atención especializada médica, quirúrgica o médico-quirúrgica a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en las condiciones establecidas en el mismo. En el supuesto examinado, como se deduce de los antecedentes expuestos, la atención prestada a la interesada lo ha sido en tanto que beneficiaria del sistema sanitario público.

Considerando tales circunstancias, el eventual resarcimiento de los daños que se pudieran haber ocasionado a la paciente en el Hospital "X" ha de ser imputado a la Administración sanitaria con el mismo alcance y requisitos que si el daño se hubiera causado en las propias instalaciones de la sanidad pública. Nos encontramos ante una prestación sanitaria pública para cuya obtención el particular ha de acceder, por la propia organización de la red hospitalaria pública, a un centro privado con convenio al efecto; siendo así, tal hecho no permite excluir la aplicación de las reglas generales de la responsabilidad patrimonial de la Administración, ni puede limitar el ejercicio por los particulares del derecho que les reconocen los artículos 106 de la Constitución y 139 de la LRJPAC, ya que en definitiva se trata del funcionamiento de un servicio público.

El Principado de Asturias, por tanto, está pasivamente legitimado en cuanto titular del servicio público sanitario, que, en parte, ha sido prestado en virtud de concierto por un centro asistencial con el que se ha suscrito un convenio singular para la atención de determinados usuarios del Sistema Nacional de Salud, siempre sin perjuicio de la repetición de los costes a que, en su caso, deba hacer frente ante el titular del centro directamente causante de ellos por el procedimiento legal que corresponda.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 2 de mayo de 2008, y consta acreditado en el expediente que la interesada fue dada de alta tras las complicaciones por las que reclama el día 27 de junio de 2007, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**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, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, 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 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.-** La reclamante interesa una indemnización por diversos daños que atribuye al funcionamiento del servicio público sanitario.

Consta en el expediente que, tras haber sido sometida a una intervención de histerectomía vaginal el día 18 de mayo de 2007, la perjudicada presentó un hematoma e infección de la herida quirúrgica y que permaneció ingresada hasta el día 27 de junio de 2007, por lo que debemos considerar acreditados estos daños, susceptibles de evaluación económica, que efectuaremos en caso de apreciar la concurrencia de los requisitos que originan la responsabilidad de la Administración.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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 el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la interesada 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. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. 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.

La reclamante considera que la atención sanitaria recibida en el Hospital "X" fue negligente y gravemente contraria a la buena práctica. En concreto, reprocha que no se diagnosticara ni tratara adecuadamente la infección subsiguiente a las intervenciones quirúrgicas practicadas, que la segunda operación -drenaje de un hematoma- se realizara sin su consentimiento y que no se efectuara una biopsia del tumor que se encontró en esta última.

Con carácter preliminar debemos advertir que, a pesar de que incumbe a la perjudicada la carga de la prueba de la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, la actividad probatoria desplegada por su parte se limita a documentar parcialmente la asistencia recibida, como si su mero enunciado o descripción probara la realidad de la infracción de la *lex artis ad hoc* que imputa a la Administración. En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio sobre el respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada con base en los informes médicos incorporados al expediente, los cuales no han sido discutidos por la interesada, sino sólo negados.

La reclamante considera como prueba de la negligencia en la atención de la infección la distinta actuación seguida en el Hospital "Y", donde se la intervino de urgencia -según dice- una hora después de haber sido dada de alta en el Hospital "X" en estado "estable", practicando una biopsia de la tumoración. Sin embargo, al valorar la actuación realizada en ambos centros hospitalarios no cabe alcanzar tal conclusión. Del examen de los documentos obrantes en el expediente resulta que en el Hospital "Y" no fue operada, como ella indica, una hora después de recibir el alta en el Hospital "X", sino 7 horas y media más tarde, y precisamente como consecuencia de la remisión de la enferma desde este centro sanitario "para valoración por sospecha de absceso pélvico posquirúrgico", que se confirmó al reintervenirla.

Consta en la historia clínica de modo detallado el seguimiento del posoperatorio en el Hospital "X": el médico que atendió a la reclamante la visitó diariamente, algunos días incluso hasta tres veces; se procedió al drenaje del hematoma y del absceso de la pared pélvica tan pronto como fueron detectados, y se hicieron tantas curas como precisó el estado de la paciente. Todos los informes emitidos en el curso del procedimiento juzgan correcta atención sanitaria. Asimismo, los diversos informes médicos incorporados al expediente avalan, de manera expresa, la actuación en el tratamiento del cuadro infeccioso. Es más, los especialistas en Obstetricia y Ginecología no aprecian signos de infección durante los siete días siguientes a la intervención de histerectomía y justifican el tratamiento instaurado posteriormente, incluida la dispensación de un concreto antibiótico como consecuencia de la alergia que padecía la interesada a otros. Además, debemos tener presente que la aparición de infecciones constituye una complicación propia de la práctica de una histerectomía, como refleja el documento de consentimiento informado firmado por la paciente.

Por lo que se refiere a la pretendida falta de consentimiento para la segunda intervención -la dirigida a drenar el hematoma-, hay que resaltar que todos los informes ponen de manifiesto que la cirugía era la única alternativa

disponible, y que su práctica era urgente, constando en el expediente que el facultativo que la realizó había informado previamente de modo verbal y detallado a la paciente y a su familia de las sospechas de hematoma, de sus consecuencias, de la urgencia de reducirlo y de la actuación médica que debía seguirse ante tal situación, sin que se hubiera opuesto objeción alguna al tratamiento quirúrgico, y sin que nada de ello haya sido negado por la interesada.

La reclamante también recrimina al servicio sanitario la omisión de una biopsia del tumor hallado con ocasión de la cirugía para reducir el hematoma, lo que a su juicio constituiría una mala práctica médica que contrasta con la realizada en el Hospital "Y". Sin embargo, hay que tener en cuenta que esta última intervención se efectuó una vez conocida la existencia del tumor, y tras efectuar las pruebas correspondientes para determinar su naturaleza; circunstancias éstas que no se daban en la realizada el día 25 de mayo de 2007 en el Hospital "X", en la que la localización de una "formación de  $\pm$  8 cm de diámetro a nivel de promontorio y últimas vértebras lumbares, de aspecto retroperitoneal, que se puncionó", constituye un hallazgo. Como ponen de relieve los especialistas en Obstetricia y Ginecología, la imputación que efectúa la reclamante no guarda relación con los daños alegados, toda vez que la tercera intervención no se lleva a cabo porque en la segunda no se hubiera hecho la biopsia de la masa encontrada. Por tanto, consideran que la decisión del facultativo de no "biopsiar" el tumor localizado el día 25, pero sí informar del hallazgo a la paciente y a la familia y solicitar pruebas radiológicas para su estudio, fue prudente y acertada.

En definitiva, tanto el informe técnico de evaluación como el realizado por los especialistas en Obstetricia y Ginecología concluyen que la actuación médica fue acorde con la *lex artis ad hoc*, y que las complicaciones que surgieron en el posoperatorio están descritas en el consentimiento informado suscrito por la reclamante para la intervención de la histerectomía, diagnosticándose y

tratándose de forma correcta, por lo que no se aprecia relación de causalidad entre el daño alegado y la asistencia sanitaria prestada.

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 .....

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.