

Expediente Núm. 326/2009
Dictamen Núm. 174/2010

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
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 29 de julio 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 7 de julio de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que considera derivados de una deficiente asistencia recibida en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 25 de julio de 2008, una letrada, actuando en nombre y representación del perjudicado, presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que afirma sufridos como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria recibida en el Hospital “X”.

Inicia el relato refiriendo que el perjudicado, “fue intervenido quirúrgicamente el día 29 de junio de 2007, en el Servicio de Medicina Interna del Hospital “X”, para solucionar un problema de flujo gástrico”, realizándosele “una extirpación total del estómago, además de colocación de prótesis de esófago”, debiendo alimentarse en la actualidad “a base de purés y preparados proteicos, siendo su peso de 45 kg”. Continúa refiriendo que a consecuencia de aquella intervención “ha estado durante 7 meses ingresado, uno de ellos en la UVI (...), y ha sufrido 6 intervenciones quirúrgicas”. El resultado de todo ello es que “su vida (...) está totalmente limitada y deteriorada” así como “su aspecto físico (...), hasta el punto de haber sido declarado en situación de Incapacidad Permanente Absoluta, y precisa ayuda para muchas de las tareas y actividades diarias”.

Manifiesta que “mi representado no ha sido debidamente informado de las consecuencias que podía tener la intervención no urgente y voluntaria de reflujo”, y procede a enumerar las razones por las que se interpone la reclamación: “Negligencia médica por mala praxis en la intervención; falta de consentimiento informado; falta de información previa sobre las consecuencias (...) (de) la intervención quirúrgica; daños por todas las intervenciones médicas y quirúrgicas derivadas de aquella primera de reflujo; tiempo que mi mandante ha estado hospitalizado; situación actual de mi mandante como consecuencia de la operación que está imposibilitado para trabajar y para llevar una vida normal, no pudiendo ni comer, ni realizar actos cotidianos por sí solo”.

Reclama una indemnización de tres millones de euros (3.000.000 €).

Solicita, además, copia íntegra de la historia clínica, “incluidas las hojas de curso clínico, de planta y de UVI, hojas de intervenciones quirúrgicas o partes de quirófano”.

Adjunta copia de los siguientes documentos: a) Poder general para pleitos, de fecha 11 de junio de 2008. b) Informe del Servicio de Cirugía General del Hospital “X”, de fecha 16 de abril de 2008. c) Informe de alta del Servicio de Cirugía General del Hospital “X”, de fecha 6 de septiembre de 2007.

d) Informe de alta de la UCI del Hospital "X", de fecha 27 de julio de 2007. e) Informe del Servicio de Digestivo del Hospital "Y", de fecha 10 de septiembre de 2007. f) Informe del Servicio de Digestivo del Hospital "Y", de fecha 11 de septiembre de 2007. g) Informe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital "Y", de fecha 24 de septiembre de 2007. h) Informe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital "Y", de fecha 1 de octubre de 2007. i) Informe del Servicio de Digestivo del Hospital "Y", de fecha 4 de octubre de 2007. j) Informe de alta del Servicio de Cirugía General del Hospital "Y", en fecha 17 de octubre de 2007. k) Informe de enfermería al alta, de fecha 17 de octubre de 2007. l) Informe del Servicio de Digestivo del Hospital "Y", de fecha 13 de diciembre de 2007. m) Informe de alta, en fecha 19-12-2007, en el Servicio de Cirugía General del Hospital "Y", tras ingreso para extracción de prótesis esofágica.

2. Con fecha 4 de agosto de 2008, el Subdirector Médico del Hospital "X" remite al Servicio instructor copia de la historia clínica del perjudicado.

3. El día 13 de agosto de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la representante la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Con fecha 24 de octubre de 2008, la Directora Médica del Hospital "X" remite al Servicio instructor copia del informe del Servicio de Medicina Intensiva y Cirugía General.

En dicho informe, de fecha 20 de agosto de 2008, se refiere que "se trata de un paciente ingresado para intervención electiva de hernia hiatal en el que se practicaron las actuaciones habituales en este caso, con realización de historia clínica, petición de estudios preoperatorios y formalización de la

información con firma del documento de consentimiento informado, (contrariamente) a lo que se afirma en el punto quinto de la reclamación (...). Durante la intervención se encuentra, como hallazgo incidental, una tumoración grande situada en el cardias que impide la enucleación por lo que se practica una gastrectomía total de necesidad para poder extirpar dicha tumoración. Lo que contradice la acusación de negligencia o mala praxis durante la intervención (...). Durante el seguimiento de la intervención por la neoplasia muscular benigna de cardias se constataron dos complicaciones mayores: pancreatitis posoperatoria con peritonitis y fístula de la anastomosis esófago-yeyunal (origen de las demás complicaciones descritas), con seguimiento y solución precoz de las mismas mediante reintervención, en dos ocasiones, realizadas por el mismo cirujano que había practicado la primera intervención (...). Ambas complicaciones graves están recogidas en el documento de consentimiento informado firmado por el paciente (...). Por lo que se refiere al tiempo de hospitalización, consideramos que se ha actuado adecuadamente. El largo periodo de hospitalización fue debido a la aparición (de) las complicaciones y solución de las mismas (reintervenciones, ventilación mecánica, estancia en UVI, nutrición parenteral completa, antibioterapia compleja, etc...) hasta el traslado consensuado al Servicio de Cirugía del (Hospital Universitario Central de Asturias) (...). Por último, manifestar que la dificultad de ingestión de sólidos es motivada por estenosis de la anastomosis, complicación también descrita en el documento de consentimiento informado".

Adjunta copia del documento de consentimiento informado.

5. Con fecha 12 de noviembre de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él describe los hechos y concluye que "la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*".

6. Mediante escritos de 14 de noviembre de 2008, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

7. Con fecha 6 de noviembre de 2008, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Cirugía General y tres especialistas en Cirugía General y Digestiva. En él se afirma que “el paciente había sido correctamente diagnosticado (...), la indicación quirúrgica se establece en el momento y con los criterios adecuados. El estudio preoperatorio es correcto”; durante la intervención “se localiza una lesión inadvertida, de la que no había podido ser informado el paciente, por lo que se decide cambiar la técnica ante los hallazgos intraoperatorios”, lo que requiere una intervención “agresiva y de riesgo”. Consideran que “la pancreatitis aguda posoperatoria es una complicación inherente a cualquier cirugía abdominal (...), siendo tratada en este caso de forma correcta y con buena evolución”. También la dehiscencia anastomótica es “una complicación inherente a cualquier cirugía con resección del tubo digestivo, especialmente en las que está implicado el esófago (...). Se trata de una complicación grave, con elevada mortalidad y morbilidad, que en este caso se maneja de forma conservadora de manera satisfactoria”. Subraya el informe que “se pone a disposición del paciente todos los medios necesarios y suficientes para su recuperación, incluyendo soporte en UCI, las reintervenciones precisas y consulta con los especialistas necesarios en ese centro y otros”. Añade finalmente que “los trastornos alimentarios tras una gastrectomía suelen mejorar con la adaptación en el tiempo del paciente, acabando por tolerar dietas normales”.

8. El día 17 de febrero de 2009 se notifica a la representante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una copia de los documentos obrantes en el procedimiento. El día 26 de febrero se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo compuesto

por cuatrocientos veintisiete (427) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto. No consta en el expediente que se hayan formulado alegaciones.

9. Mediante escrito de fecha 3 de marzo de 2009, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias remite al instructor oficio de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Asturias interesando la remisión a la misma del expediente administrativo. Al objeto de cumplimentar lo interesado, con fecha 10 de marzo de 2009 se remite al citado Servicio Jurídico una copia del expediente.

10. Con fecha 29 de junio de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de las Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Manifiesta que el paciente dio su consentimiento para la intervención quirúrgica firmando el correspondiente documento y que fue intervenido de hernia de hiato tras los estudios preoperatorios; “durante la intervención se encontró, como hallazgo incidental, una neoplasia muscular benigna de cardias de unos seis a ocho cm de diámetro que no fue posible enuclear, motivo por el cual se practicó una gastrectomía total de necesidad, para poder extirparla”. Además, en el posoperatorio “se constataron dos complicaciones mayores: una pancreatitis posoperatoria con peritonitis y una fístula de la anastomosis esófago-yeyunal (...) con seguimiento y solución precoz de las mismas mediante reintervención (...). Ambas complicaciones graves están recogidas en el documento de consentimiento informado firmado por el paciente”; la “dificultad de ingestión de sólidos” es motivada por “una estenosis de la anastomosis, complicación también descrita en el documento de consentimiento informado”. Considera finalmente que “el largo periodo de hospitalización fue debido a la aparición de las complicaciones y solución de las mismas (...) hasta el traslado consensuado al Servicio de Cirugía” del Hospital “Y”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de julio de 2009, registrado de entrada el día 17 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 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 el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar a través de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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 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 25 de julio de 2008 y el interesado recibió el alta hospitalaria el día 19 de diciembre de 2007, por lo que la reclamación ha sido 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.

En cuanto al informe de los servicios afectados, se ha incorporado al procedimiento el informe del Servicio de Cirugía del hospital público en el que tiene lugar la primera intervención, en la que se practicó la gastrectomía total; sin embargo, no consta que el instructor haya solicitado el informe del Servicio de Cirugía del hospital al que fue derivado el paciente desde el anterior, así como la remisión de la historia clínica existente en el mismo. Teniendo en cuenta que el solicitante formula su reclamación por, entre otras cuestiones, “daños por todas las intervenciones médicas y quirúrgicas derivadas de aquella primera” y “tiempo que mi mandante ha estado hospitalizado”, ha de entenderse que vincula a su reclamación la asistencia sanitaria recibida en ambos centros.

Dicha omisión no resulta correcta, puesto que el fundamental derecho de contradicción y defensa de los reclamantes conlleva el de poder conocer, de primera mano, la totalidad de documentos que han de formar parte del procedimiento. No obstante, en el caso concreto que analizamos no se ha causado indefensión a la parte interesada ya que esta, en primer lugar, solicita en su escrito inicial únicamente copia de la historia clínica del primero de los hospitales, que consta incorporada, y acompaña a dicho escrito diversos informes emitidos por el segundo Hospital en que es tratado; por otra parte, tras obtener una copia completa del expediente en el trámite de audiencia, no ha formulado alegación alguna al respecto. Circunstancia que, a la vista del conjunto de la documentación obrante, de la que puede extraerse información suficiente para la determinación de los hechos, y en aplicación de los principios de eficacia y economía procesal, no consideramos necesaria la retroacción de actuaciones.

Por otra parte, de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo interpuesto por el interesado ante la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Asturias contra la resolución presunta del procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial objeto de este

dictamen. En consecuencia, dado que este se encuentra *sub iudice*, sin que conste formalmente que el procedimiento judicial esté aún pendiente de conclusión y sentencia, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en caso contrario habría de estarse al pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

Finalmente, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo 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. No obstante, ello no impide la resolución, 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 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.- En el presente caso, el interesado fundamenta su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria con ocasión de una intervención quirúrgica de hernia hiatal, que entiende le ha causado un “daño desproporcionado” al habersele realizado “una extirpación total de estómago, además de colocación de prótesis de esófago”. A consecuencia de dicha intervención estuvo “7 meses ingresado (...), ha sufrido 6 intervenciones quirúrgicas, habiendo estado su vida en peligro inminente y

grave de muerte durante su estancia en la UVI”, estando “su vida actualmente (...) totalmente limitada y deteriorada su vida personal, profesional, social, su aspecto físico y alimentación, hasta el punto de haber sido declarado en situación de Incapacidad Permanente Absoluta, y precisa ayuda para muchas de las tareas y actividades diarias”; asimismo, afirma que “no ha sido debidamente informado de las consecuencias que podía tener la intervención no urgente y voluntaria de reflujo”.

La realidad del daño físico derivado de la realización de una gastrectomía total ha quedado acreditada mediante los informes médicos obrantes en el procedimiento, en los que igualmente resulta probada la desfavorable evolución experimentada por el paciente durante el posoperatorio subsiguiente a la primera intervención (que tuvo lugar el 28 de junio de 2007), en el que sufrió “sepsis de probable origen abdominal” y dos complicaciones, “pancreatitis posoperatoria con peritonitis y fístula de la anastomosis esófago-yeyunal”, “origen” a su vez “de las demás complicaciones descritas”. No se acredita a través de documento alguno, en cambio, la situación de incapacidad permanente absoluta en la que alega encontrarse, mientras que en relación a las secuelas relacionadas con las limitaciones a la ingesta de alimentos debe tenerse en cuenta que el informe emitido por una asesoría médica privada indica que “los trastornos alimentarios tras una gastrectomía suelen mejorar con la adaptación en el tiempo del paciente, acabando por tolerar dietas normales”, por lo que no puede entenderse producida su determinación en el momento de presentar la reclamación.

No obstante, dejando ahora al margen la cuantificación o valoración económica que, en su caso, deba efectuarse, consta la realidad de un daño físico efectivo que reúne los elementos necesarios para legitimar el ejercicio de la acción de reclamación de responsabilidad patrimonial.

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.

Probada la existencia de unos daños reales, 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.

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 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.

Funda el reclamante su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria por una pluralidad de “cuestiones”: “negligencia médica por mala praxis en la intervención, falta de consentimiento informado y falta de información previa sobre las consecuencias reales que podía tener la intervención quirúrgica”.

Sin embargo, y pese a que le incumbe la carga de la prueba de las imputaciones que realiza, en particular acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama, el reclamante no ha desarrollado la menor actividad probatoria, dejando transcurrir incluso el trámite de audiencia sin formular alegaciones o presentar los documentos y justificaciones que estimasen pertinentes en apoyo de sus pretensiones. En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio en cuanto al respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada al perjudicado sobre la base de la documentación que obra en el expediente, la cual no ha sido discutida.

En primer lugar, resulta acreditado que para la realización de la intervención de hernia hiatal se “practicaron las actuaciones habituales (...) realización de historia clínica, petición de estudios preoperatorios” y, en contra de lo afirmado por el reclamante, “formalización de la información con firma del documento de consentimiento informado”, que consta incorporado al expediente, aunque no formando parte de la copia de la historia clínica remitida. En segundo lugar, se especifican en dicho consentimiento como posibles complicaciones “infección herida/intrabdominal, hematoma (...). Estenosis de anastomosis (...). Fístula (...). Dehiscencia. Peritonitis”, indicándose además que ante determinadas de ellas “cabe la posibilidad de reintervención”. Tal y como se concreta en el informe emitido por el Servicio afectado y en el Informe Técnico de Evaluación, las complicaciones sufridas por el paciente, “pancreatitis posoperatoria con peritonitis” y “fístula de la anastomosis esófago-yeyunal”, origen a su vez de otras, “están recogidas en

dicho documento”, como lo está también la “estenosis de la anastomosis” que motiva “la dificultad de ingestión de sólidos que presenta el paciente”.

Obvia el reclamante, por otra parte, un hecho fundamental en el proceso, y es que durante la intervención por hernia hiatal “se encontró, como hallazgo incidental, una neoplasia muscular benigna de cardias de unos seis a ocho cm de diámetro que no fue posible enuclear, motivo por el cual se practicó una gastrectomía total de necesidad, para poder extirparla”. La información acerca de la tumoración “fue aportada a la familia por el propio Jefe de Servicio (...) mientras el paciente estaba siendo intervenido”, constando además en el documento de consentimiento informado que este autoriza “al equipo de cirugía a la realización de dicha intervención y/o aquellas que, no habiendo sido previstas, sean a juicio del cirujano necesarias, por hallazgos de patologías no sospechadas y encontradas durante el acto quirúrgico”. Finalmente, en lo relativo al tiempo de hospitalización, tampoco resulta acreditado que fuera excesivo a la vista de las complicaciones surgidas.

En definitiva, tanto el informe técnico de evaluación como el realizado por los especialistas en Medicina Interna concluyen que la actuación médica fue acorde con la *lex artis ad hoc*, que la técnica quirúrgica finalmente empleada y la gastrectomía practicada fueron debidas a una patología tumoral del paciente no identificada hasta ese momento, y que las complicaciones surgidas en el posoperatorio están descritas en el consentimiento informado suscrito por el reclamante para la intervención quirúrgica, siendo riesgos típicos de los que fue informado y que consintió expresamente. Materializados tales riesgos, las complicaciones desarrolladas fueron diagnosticadas y tratadas de forma correcta, no resultando, por lo expuesto, imputable al servicio público sanitario el daño alegado por estos conceptos al no concurrir la nota de antijuridicidad que sería necesario para ello.

Por tanto, no cabe estimar la responsabilidad patrimonial que se pretende, al no existir nexo causal entre la extensión de la intervención quirúrgica inicial y las secuelas de una gastrectomía total y el servicio público

sanitario, y al no resultar antijurídicos los daños alegados por las complicaciones surgidas en el posoperatorio, así como por las medidas y el tiempo que fue necesario emplear para su adecuado tratamiento hasta su curación; lo nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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.