

Expediente Núm. 336/2009  
Dictamen Núm. 184/2010

**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 9 de septiembre 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 28 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 derivados de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 5 de noviembre de 2008, el reclamante presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a dicho ente, por el fallecimiento de su madre, que atribuye a la asistencia sanitaria que recibió en el Hospital .....

Inicia su relato refiriendo que su madre ingresa en el Hospital ..... el día 28 de septiembre de 2008, “para realizarle una intervención programada a fin de extraerle un tumor que (...) impresionaba de maligno”, siendo intervenida el

día siguiente “por laparotomía media infraumbilical que, sobre la marcha, se prolonga a supraumbilical./ Al finalizar la intervención, se les dice que la operación había sido un éxito, y que le habían quitado un quiste del ovario derecho y un tumor del izquierdo, y que la impresión era mejor que lo previsto. Que habían mandado a analizar el tumor y que en el caso de que fuera maligno, lo sería de `Grado 1´ y que no precisaría tratamiento, y que iban a pasarla a reanimación”. Sigue diciendo que “tras llevarla a planta (...), se encuentra mal, con fuertes vómitos” que continúan el día siguiente “pese a que se le está suministrando medicación antiemética”. El día 1 de octubre “se queja de fuertes dolores abdominales y está prácticamente inconsciente y en estado de confusión (...), delirando y en estado de shock”. Añade que se le “realizan analíticas, una ecografía y (...) me piden el consentimiento para hacerle un scanner con contraste” e informan de que “se halla en un estado muy grave. Que tiene las constantes muy bajas, que parece tener una infección, y que así no se la podía operar”. Finalmente, “cuando la enferma está en estado crítico, se le da un medicamento para aumentar su tasa de coagulación, lo que hace que no se le pueda sacar sangre para otra analítica, y se nos dice que la van a intervenir de urgencia, (‘a la desesperada’, se nos dice)”.

Refiere también que “tras la (segunda) intervención, se nos informa de que tenía dos perforaciones intestinales, probablemente de 48 horas (...), no puede ir a la UVI porque no hay camas, y pasa a reanimación./ Por la noche, se me informa de que las dos perforaciones se habían suturado, pero que ya llegó a esa segunda intervención con un shock séptico, y que debía haber sido intervenida antes (...). A la mañana siguiente, fallece”. Según el informe del hospital “la causa de la muerte es una `peritonitis fecaloidea secundaria a doble perforación intestinal´”.

Sostiene el reclamante que “tal perforación hubo de producirse en la primera intervención (...) y que al no detectarla a tiempo, fue la causa de la muerte de mi madre”.

Reclama, "a la espera de ver el historial del paciente y el 'día a día' del ingreso", la cantidad de cincuenta y un mil seiscientos noventa y cinco euros con tres céntimos (51.695,03 €).

2. Mediante escrito notificado el día 20 de noviembre de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al reclamante la fecha de recepción de la reclamación en la Administración del Principado de Asturias y las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará. Asimismo le requiere para que acredite "su condición como derechohabiente del perjudicado fallecido".

3. Con fecha 13 de noviembre de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Hospital ..... que le remitan copia de la historia clínica de la paciente y el informe actualizado del Servicio que la atendió.

4. Constan incorporadas al expediente fotocopias de documento nacional de identidad del reclamante y del Libro de Familia en el que consta anotado como hijo de la paciente.

5. Por oficios datados el 19 y el 25 de noviembre de 2008, el Gerente del Hospital ..... remite al Servicio instructor copia de la historia clínica de la enferma y del informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

La historia clínica está integrada, entre otros por los siguientes documentos: a) Hoja de protocolo quirúrgico del día 29 de septiembre de 2008, relativa a "laparotomía media infraumbilical", por "tumoración de ovarios" en la que consta "apertura por planos según técnica habitual. Se aprecia adherencia de cara anterior de útero a cara lateral de peritoneo. Cuadro adherencial severo. Tumoración ovárica izda. quística de +/- 8 cm de diámetro. Tumoración ovárica derecha dura como fibroma de +/- 15 cm de diámetro./ Ambos ovarios se remiten para intra, diciéndonos que el ovario derecho es benigno y el izdo.

borderline./ Se realiza histerectomía según técnica habitual y omentectomía. Se intenta identificar apéndice, sin conseguirlo. Cierre por planos según técnica habitual". b) Hoja de observaciones del curso clínico, en la que constan anotaciones del día 30 de septiembre de 2008, según la que la paciente "se encuentra revuelta. Ha vomitado. Peristalsis +. Apósito limpio. Diuresis 2.000 (...) (ilegible). Mantenemos sueroterapia y dieta absoluta. Analítica realizada esta mañana: N". El día 1 de octubre de 2008, segundo día postoperatorio, consta "afebril. La paciente se encuentra desorientada y vomitando. No dolor abdominal. Peristalsis +, pero débil, abd. blando, no dolor. Herida bien. No distensión abd. No timpanizado./ Dado el mal estado gral. de la paciente solicitamos analítica y consulta a MDI (vendrán hoy)". A las 11:00 horas se anota "avisan porque la paciente se encuentra peor. Está postrada. Hipotensa. No disnea. Refiere dolor en epigastrio. No edemas EEII. Hablo con M. I. de nuevo, que acude urgente. Abdomen blando, doloroso en hemiabdomen D. No s. (ilegible, parece decir "peritoneales"). Eco. Abd". Constan resultados de eco, realización de analíticas y sus resultados, realización de TAC, solicitud de consulta a Hematología; reserva de 3 CH y plasma; solicitudes de consulta también a Cirugía General y UVI, y aviso a anestesia. Se anota que "persiste el deterioro general, que ha aumentado. El abdomen no es blando, es doloroso (...) (ilegible). Se decide cirugía./ Dado el deterioro brusco de la paciente se comenta con la familia la gravedad de la situación". A las 15:00 horas se anota "vista por cirugía: intervención urgente tras preparación por parte de hematología". A las 15:45 horas consta "de acuerdo con la opinión de sepsis con shock y DMO de presumible foco abdominal, de acuerdo con cirugía urgente./ Actualmente sin cama en UCI. Podrá quedar en R. Q. y según evolución plantear traslado a UCI cuando se disponga de camas. Mal pronóstico". A las 16:00 horas se anota "no se consigue extracción de sangre control solicitado por hematología. Se avisa a anestesia para vía central. (...) se decide cirugía urgente sin esperar a control analítico dada la extrema gravedad de la situación, que se comenta con la familia". Reanimación anota, primer "día posoperatorio peritonitis fecaloidea secundaria a doble perforación intestinal en

pac. postoperada de tumoración ovárica. Dco.: shock séptico"; y que la paciente se encuentra "hemodinámicamente inestable con tendencia a hipotensión y oligoanuria. Acidosis metabólica./ Ayudada con aminas". c) Hojas de enfermería en las que consta que el día 29 de septiembre de 2008, a las 20:00 horas "llega de REA consciente y orientada". El día 30, se anota que "pasa toda la mañana nauseosa y con vómitos. Le doy un Yatrox i. v. (pautado por médico) y parece que se encuentra algo mejor" y "dos vómitos biliosos en la tarde escasos. Adelanto Yatrox a las 19:00 horas. Efectivo. Resto sin incidencias". A las 23:30 horas se anota "vómito bilioso". A las 07:00 horas del día 1 de octubre consta "sin incidencias el resto de la noche hasta ahora que vuelve a hacer un vómito bilioso. Adelanto Yatrox de las 09:00 horas". A las 09:00, la paciente está "nauseosa, algún vómito biliar escaso (...). Consciente, orientada y colaboradora". A las 10:30 horas está "sudorosa, pálida y fría. No encuentro TA. Desorientada en tiempo y en espacio, colaboradora, consciente. Se avisa urg. a su médico (...). No orina en el colector (...) desde las 24:00 horas". A las 13:00 horas consta "mal estado general de la paciente. Ahora TA 70/40 (...). Ha comenzado con ataques". d) Hoja de consulta médica al Servicio de Hematología en la que consta informe el día 1 de octubre de 2008, relativo a "paciente intervenida hace 48 horas. Presenta cuadro séptico con (ilegible) en pelvis visto por TAC". e) Hoja de consulta médica al Servicio de Medicina Interna, en la que se consigna que "hoy la encuentra desorientada, fría, hipotensa, taquicárdica con AR Ø. Abdomen con cicatriz de laparotomía sin supuración con mayor resistencia difusa con dolor en HD y ruidos presentes. No crepitación (...). Impresiona de cuadro séptico". Se ordenan pruebas diagnósticas que confirman el cuadro séptico "con evolución hacia abdomen agudo" y "planteamiento Qx por sospecha de perforación intestinal". Se anota impresión diagnóstica de "shock séptico con fracaso de riñón, coagulación, hemod./ A descartar perforación intestinal". A las 19:00 horas se anota "salió de QF. Se confirmaron 2 perforaciones intest. (...), reacc. alérgica (...), queda en reanimación". f) Hoja de atención de enfermería quirúrgica relativa a intervención realizada el día 1 de octubre de 2008, para resección intestinal.

Consta que la intervención empieza a las 16:10 horas y que termina a las 18:20 horas. g) Informes radiológicos Rx de Tórax y TC Tórax y Abdomen, del día 1 de octubre de 2008. h) Informes de transfusiones realizadas los días 1 y 2 de octubre de 2008. i) Informes de pruebas de hematología realizadas el 30 de septiembre de 2008, de pruebas de equilibrio ácido-base, hematología, coagulación y bioquímica realizadas los días 1 y 2 de octubre de 2008, así como informes del Servicio de Microbiología sobre sangre, orina y exudado peritoneal de heridas, fechados el 2 de octubre de 2008. j) Informe del Jefe del servicio de Ginecología, del Hospital ..... relativo a ingreso el día 28 de septiembre de 2008 y alta, por "exitus", el día 2 de octubre de 2008, según el cual se trata de "paciente que ingresa en nuestro Servicio por masa anexial que en estudios de extensión impresiona pudiese ser maligna./ Con fecha 29-09-08 se realiza laparotomía media infraumbilical que se prolonga posteriormente supraumbilical, apreciándose un cuadro adherencial severo, así como adherencia de cara anterior de útero a cara lateral del peritoneo en línea media a nivel de F. I. D. alta., tumoración ovárica izda. quística de 8 cm de diámetro, tumoración ovárica dcha., dura, que recuerda fibroma abollonada, de 15 cm de diámetro. Se remiten ambos ovarios para intraoperatoria, que es informada como 'borderline'; se realiza histerectomía total según técnica habitual y omentectomía". Señala que "en el post-operatorio inmediato presenta algún vómito con peristalsis positiva y diuresis adecuada; en el 2º día del postoperatorio, persisten vómitos y peristalsis débil, no dolor abdominal, pero la enferma impresiona mal". Especifica que "se solicita analítica y consulta a M. Interna. A las 11:00 horas de la mañana del día 1-10-08 la paciente se encuentra peor, postrada, con dolor en hipogastrio y sensación de shock. Se realiza ecografía abdominal apreciando pequeña cuña de líquido libre en vacío dcho. Se realiza TAC urgente apreciando colecciones líquidas intraabdominales, y la paciente comienza a desarrollar un cuadro de abdomen agudo./ A la vista de la evolución del cuadro, se solicita consulta al Servicio de Cirugía General decidiendo laparotomía, en la cual se aprecia: peritonitis fecaloidea secundaria

a doble perforación intestinal./ En el 2º posoperatorio la enferma cae en un fallo multiorgánico que la lleva al exitus”.

El informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, del día 25 de noviembre de 2008, pone de manifiesto que “el tumor o mejor dicho los tumores que tenía su madre en diagnóstico previo a la intervención tenían alta sospecha de malignidad”, que se mantiene “durante la intervención hasta la biopsia intraoperatoria en que nos dijeron que podían ser benignos o a caballo entre benigno y maligno (borderline)./ Después de la intervención se explicaron estos términos a la familia como dato favorable./ Durante la intervención no se hicieron actuaciones de ningún tipo sobre intestino grueso o delgado./ Las primeras 24 horas (...) pueden ser contempladas de normales, produciéndose incluso peristalsis lo cual significa o da a entender que no hay lesión intestinal, asimismo durante el día 30 la diuresis fue adecuada./ El día 1 de octubre la enferma se agrava lo cual se explica a la familia y se realizan múltiples estudios analíticos y de imagen. A las 14:00 horas se consulta el caso con el Dr. (...) que decide valoración por Cirugía y por la UVI con objeto de relaparotomizar a la enferma./ Tras la intervención se dice a la familia que la paciente tenía 2 perforaciones, sin decir ni poder decir el tiempo de evolución que tenían las mismas porque no hay manera de saberlo./ La enferma empeora y ante la no existencia de camas en UVI se decide que se quede en Reanimación donde no remite el shock séptico y hace exitus”. En una “ampliación” de fecha 26 de noviembre de 2008, el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia manifiesta que la perjudicada “firmó el día previo a la intervención un consentimiento informado en el cual especifica que se pueden producir lesiones intestinales en el tipo de cirugía al que ella fue sometida”.

6. Con fecha 26 de diciembre 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 perjudicada es sometida a una intervención para extirparle dos tumores en ambos ovarios, dos días después se produce el agravamiento de la paciente, por lo que se procede a

“relaparatomizar a la enferma” y se informa a la familia de que “tenía dos perforaciones” que aún cuando “pudieran haber sido ocasionadas en el primer acto quirúrgico, se encuentran dentro de los riesgos típicos de la cirugía abdominal y estaban específicamente contemplados en la información que se proporcionó a la paciente cuando se recabó su consentimiento para la cirugía”, y entre los que se encuentran “las lesiones intestinales, fístulas, infecciones, hemorragias y lesiones viscerales”. Concluye que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*.

**7.** Mediante escritos de 12 y de 29 de enero de 2009, 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, respectivamente.

**8.** Con fecha 7 de marzo de 2009, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cuatro especialistas en Obstetricia y Ginecología. Informan que fue el día 1 de octubre de 2008 “es decir, 48 horas después de la cirugía, cuando la paciente comienza con más sintomatología, pero muy tenue en un principio (desorientada y vomitando sin dolor abdominal con peristalsis positiva pero débil; abdomen blando no doloroso)./ Se solicita en ese momento analítica y consulta medicina interna./ A partir de entonces el deterioro es progresivo (a las 11:00 se indica que avisan porque la paciente se encuentra peor, está postrada, hipotensa, no disnea, y refiere dolor en epigastrio) y en las anotaciones posteriores se aprecia un empeoramiento muy rápido de su estado./ Esa misma mañana se hace TAC abdomino-pélvico y tórax urgente, más analítica y se (realiza) cirugía a las 15:45 horas./ Dicho lo anterior, es evidente que no existió una demora en el diagnóstico de la perforación intestinal y que se actuó de forma rápida solicitando las pruebas idóneas, cuando la clínica se manifestó como anormal en el curso de un preoperatorio de este tipo de intervenciones”.

Señalan las siguientes conclusiones: “Nos encontramos ante un caso de lesión intestinal surgida en el transcurso de una cirugía ginecológica (histerectomía total con doble anexectomía) (...) y que provocó una peritonitis con cuadro séptico con fallecimiento posterior (...). La indicación de intervención ante la existencia de unas masas ováricas sospechosas de malignidad era correcta (...). La lesión intestinal, aunque infrecuente, constituye una complicación típica de todo procedimiento ginecológico quirúrgico abdominal, como se señala en el consentimiento informado específico (...). En este caso, había un factor de riesgo asociado que puede incrementar las posibilidades de lesión intestinal; la existencia de un firme componente adherencial, tal y como se describe en la hoja operatoria (...). El seguimiento del postoperatorio fue el correcto, empleando los medios diagnósticos adecuados cuando comienza la sintomatología anormal a las 48 horas de la intervención (...). Los profesionales intervinientes actuaron conforme a *lex artis ad hoc*, sin evidencia de mala praxis”.

**9.** Mediante escrito de fecha 6 de abril de 2009, se comunica al reclamante 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 16 de febrero se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo compuesto por cuatrocientos sesenta y nueve (469) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

**10.** Con fecha 4 de mayo, el reclamante presenta en una oficina de correos de Gijón un escrito de alegaciones en el que se reafirma en los términos del escrito inicial.

**11.** Con fecha 20 de julio de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Considera que “parece claro que el intestino se lesionó durante la liberación de las adherencias (...), hecho absolutamente necesario para

completar la cirugía propuesta y necesaria en este caso (histerectomía con extirpación de ambos ovarios y epiplón). Esta lesión intestinal en el transcurso de cualquier tipo de cirugía abdominal ginecológica es una complicación típica descrita en todos los tratados de cirugía al respecto y la existencia de un síndrome (de) adherencia, tal y como existía en este caso, se debe relacionar con un riesgo incrementado. Esta posibilidad de lesión intestinal está recogida de forma explícita en el consentimiento informado específico de histerectomía". Respecto al supuesto retraso diagnóstico de la complicación surgida el primer día del postoperatorio, afirma que "la cirugía fue realizada el día 29 de septiembre. En las hojas de enfermería del día 30 en el turno de tarde, aparte de vómitos (síntoma típico y característico de todo proceso quirúrgico abdominal) se anota `sin incidencias´. Lo mismo ocurre en el turno de noche `sin incidencias el resto de la noche salvo a las 7:00 horas que tiene otro vómito´. Es ese día, es decir, 48 horas después de la cirugía, cuando la paciente comienza con más sintomatología, pero muy tenue en un principio (desorientada y vomitando sin dolor abdominal con peristalsis positiva pero débil; abdomen blando no doloroso). Se solicita en ese momento analítica y consulta (a) Medicina Interna. A partir de entonces el deterioro es progresivo (a las 11:00 horas se indica que avisen porque la paciente se encuentra peor, está postrada, hipotensa, no disnea, y refiere dolor en epigastrio) y en las anotaciones posteriores se aprecia un empeoramiento muy rápido de su estado. Esa misma mañana se hace TAC abdómino pélvico y tórax urgente, más analítica y cirugía a las 15:45 horas".

Concluye el informe que "es evidente que no existió una demora en el diagnóstico de perforación intestinal y que se actuó de forma rápida solicitando las pruebas idóneas, cuando la clínica se manifestó como anormal".

**12.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de julio de 2009, registrado de entrada el día 31 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.

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 5 de noviembre de 2008, habiendo tenido lugar el fallecimiento del que trae origen el día 2 de octubre del mismo año, 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, no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar al interesado, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, la fecha en que su solicitud ha sido recibida por el órgano competente, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que, si bien se notifica al reclamante por el Servicio instructor (la fecha de recepción de su solicitud y) la incoación del procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado, al haberse precisado estos extremos mediante una mera referencia a la normativa rectora del mismo.

Por último, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en el 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 43.4, 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.-** Es objeto de análisis una pretensión de indemnización por los daños ocasionados con el fallecimiento de la madre del interesado, que atribuye a la asistencia sanitaria que le fue prestada en un hospital público.

Consta en el expediente el óbito de la paciente el día 2 de octubre de 2008, por lo que debemos presumir que el reclamante, como hijo, ha sufrido un daño moral, cuya evaluación más precisa realizaremos si concurren los presupuestos que exijan la declaración de responsabilidad de la Administración.

También consta que se diagnosticó a la paciente una peritonitis fecaloidea secundaria a doble perforación intestinal, tras haber sido intervenida por una tumoración de ovarios el día 29 de septiembre de 2008.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica por sí misma la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que es preciso examinar si se dan las circunstancias que permitan reconocer al reclamante el derecho a ser indemnizado por concurrir los demás requisitos legalmente exigidos. En concreto ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de servicio público y que resulta antijurídico.

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*. Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de la prueba de la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado y, en particular, que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, el interesado no desarrolla ninguna actividad probatoria en esa dirección, limitándose a enunciar tal nexo causal en su escrito inicial y en el de alegaciones. 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, sino sólo negados en las alegaciones formuladas en el trámite de audiencia.

Según el reclamante, el fallecimiento de su madre se produjo por una perforación intestinal no detectada a tiempo ocurrida en el curso de la primera intervención quirúrgica.

Del análisis de la documentación clínica incorporada al expediente, así como de los diferentes informes técnicos realizados, hemos de considerar acreditado que en aquella intervención se produjo efectivamente una perforación intestinal que no fue detectada en el curso de la misma. Sin embargo, los informes que obran en el expediente señalan que la intervención quirúrgica estaba indicada por la existencia de masas ováricas sospechosas de malignidad; que la lesión intestinal constituye una complicación típica de todo procedimiento ginecológico quirúrgico abdominal contemplada expresamente en el consentimiento suscrito por la paciente; que, en este caso, existió un factor de riesgo asociado, cual era la existencia de un firme componente adherencial. Tanto el informe técnico de evaluación como el de los cuatro especialistas en Obstetricia y Ginecología avalan la actuación de los facultativos y consideran acorde con la *lex artis* el desarrollo de la intervención. Por ello, tratándose de la materialización de un riesgo típico, no resulta acreditada la existencia de un daño antijurídico susceptible de generar responsabilidad patrimonial.

Por lo que se refiere al posible diagnóstico tardío y a las atenciones posteriormente recibidas por la perjudicada, consta en las hojas de curso clínico y enfermería que hasta las 10:30 horas del día 1 de octubre de 2008 la paciente presentaba vómitos biliosos, pero la diuresis era adecuada, el abdomen era blando, no doloroso y se había producido peristalsis, lo que no hacía sospechar la existencia de lesión intestinal. Los informes emitidos consideran ese periodo dentro de la normalidad.

A partir de las 10:30 horas del día 1 de octubre, la paciente presenta síntomas de desorientación, con deterioro general brusco. Tras la realización inmediata de las pruebas necesarias para establecer el diagnóstico, fue intervenida de urgencia el mismo día 1 de octubre a las 16:10 horas. Es decir, que desde el inicio de los síntomas hasta la intervención no habían transcurrido 6 horas. Los especialistas en Obstetricia y Ginecología que informa en el expediente niegan demora en el diagnóstico de la perforación intestinal,

señalando que se actuó de forma rápida y que se solicitaron las pruebas idóneas. De hecho el interesado no pone reparo alguno a las mismas.

En definitiva, no se ha acreditado que la asistencia sanitaria prestada a la paciente fallecida hubiera violado la *lex artis ad hoc*, por lo que los daños alegados no guardan relación de causalidad con el funcionamiento del servicio sanitario público y no resultan antijurídicos.

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 formulada 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.