

Expediente Núm. 17/2015
Dictamen Núm. 49/2015

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 19 de marzo de 2015, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 21 de enero de 2015 -registrada de entrada el día 30 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 14 de febrero de 2014, el perjudicado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que considera derivados de una deficiente asistencia sanitaria.

Explica que “el día 11 de agosto de 2011 fue intervenido de hernia de hiato por vía laparoscópica en el Hospital ‘X’”, y que “durante la intervención

se produce (una) lesión iatrogénica gástrica con dehiscencia del fundus gástrico, por lo que se decide cambio en la intervención para realizarla mediante laparotomía y realizar extirpación parcial del fundus gástrico y técnica de Nissen sobre estómago”.

Señala que “durante el posoperatorio presenta complicaciones” y “tiene que ser intervenido quirúrgicamente de nuevo el 2 de septiembre de 2011 por peritonitis localizada a nivel supramesocólico y fuga en fundus gástrico que se sutura. Se le realiza laparotomía urgente (...). Ingresa en la UVI el 2 de septiembre de 2011, donde se objetiva fuga de contenido intestinal por herida de laparotomía./ Se le realiza un TAC abdominal donde se observan colecciones abdominales y hasta 1/3 medio del tórax ascendiendo por hiato esofágicos. Igualmente se realizan varios cultivos en herida quirúrgica, drenajes de la misma y aspirado traqueal y en todos ellos se detectan infecciones./ Dada su gravedad es trasladado” al Hospital “Y” “el 26 de septiembre de 2011, donde es ingresado en la UCI, precisando de traqueostomía por distress respiratorio (con atelectasias). Asimismo, presenta complicación de síndrome confusional agudo con delirio que precisa interconsulta con Psiquiatría. También presenta úlceras de presión grado III/IV y anemia, por lo que requiere varias transfusiones”. Indica que permanece en la UCI hasta el 31 de octubre de 2011, en que “pasa a planta de Cirugía General”, recibiendo el alta hospitalaria el 13 de diciembre de 2011. Al alta “es remitido a revisiones posteriores por (...) Cirugía General, semanales para las primeras curas de herida abdominal, escaras y traqueotomía; posteriormente recibe curas en su domicilio durante dos meses realizadas por personal del centro de salud”, y el día 16 de marzo de 2012 se efectúa el “cierre quirúrgico de la traqueotomía”.

Añade que el 19 de enero de 2013 “ingresa (...) en el Hospital ‘X’ por dolor en hipocondrio izquierdo desde hace tres semanas y fiebre. Tras realizarle diversas pruebas (...) se comprueba que hay infección./ Asimismo fue visto por el Servicio de Psiquiatría por síndrome de ansiedad./ Es dado de alta el día 20 de febrero tras pautarle antibióticos y drenaje percutáneo. Precisa curas del drenaje (...), para lo que es remitido a su centro de salud”.

Manifiesta que "la situación (...) tras la realización de una laparoscopia sobre el esófago fue muy grave, puesto que dicha intervención le ocasionó diversas complicaciones e infecciones no relacionadas con la cirugía inicialmente propuesta. Estuvo ingresado 157 días y su situación actual es mala, sin previsión de mejoría. Tiene la voz más ronca, alteración de las digestiones y del tránsito intestinal a consecuencia de la extirpación parcial del estómago, dehiscencia muscular abdominal, cansancio (y) cicatrices de traqueotomía, abdominal y en sacro, así como trastorno psiquiátrico".

Solicita una indemnización cuyo importe asciende a ciento cincuenta y ocho mil ochenta y tres euros con sesenta y un céntimos (158.083,61 €), calculados de acuerdo con el "baremo contenido en el anexo a la Ley 34/2003, de 4 de noviembre, y RDL 8/2004, de 29 de octubre", y que desglosa en: 48 puntos de secuelas por "estenosis que ocasiona disfonía (...), gastrectomía parcial (...), trastorno funcional" del intestino, "dehiscencia de la pared abdominal (asimilación)" y "trastorno depresivo reactivo"; 15 puntos de secuelas por "perjuicio estético"; 157 días de estancia hospitalaria; 176 días improductivos, y un 10% de factor de corrección.

Respecto al nexo causal, manifiesta que en la intervención quirúrgica de hernia de hiato se produjeron "graves errores o negligencias", y que hay una "clara relación" entre las "negligencias achacables a determinado personal del Hospital 'X'" y los daños sufridos.

2. El día 21 de febrero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará y los efectos del silencio administrativo.

3. Mediante oficio de 25 de febrero de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para emitir el informe técnico de evaluación solicita a las Gerencias de las Áreas Sanitarias IV y V una copia de la historia clínica del

perjudicado en el Hospital "Y" y en el Hospital "X", así como un informe del Servicio de Cirugía General de cada uno de los citados centros hospitalarios en relación con los hechos expuestos en la reclamación.

4. Con fecha 18 de marzo de 2014, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital "Y", y el día 15 de abril de 2014 le envía una copia de la historia clínica completa del paciente.

En el informe del Jefe del Servicio de Cirugía General, fechado el 13 de marzo de 2014, se detalla la evolución del enfermo durante el ingreso y se especifica que fue "recibido en el posoperatorio complicado de una cirugía hiatal que presenta graves problemas de orden séptico en relación con una fístula del fundus gástrico", precisando que "fue tratado de modo conservador hasta su resolución".

5. El día 21 de abril de 2014, la Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del perjudicado relativa al proceso objeto de reclamación, junto con el informe emitido por el Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital "X" el 14 de abril de 2014. En el referido informe se indica que "el paciente fue intervenido quirúrgicamente el día 11 de agosto de 2011 de una hernia hiatal en este hospital de forma programada (...). Como se refleja en la hoja de protocolo quirúrgico de ese día se inició por vía laparoscópica, encontrándose gran complejidad anatómica de todas las estructuras que dificultaba tremendamente el acto quirúrgico, procediéndose durante la difícil disección de los tejidos a una apertura del fundus gástrico que fue percibida inmediatamente por el cirujano, decidiéndose a reconvertir a cirugía abierta (...). Se procedió a suturar dicha apertura del estómago y a reparar su hernia hiatal según técnica descrita en dicho protocolo quirúrgico (...). El paciente fue reintervenido el 2 de septiembre por colecciones intraabdominales y pequeña fuga de la línea de

grapas de la fuga anterior del fundus gástrico. Se procedió a suturarla y al lavado de la cavidad abdominal (...). En la hoja de consentimiento informado (...), firmado por el paciente para su primera intervención quirúrgica, se detallan aquellas complicaciones que pueden presentarse en este tipo de cirugía, y las que se presentaron en este acto quirúrgico fueron percibidas inmediatamente por el cirujano procediéndose a su reparación”.

En la hoja de consentimiento informado para cirugía laparoscópica antirreflujo que se adjunta al informe, suscrita por el paciente el 29 de diciembre de 2010, constan, entre los “riesgos poco frecuentes y graves”, los de “sangrado o infección intraabdominal. Perforación de vísceras. Estenosis. Dificultad importante al tragar. Reproducción del reflujo gastroesofágico. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax”. Seguidamente, se expresa que “estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte”. También se explica que “en casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía (laparoscópica) se procederá a la conversión a cirugía abierta” (laparotomía).

6. Con fecha 14 de julio de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto elabora el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que “el reclamante, de 62 años de edad en el momento de la intervención, con antecedentes de (...) obesidad, bronquitis asmática, parálisis diafragmática izquierda postraumática, colon irritable y síndrome ansioso-depresivo, fue diagnosticado de gran hernia de hiato en marzo de 2008. Tras la realización de diversos estudios (gastroscopia, esofagograma, manometría, pHmetría esofágica y TAC), ingresó de forma programada el 10-08-2011 para intervención quirúrgica por laparoscopia según técnica de Nissen. Fue intervenido el 11-08-2011 mediante laparoscopia, comprobándose que el epiplón estaba metido en el saco y también gran parte del estómago. Una vez

que se cerraron los pilares se detectó una dehiscencia en el fundus gástrico de unos 5 cm, por lo que se tuvo que reconvertir la cirugía a abierta. Se realiza el cierre de la lesión y se invagina con sutura continua (...). El 13-08-2011 presenta un episodio de desaturación (...) y fatiga (...). El episodio se cerró con la aplicación de inhaladores (...). A las 23:00 horas del día 14-08-2011 se avisa al médico de guardia porque el paciente se encuentra incómodo con dolor en costado derecho intenso con respiración (...). La Rx de tórax mostró atelectasias laminares en ambas bases. Discreto pinzamiento del seno costofrénico lateral izquierdo en relación con mínimo derrame pleural izquierdo, pautándose la administración de broncodilatadores (...) y fisioterapia respiratoria. En la analítica realizada el 16-08-2011 se observa la existencia de leucocitosis, siendo la Rx de tórax similar a las previas. El TAC abdominal con contraste realizado el 16-08-2011 para descartar complicación quirúrgica no objetivó fugas de contraste introducido por sonda nasogástrica (SNG) (...). El 19-08-2011 inicia el tránsito intestinal y se encuentra afebril y con el abdomen (...) blando, depresible y no doloroso. El día 24-08-2011 se retira la SNG. (En) el esofagograma realizado el día 26-08-2011 no se objetivaban fugas, con buen paso de contraste. A partir del 15º día posoperatorio, antes de comenzar la tolerancia oral, comienza a referir cuadros ocasionales (...) que, en principio, Medicina Interna atribuye a un posible feocromocitoma (...). Sin embargo, el Servicio de Endocrinología lo atribuye a un posible inicio de infección./ El día 19 del posoperatorio presenta un pico febril de 39º y mal estado general, apreciándose en Rx de tórax una colección retrocardiaca. Se realiza un TAC toraco-abdominal urgente en el que se observan varias colecciones supramesocólicas, así como colección líquida en mediastino inferior. No evidencia clara de fuga de contraste oral. El 02-09-2011 se realiza una laparotomía urgente, encontrándose una peritonitis supramesocólica localizada y mediastínica en el saco de la hernia de hiato previa, con salida de material purulento desde la cavidad torácica a través del hiato. También se aprecia fuga a nivel del fundus gástrico de menos de 1 cm que se repara con tres puntos sueltos, comprobándose la estanqueidad

posterior al meter aire por la SNG. Se procede al lavado de la cavidad abdominal y a la colocación de drenajes./ Con posterioridad a la intervención el paciente ingresa en la UCI en `situación de shock por sepsis grave en relación a peritonitis secundaria a perforación, con abscesos intraabdominales y mediastínicos´, precisando de soporte ventilatorio mecánico. El 03-06-2011 (*sic*) se realizó una prueba de gastrografin por SNG que no evidenció fuga de contraste. Durante su ingreso en UCI se aislaron diversos microorganismos en la herida quirúrgica (...), por lo que se precisó tratamiento antibiótico. También se detectó *Candida albicans* en el aspirado traqueal (...). El 09-09-2011 se realizó un TAC toraco-abdominal con contraste que mostró los siguientes hallazgos: `comparada con el estudio previo, observan una disminución de la colección mediastínica, así como desaparición de la colección subfrénica izquierda, donde se encuentra alojado un catéter de drenaje. Disminución asimismo de la colección descrita en relación con el cuerpo pancreático. Pequeña cantidad de líquido libre peritoneal en cavidad pélvica. Pequeño derrame pleural bilateral´. El día 19-09-2011 se realiza un nuevo TAC toraco-abdominal de control con los siguientes hallazgos: `comparado con el estudio previo se observa una moderada disminución de la colección mediastínica. El epiplón se observa engrosado y con alteración de la densidad y áreas de densidad líquidas en su seno (¿necrosis?). En el de tórax y en el resto del abdomen no se observan cambios respecto al anterior estudio´. El Servicio de Cirugía General, tras mejorar la colección mediastínica y dado que los parámetros de sepsis han ido disminuyendo, opta por un tratamiento conservador, ya que el contenido purulento se va drenando./ A partir del 20 día de ingreso en UCI se observó que había un contenido de líquido en la orina sospechoso de ser de la nutrición enteral, se administró azul de metileno que dejó una mancha verdosa alrededor de la herida y el resto tiñe la orina. De acuerdo con el Servicio de Cirugía General dejar en reposo el tubo digestivo durante 48 horas, y (...) el día 24 continuaba manchando la herida tras una nueva prueba./ El 23-09-2011 se extuba al paciente, teniendo que ser intubado de nuevo y realizar intubación mecánica a las pocas horas por presentar

episodios de taquipnea y desaturación./ En el informe de alta de la UCI se anota textualmente: ` Hoy 26-09-2011 se había planteado por Cirugía realizar consulta a Digestivo para una endoscopia para valorar situación y tamaño de la fuga e hipotético tratamiento con parches, prótesis o pegamentos si se localizara. La familia está informada sobre el hecho, pero piden trasladarlo (...) al Servicio de Cirugía del (Hospital "Y") para el seguimiento y potencial tratamiento quirúrgico. Desde nuestro punto de vista y tras informarnos que es aceptado el traslado, se contacta telefónicamente con el Servicio de Medicina Intensiva del (Hospital "Y") (...) para el traslado, dada la existencia de una cama para su ingreso´. El paciente es trasladado (...) el día 26-09-2011 (...). Ingresa con insuficiencia respiratoria grave secundaria a síndrome de distress respiratorio del adulto que precisó ventilación mecánica. El 30-09-2011 se realizó traqueotomía. También se objetivaba salida de líquido de aspecto purulento y se le pautó tratamiento antibiótico y antifúngico. Durante los 15 días previos a su salida de la UCI disminuyó el débito del drenaje purulento por la herida quirúrgica y no existían signos de infección, comprobándose mediante TAC una disminución de las colecciones intraabdominales. En los últimos días de su estancia en UCI el paciente toleraba la nutrición enteral. Durante su estancia presentó un cuadro de agitación y síndrome confusional agudo con delirio que se controló (...). Fue visto por el Servicio de Psiquiatría por signos de depresión que mejoró con el tratamiento (...). A la salida de la UCI (...) se encontraba consciente, cooperador y sin signos de delirio. El 31-10-2011 (...) pasa a la planta de Cirugía General./ El paciente evolucionó favorablemente y se le retiró el tratamiento antibiótico y antifúngico. Se establece la tolerancia oral (...). El día 07-09-2011 persiste salida todavía de material purulento, pero requiriendo un menor número de curas. A lo largo de los días (...) se encuentra afebril y con buena tolerancia oral, por lo que es dado de alta hospitalaria el 13-12-2011. Posteriormente realizó revisiones periódicas en la consulta externa de Cirugía General" del (Hospital "Y").

Reseña que "el 19-01-2013 acude al Servicio de Urgencias del (Hospital "X") por ` molestias punzantes de hipocondrio izquierdo´ de tres semanas de

evolución y fiebre desde 15 días antes, a tratamiento con paracetamol. A la exploración presentaba una zona indurada subcostal izquierda sin signos inflamatorios. Se realiza ecografía abdominal urgente donde se aprecia colección epigástrica de 5 x 4 cm, con trayectos hacia pared, todo ello sugestivo de absceso. El 22-01-2013 se realiza PAAF guiada por TAC, obteniéndose material purulento y se coloca un catéter de drenaje (...). El 30-01-2013 se realiza un TAC de abdomen con contraste de control, siendo informado como 'práctica resolución de los abscesos drenados' (...). Preciso un nuevo drenaje superficial (...). También fue visto por el Servicio de Psiquiatría por 'síndrome de ansiedad' (...). El paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta el 20-02-2013./ El 11-04-2013 acudió al Servicio de Urgencias del (Hospital "X") por 'dolor abdominal', siendo la exploración y la analítica rigurosamente normal./ En un TAC realizado el 06-06-2014 se observó la 'resolución de las colecciones abdominales'.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, afirma que "queda claro" que tanto el diagnóstico como la indicación quirúrgica y la técnica elegida fueron correctos, y que "la apertura del fundus gástrico se debió, según indica el Jefe del Servicio de Cirugía General del (Hospital "X"), a la gran complejidad anatómica de todas las estructuras que dificultaban tremendamente el acto quirúrgico (...)'. En la hoja de protocolo quirúrgico se hace referencia a que 'todo el epiplón (está) metido en el saco, así como gran parte del estómago. Disección difícil por gran cantidad de grasa que dificulta y por adherencias firmes del estómago al saco, sobre todo en zona retroesofágica y de pilar derecho'. En cuanto la brecha fue detectada se procedió a realizar cirugía abierta y (se) procedió a suturarla según la técnica habitual en estos casos./ En cuanto se detectó la 'pequeña fuga' entre la línea de grapas del fundus se procedió a reintervenir de forma urgente al paciente para suturarla".

Concluye que "la asistencia prestada (...) fue acorde a la *lex artis*" y que "la complicación producida constituye la materialización de un riesgo típico de este tipo de intervenciones, descrita en el documento de consentimiento informado. Cuando la complicación fue detectada se pusieron todos los medios

diagnósticos y terapéuticos a disposición del paciente (incluso el traslado a otro centro a petición de la familia) para solucionar el problema”, por lo que procede desestimar la reclamación.

7. Mediante escritos de 18 de julio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una 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.

8. Con fecha 11 de septiembre de 2014, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él señala que “a la cirugía no se le pueden exigir resultados deseados en el 100% de los casos. La complicación quirúrgica es inherente al propio gesto quirúrgico. El paciente ha firmado un consentimiento informado donde queda explícitamente recogido”. Afirma que en cuanto se identificó la complicación “se pusieron todos los medios disponibles al servicio del enfermo para resolverla” y destaca el “exceso de celo” de los cirujanos, que en el seguimiento del paciente posterior a la primera intervención siempre tuvieron presente “la posibilidad de una fístula”, pues “en todas las pruebas de imagen solicitadas se recurrió al contraste oral para descartar la fuga” del mismo, e incluso se volvió a intervenir sin esperar a que el escape se evidenciase en el TAC.

Manifiesta, asimismo, que “el manejo en las dos UCIs donde el paciente estuvo ingresado (...) fue similar (...). Es interesante recalcar que el manejo del enfermo en el Hospital `X´ estaba siendo bien enfocado. De hecho, tras poner a disposición el traslado para la familia, cuando esta manifestó su desconfianza, podemos comprobar cómo (...) no ha precisado ninguna reintervención, tan solo afianzar en el tiempo el tratamiento que ya se había comenzado en el Hospital `X´ (...), siendo además perfectamente demostrable que las terapias aplicadas en el (Hospital `Y´) no fueron en ningún caso diferentes o más avanzadas que las propias del Hospital `X´”.

Finalmente, concluye que “la actuación médica fue la correcta, al solucionar una complicación seria derivada de la primera cirugía, poniendo todos los medios disponibles sin escatimar recursos y esfuerzos. Dicha complicación fue además reconocida y firmada en el consentimiento informado”, por lo que “no cabe (...) ninguna reclamación patrimonial”.

9. También a instancias de la entidad aseguradora, el día 22 de septiembre de 2014 emite informe un gabinete jurídico privado. En él se concluye que “no existe responsabilidad patrimonial del Servicio (...) de Salud del Principado de Asturias, al no haber actuación contraria a la *lex artis*, ni antijuridicidad, habiendo asumido el paciente en el documento de consentimiento informado las complicaciones surgidas en la cirugía”.

10. Mediante oficio notificado al reclamante el 3 de noviembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

11. Con fecha 7 de noviembre de 2014, el interesado se persona en las dependencias administrativas y obtiene una copia completa del expediente, compuesto en ese momento por 929 folios numerados.

12. El día 17 de diciembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación, pues “la asistencia prestada (...) fue correcta y adecuada a la *lex artis*. Las complicaciones surgidas (perforación del fundus gástrico y shock séptico) constituyen la materialización de unos riesgos inherentes a este tipo de procedimientos que el reclamante asumió al firmar el documento de consentimiento informado, donde constan este tipo de riesgos. Por otra parte, cuando las complicaciones fueron detectadas se pusieron todos los medios para su tratamiento y resolución”, por lo que “no queda acreditado

el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños alegados”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 21 de enero de 2015, esa Presidencia 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 Sanidad, 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 14 de febrero de 2014, habiéndose constatado la ausencia de colecciones abdominales en el TAC realizado el 12 de junio de 2013 -folio 640-, 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.- Funda el reclamante su pretensión indemnizatoria en el funcionamiento de la Administración sanitaria, al considerar que los daños alegados derivan de los “graves errores o negligencias” producidos en la cirugía de reparación de una hernia de hiato a la que fue sometido el día 11 de agosto de 2011.

A la vista de los documentos obrantes en el expediente resulta acreditado que por causa de una complicación surgida tras aquella intervención -apertura del fundus gástrico con fuga de material digestivo y la consiguiente infección- el paciente tuvo que someterse a una nueva operación y sufrió un shock séptico cuyo tratamiento requirió un ingreso hospitalario dilatado, prolongándose su proceso de recuperación.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el interesado no tuviera el deber jurídico de soportar.

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*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. 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 esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

A este respecto, el interesado no ha concretado en ningún momento a lo largo de la instrucción del procedimiento en qué aspecto se materializa la mala praxis médica que denuncia, limitándose a efectuar un genérico reproche a la actuación de "determinado personal del Hospital `X´" que considera negligente, aunque sin concretar infracción alguna de la *lex artis*. En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio en relación con la asistencia prestada al reclamante sobre la base de la documentación que obra incorporada al expediente, que no ha sido discutida por él en el trámite de audiencia.

Los informes librados durante la tramitación del procedimiento resultan totalmente coincidentes y concluyentes al considerar que el daño sufrido fue producto de la materialización de algunas de las posibles complicaciones asociadas a la intervención quirúrgica a la que fue sometido el paciente para el

tratamiento de su dolencia de base; peligro que él mismo conoció y asumió al firmar el día 29 de diciembre de 2010 el documento de consentimiento informado que obra en el expediente, en el que se contemplan como posibles, aunque “poco frecuentes y graves”, los riesgos de “infección intraabdominal” y de “perforación de vísceras”.

Como se señala en el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora, las complicaciones son inherentes al propio acto quirúrgico, de modo que “a la cirugía no se le pueden exigir resultados deseados en el 100% de los casos”. Por esta razón, la materialización de un riesgo típico tras una intervención no evidencia *per se*, en ausencia de otros signos o indicios, una mala praxis.

En el caso que analizamos, según destaca el informe técnico de evaluación, tanto el diagnóstico como la indicación quirúrgica y la técnica empleada fueron correctos, sin que exista ningún signo de que la actuación de los profesionales actuantes fuera contraria a la *lex artis ad hoc* ni durante la práctica de la cirugía -difícil debido a las circunstancias anatómicas del paciente, según se refleja en la hoja de protocolo quirúrgico- ni durante el posoperatorio -en el que se pusieron a disposición del enfermo todos los medios diagnósticos y terapéuticos pertinentes para detectar y solucionar las complicaciones surgidas, como evidencia la profusa descripción de la actuación sanitaria realizada en el informe técnico de evaluación-. Atendiendo a la petición de la familia y no a la gravedad del enfermo, se le trasladó incluso a la UCI de otro centro, en el que se le pautó un tratamiento exclusivamente conservador, similar al que habría recibido de haber permanecido en el Hospital “X”, como se destaca en el informe elaborado a instancias de la compañía aseguradora.

A la vista de ello, debemos concluir que en el presente supuesto el reclamante no ha acreditado que los perjuicios efectivamente sufridos sean debidos a una actuación sanitaria negligente o errónea, tal y como afirma en su escrito inicial. Tales daños no guardan relación con una mala práctica quirúrgica, ni con un seguimiento y tratamiento del paciente durante el

posoperatorio que pudiera reputarse deficiente, sino que se han producido en el contexto de la materialización de algunos efectos indeseables aunque típicamente derivados de la cirugía a la que fue sometido, que al estar recogidos en el documento de consentimiento informado por él suscrito no resultan antijurídicos. Por ello, no se puede imputar al funcionamiento del servicio público sanitario la responsabilidad solicitada.

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.