

Expediente Núm. 102/2016
Dictamen Núm. 125/2016

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 mayo de 2016, 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 1 de abril de 2016 -registrada de entrada el día 6 de ese 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 del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 22 de octubre de 2014, la interesada presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños que atribuye a la actuación del servicio público sanitario.

Expone que el día 23 de octubre de 2013 se sometió a una intervención programada consistente en “histerectomía total y anexectomía bilateral”,

sintiendo de forma inmediata tras la operación un “dolor intenso que motivó la retirada de la sonda”, que requirió una nueva implantación. Durante la noche “persiste el dolor”, del que informa “a la mañana siguiente en la primera visita médica” y que describe como “un cólico de riñón”. Precisa que “a lo largo de la mañana se intensifica”, por lo que es sometida a nuevos exámenes, entre ellos, una ecografía que revela “coágulos y una vena no suturada”, por lo que debe ser intervenida de nuevo “para efectuar la extracción de los coágulos y la sutura”.

Manifiesta que tras la cirugía persisten los dolores, por lo que el día 29 de octubre es vista por el Servicio de Urología, practicándosele un escáner que permite observar “el uréter derecho obstruido por un ‘stop’ brusco, informándose que no tiene una causa que lo justifique y se debe probablemente a una ligadura accidental./ A consecuencia de ello debe pasar nuevamente por anestesia general y quirófano para comprobar el grado de obstrucción y tratar de implantarle un ‘doble J’, informando que el resultado es una obstrucción total por un punto o por la electrosutura”; situación que “motiva una nueva intervención, con nueva anestesia general, el día 30 siguiente, que practica el Servicio de Urología para ‘reimplantarle el uréter’” y que “evoluciona correctamente”, dándole “el alta hospitalaria el 8 de noviembre”.

La perjudicada “considera que en intervenciones como la que se le practicó ha de existir un protocolo de las mismas, y si una vena quedó sin suturar debería haberse explorado donde se aplicó el punto o la electrosutura y con ello se le habrían evitado los posteriores episodios de dolor intenso que sufrió”. Añade que “en la planta deberían haberse atendido las indicaciones de la paciente, pues las manifestaciones de dolor, su ubicación y las sensaciones (...) resultaron coincidentes con las que originaría la obstrucción ureteral que se le ocasionó en la primera intervención./ El conjunto de circunstancias expuesto le ocasionó una serie de riesgos consecutivos al haberse visto sometida a cuatro anestесias y las intervenciones subsiguientes en muy corto espacio de tiempo; riesgos que de haberse efectuado una exploración más concienzuda a

raíz de la aparición de los hematomas y la vena sin suturar podrían haberse solucionado en ese mismo momento”. Precisa que “en los informes del alta hospitalaria de ambos Servicios, Ginecología y Urología, se hace referencia al ‘stop’ que se le localiza en el uréter derecho, pero ninguno de los Servicios, pese a la información verbal facilitada, recoge ni hace constar el origen o la causa de dicho ‘stop’ u obstrucción que indudablemente conocieron ambos (...), tanto a la exploración como, posteriormente, en la intervención”. Asimismo, indica que “la obstrucción del uréter indudablemente se produjo a raíz de la primera intervención y supone una evidente mala praxis de la que se han generado una lesión y sucesivas intervenciones para su corrección con sus consiguientes riesgos, así como una prolongación del periodo de curación”, y que ello “evidencia la existencia de una responsabilidad patrimonial por parte de esa Administración pública”. Entiende que dichas circunstancias “deben ser reparadas e indemnizadas”, especificando que “serán evaluadas económicamente en la cuantía que se determinará en el curso del procedimiento, dado que (...) aún está pendiente de una próxima revisión, pues se reúnen los requisitos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración”.

Solicita una indemnización que “será fijada en el curso del procedimiento, dado que está pendiente de nueva revisión en el Servicio de Urología del Hospital

Propone prueba documental, consistente en “los documentos que se acompañan”, la incorporación de “la historia clínica de la compareciente” en el “Hospital” y la emisión de un informe por el facultativo del Servicio de Urología de dicho centro que identifica, y por la Inspección Médica sobre el “protocolo a seguir en las intervenciones como la practicada (...), periodo medio de ingreso hospitalario en intervenciones de histerectomía total y anexectomía bilateral, posibilidad o no de aparición de un ‘stop’ en el uréter de manera espontánea a 2-3 cm del meato ureteral y (...) frecuencia con que la sutura empleada puede dar origen a dicha obstrucción, tipo y número de puntos de sutura a aplicar en la clase de histerectomía efectuada y (...) procedimiento y

comprobaciones a efectuar para supuestos de reintervención en casos como el descrito”, así como testifical del facultativo cuyo informe solicita, “a resultas de la admisión o no del informe antes interesado y de su contenido”.

Adjunta informes de alta emitidos por los Servicios de Ginecología y de Urología con fechas 5 y 8 de noviembre de 2013, respectivamente.

2. Mediante oficio de 5 de noviembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del 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.

3. El día 12 de enero de 2015, el Gerente del Área Sanitaria VIII envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente relacionada con el proceso reclamado y los informes emitidos por los Servicios de Urología y de Ginecología del Hospital

En el primero de ellos, suscrito el 9 de enero de 2015 por el facultativo identificado por la reclamante, se expone que “la paciente solicita un informe sobre la causa y origen del ‘stop’ observado en el uréter dcho. durante la intervención quirúrgica realizada con fecha 30-10-2013./ Como se hace constar en el informe (...) de alta de fecha 8-11-2013 (...), fue intervenida en el Servicio de Ginecología el día 23-10-2013 de una histerectomía total más anexectomía bilateral por vía abdominal con posterior intervención 24 horas más tarde para evacuación de un hematoma de la pared abdominal. Posteriormente (...) presentó clínica de dolor tipo cólico en flanco derecho, por lo que se nos solicita valoración tras observar en estudios de imagen una dilatación del uréter dcho. hasta región yuxtavesical con retraso en la eliminación de contraste sin objetivar una clara causa del stop a la misma en dichos estudios de imagen (...). El día 29-10-2013 se realiza una pielografía ascendente dcha. objetivando un afilamiento del uréter a unos 2-3 cm del meato ureteral dcho. sin conseguir paso de contraste por dicho stop, por lo que se propone a la paciente para una

exploración quirúrgica (y) un reimplante ureteral si precisase. El día 30-10-2013 se realiza ureterolisis distal dcha. hasta región yuxtavesical dcha., donde se objetiva dicho stop, y en este punto nos remitimos a la hoja facultativa de la intervención quirúrgica de fecha 30-10-2013 en (la) que se describe dicho stop en el seno de un magma./ Dado que no puede continuarse la liberación del uréter se decide la sección a dicho nivel y reimplante vesical del mismo./ Desde el punto de vista urológico la paciente presentó una buena evolución posoperatoria, siendo dada de alta y retirado un catéter doble J que portaba posteriormente con carácter ambulatorio para continuar con controles en nuestras consultas externas”.

En el informe emitido por el Servicio de Ginecología con fecha 7 de enero de 2015 se consigna que se trata de una “paciente programada el 23 de julio de 2013 para intervención, con el diagnóstico de mioma cervical, mediante laparotomía con la finalidad de realizar histerectomía total y anexectomía bilateral./ Durante la inclusión en lista de espera firma consentimiento informado, donde (...) asume las complicaciones específicas de la intervención quirúrgica que, por orden de frecuencia, pueden ser: infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...)/ Hemorragias y/o hematomas con la posible necesidad de transfusión (intra y/o posoperatoria)/ Lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales./ Lesiones intestinales./ Fístulas vesicovaginales e intestinales./ Reintervención quirúrgica./ Lesiones vasculares y/o neurológicas./ El día 23 de octubre de 2013 se procede a intervención./ Informe de la hoja facultativa de intervención: Incisión de Pfannenstiel. Apertura de pared por planos realizándose hemostasia. Se observa útero pequeño con mioma en cara posterior de cérvix de unos 5 cm. Ambos ovarios atróficos. Se realiza histerectomía total según técnica habitual con Ligasure. Se abocan útero-sacros a pared vaginal posterior. No sangrado. Cierre de fascia. Puntos sueltos de seda en piel./ En reanimación, y siempre que no existan contraindicaciones u órdenes expresas del médico y antes de pasar a planta, se procede a retirar sonda vesical. Ante la imposibilidad de micción espontánea el día 24 de octubre a las 1:14 h se procede a sondaje vesical, en donde se

observa retención de unos 600 cc. A las 7 h aparece en nota de control que la paciente durmió bien, con buen nivel de analgesia./ Al pase de visita no se observan anomalías y posteriormente (...), a partir de las 11 h, comienza con náuseas y dolor en el extremo derecho de la cicatriz y escaso drenaje serohemático, con pequeño abombamiento de pared sospechoso de hematoma, que se confirma mediante ecografía; motivo por el que se decide exploración de herida en quirófano (24 de octubre 2014)” (*sic*, en realidad 2013).

Transcribe a continuación el contenido de dos informes “de la hoja facultativa de intervención” correspondientes a los días 23 y 24 de octubre de 2013, y reseña que “con el informe actual es evidente que la paciente siempre ha estado atendida y que las complicaciones que ha presentado, aunque raras, son previsibles, ya informada desde el principio, tanto en lo que se refiere al hematoma de pared como a la posterior fibrosis de tejidos blandos con atrapamiento de uréter de forma tardía (6 días después de la primera intervención) con obstrucción del mismo./ Reitero (...) que estos riesgos posteriores son independientes de los protocolos quirúrgicos practicados, y tanto la apertura y sangrado de vasos como la fibrosis de tejidos blandos con atrapamiento u obstrucción ureteral son complicaciones posteriores que pueden surgir y no tienen nada que ver con la praxis quirúrgica practicada”.

Concluye que “lo importante es la resolución de su diagnóstico en lo que se refiere a (la) intervención primaria, como de las posibles complicaciones que surgieron tras dicha intervención; complicaciones que pueden surgir tras histerectomías”.

4. El día 24 de abril de 2015, la interesada presenta en una oficina de correos un escrito en el que reprocha que no se haya adoptado acuerdo alguno respecto a la prueba propuesta; “pasividad” que, entiende, debe corregir el Servicio instructor practicando aquella.

A continuación procede a cuantificar la indemnización solicitada, que asciende a dieciséis mil ochocientos cincuenta y ocho euros con veintisiete céntimos (16.858,27 €) por las secuelas correspondientes a “lesión permanente

de carácter estético”, consistente en “cicatriz resultante de las tres intervenciones sufridas que, pese a ser coincidentes con la incisión inicial, resulta notorio que no pueden ser milimétricas y suponen un abultamiento de la misma dada la dificultad de cicatrización”, y por la incapacidad temporal, “excluyendo del cómputo los primeros siete días de ingreso hospitalario por considerar que habrían sido los de estancia ordinaria de no haberse producido ninguna incidencia”.

5. Con fecha 10 de julio de 2015, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que la reclamante “presentaba un mioma en la pared posterior del cérvix uterino y la técnica quirúrgica realizada, según la descripción de la cirugía que se recoge en la historia clínica, fue la técnica habitual para la histerectomía con Ligasure; sistema especializado diseñado para sellar vasos y haces de tejido fiable para la ligadura quirúrgica en cirugía abierta y laparoscópica”.

Tras detallar la técnica quirúrgica, precisa que “el uréter reúne una serie de condiciones anatómicas que le hacen especialmente vulnerable a la iatrogenia quirúrgica”, y que “una de ellas es la fragilidad de su vascularización, ya que sus arterias tienen un trayecto muy largo en proporción a su pequeño calibre”, siendo otro factor que “favorece la iatrogenia (...) su trayecto retroperitoneal (...), en el que tiene relación anatómica íntima con diferentes órganos y estructuras, como los vasos ilíacos, las arterias uterinas, el cuello uterino, la cúpula vaginal, el colon a través de sus mesos. Las lesiones urológicas son frecuentes en la cirugía abdominopélvica compleja, tanto a nivel vesical como ureteral. Complican un porcentaje estimado entre el 0,2 al 1% de los procedimientos ginecológicos y las intervenciones quirúrgicas pélvicas. La incidencia de la lesión ureteral ha sido estimada entre el 0,03 y el 2% para histerectomía abdominal, del 0,02 al 0,5% para histerectomía vaginal y del 1,7% al 3% después de cirugía uroginecológica. Los mecanismos por los que se

producen las lesiones son diversos, e incluyen las ligaduras, las transecciones, la devascularización y la lesión inducida por energía”.

Recuerda que “el documento de consentimiento informado para la histerectomía indica como complicaciones específicas de esta cirugía, entre otras y por orden de frecuencia (...), las infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...) (...), las hemorragias y/o hematomas con la posible necesidad de transfusión (intra y/o posoperatorias) y (...) las lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales”.

Se refiere a continuación a la “estancia posoperatoria” como uno de los “indicadores de calidad en ginecología y obstetricia” establecidos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, señalando que “la prevista para la histerectomía abdominal (es) de 5 días”, siendo posible la prolongación en caso de problemas médicos.

Tras explicar el proceso asistencial seguido, indica que la paciente “suscribió el documento de consentimiento informado para la histerectomía abdominal en el que constan, como complicaciones frecuentes, tanto las hemorragias como las lesiones ureterales”, siendo ambos “correctamente identificados y tratados durante el ingreso hospitalario”.

Concluye que la reclamación “debe ser desestimada, ya que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*”.

6. Mediante oficios de 20 de julio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas 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.

7. Asimismo, obra incorporado al expediente el informe emitido, con fecha 21 de octubre de 2015, por una especialista en Ginecología y Obstetricia a instancia de la entidad aseguradora. En él realiza diversas consideraciones médicas sobre “los riesgos relacionados con la histerectomía”, entre los que

menciona "hemorragias o hematomas con la posible necesidad de transfusión sanguínea" y "lesiones vesicales, ureterales o uretrales", refiriéndose a continuación a las uretrales como "una de las complicaciones más graves de la cirugía ginecológica", si bien "infrecuentes". Afirma que "pueden ser casi inevitables en algunas circunstancias incluso en manos del cirujano ginecológico más hábil y experimentado". Enumera a continuación "seis tipos de traumatismos quirúrgicos del uréter: Aplastamiento por aplicación defectuosa de uno o más clamps./ Ligadura con suturas./ Sección transversal, parcial o completa./ Angulación con obstrucción secundaria./ Isquemia por denudación de la adventicia y sus vasos sanguíneos./ Resección de un segmento ureteral de forma intencionada en el curso de una operación extensa por un proceso maligno", especificando que "puede ser consecuencia de dificultades técnicas o (...) producirse de forma inesperada durante una operación de rutina", y reseña a continuación las "cuatro áreas posibles" afectadas por las lesiones uretrales y sus posibles secuelas.

En cuanto al análisis del caso, se refiere, en primer lugar, a la corrección de la decisión quirúrgica adoptada (histerectomía total y doble anexectomía); en segundo lugar, a la constancia en el documento de consentimiento informado de la lesión ureteral sufrida, que requirió "nuevas reintervenciones para resolverlas", y, en tercer lugar, al "desarrollo de la intervención y complicaciones aparecidas posteriormente". En este último apartado destaca que "en el protocolo de la intervención se describe una cirugía reglada sin incidencias", y aclara que el hematoma de pared abdominal detectado al día siguiente, complicación "inmediata y posible (...), no tiene nada que ver con la lesión de uréter diagnosticada posteriormente". Respecto a esta, señala que "pudo ocurrir por sección o quemadura inadvertida durante la cirugía o por fibrosis de los tejidos blandos adyacentes con atrapamiento u obstrucción ureteral con posterior aparición de dilatación de la vía urinaria por encima de la lesión".

Concluye que la paciente "sufrió una complicación relacionada con la histerectomía con doble anexectomía correctamente indicada y realizada. Tanto

el hematoma de pared como la lesión ureteral fueron correctamente diagnosticados y tratados durante el ingreso hospitalario. La actuación médica fue acorde a la *lex artis*".

8. Mediante oficio notificado a la reclamante el 29 de enero de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

No consta en este que se hayan presentado alegaciones.

9. El día 7 de marzo de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en las argumentaciones contenidas en los informes incorporados al procedimiento.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de abril de 2016, 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 Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada en formato digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del

Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 22 de octubre de 2014, habiendo tenido lugar el alta hospitalaria tras las intervenciones sufridas por la interesada el día 8 de noviembre de 2013, 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.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños que la interesada atribuye a una intervención quirúrgica.

Consta en el expediente que el día 23 de octubre de 2013 la perjudicada se sometió a una histerectomía total tras la cual precisó nuevas cirugías para la subsanación de un hematoma en la pared abdominal y de una lesión ureteral, por lo que debemos considerar acreditada la existencia de un daño efectivo.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el

daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, 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 concretos.

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

También hemos de advertir 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.

La interesada se refiere en su solicitud a las dos complicaciones sufridas tras la primera intervención a la que se sometió, una "vena sin suturar" y "la

obstrucción del uréter”. En cuanto a la primera, considera que existió una inadecuada exploración, mientras que la segunda la atribuye a “una evidente mala praxis”. Pese a incumbirle la carga de la prueba de sus afirmaciones, no apoya las mismas en informe médico alguno, aunque sí solicita la emisión del mismo por parte de la Inspección Médica con pronunciamiento expreso sobre diversas cuestiones a las que responde el informe técnico de evaluación incorporado al expediente, cuyo contenido la reclamante no cuestiona, sin que comparezca durante el trámite de audiencia.

Tanto este como el informe pericial elaborado a instancia de la compañía aseguradora coinciden en que las dos complicaciones surgidas -“hematoma de pared abdominal” y “lesión ureteral”- constituyen riesgos típicos de la cirugía practicada, cuya indicación también confirman y que, en todo caso, ninguna parte discute. Ambas complicaciones se contemplan en el documento de consentimiento informado suscrito por la paciente antes de la intervención, sin que esta haya formulado objeción alguna respecto a su prestación. Por otra parte, dichos informes coinciden en la idoneidad de la técnica quirúrgica empleada, que se describe con detalle, así como en la adecuación de la atención posoperatoria prestada tras la primera cirugía y durante el ingreso al detectarse las mismas, que fueron igualmente objeto del necesario tratamiento quirúrgico.

En definitiva, este Consejo considera que la mera constatación del daño físico padecido no permite la declaración de responsabilidad patrimonial. A nuestro juicio, resulta acreditado que la actuación de los servicios públicos sanitarios fue correcta y ajustada a los postulados de la *lex artis*, pues la histerectomía total resultaba necesaria y se realizó sin incidencias, conforme a la técnica quirúrgica de aplicación. Por ello, las dos complicaciones sufridas, cuya eventual aparición conoció y asumió la paciente al suscribir el correspondiente documento de consentimiento informado el día 23 de julio de 2013, constituyen un daño iatrogénico necesariamente derivado del tratamiento quirúrgico de la dolencia que padecía, por lo que no revisten la nota de

antijuridicidad que delimita el daño resarcible en vía de responsabilidad patrimonial, estando la interesada obligada a soportarlo.

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.