

Dictamen Núm. 141/2021

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

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*García García, Dorinda*  
*Baquero Sánchez, Pablo*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 22 de julio de 2021, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 31 de mayo de 2021 -registrada de entrada el día 3 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios derivados de una intervención quirúrgica.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 14 de agosto de 2020, el interesado presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños sufridos como consecuencia de lo que considera una “negligencia en el tratamiento médico”.

Refiere que el día 24 de abril de 2019 ingresa en el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital “X” “para extirpación de vesícula (...), realizándose procedimiento de colecistectomía laparoscópica”, y que al día

siguiente, 25 de abril, encontrándose bien y “sin realizar más comprobaciones” el doctor le da “el alta, haciendo constar en el informe las recomendaciones posoperatorias de rigor, así como acudir al centro de salud al cabo de 10 días para la retirada de las grapas de la sutura quirúrgica y a consulta externa según cita en Cirugía General” del citado hospital.

Indica que sobre las 14 horas de ese día se disponía a “abandonar el hospital”, encontrándose bien en todo momento, “salvo las molestias propias de la reciente operación”, cuando en la puerta salida percibe “una molestia importante en el testículo derecho, y simplemente con el gesto reflejo de la palpación con la mano” nota que tiene “una gran inflamación (...), aproximadamente de tres veces el tamaño de (su) bolsa escrotal, y de forma aún más acusada en la parte derecha, presentando además un color morado muy oscuro”.

Señala que con “la lógica preocupación y alarma” acudió “a la recepción del hospital explicando lo que (le) ocurría y solicitando atención médica, si bien me indicaron que a las 15 horas los médicos ya habían acabado su jornada y que allí no disponían de servicio de urgencias”. Añade que como insistió en “no abandonar el hospital (...) hasta no ser atendido por un médico, el vigilante de seguridad, siguiendo instrucciones del personal de recepción, (le) acompañó de regreso a la planta en la que había estado ingresado, donde de nuevo” se le “reiteró que ya había sido intervenido y por tanto concluía la labor” del centro.

No obstante, tras calificar como “inconcebible” lo que estaba sucediendo y debido a su insistencia se le ordenó esperar “y al cabo de unos veinte minutos acudió un doctor (...), según las enfermeras (...), integrante del equipo que practicó (su) intervención quirúrgica. Tras comentarle lo que (le) sucedía (le) pidió que lo acompañara a la misma habitación en la que había estado ingresado tras la operación, y una vez allí me miró y palpó el escroto sin ninguna otra exploración más que un mero apoyo de escasos tres segundos de la palma de su mano en la base del escroto y un leve y rápido cierre de sus dedos, lo que le resultó suficiente para informarme (de) que no tenía más que

una infección bacteriana sin importancia y que acudiera a (su) centro de salud a pedir un antibiótico”.

A continuación el interesado acude al Centro de Salud “A”, pero “cuando iba a ser atendido la doctora salió a atender una urgencia externa, disculpándose por no poder atendernos. Era la única médica del servicio de urgencias de ese centro”.

Finalmente, se traslada al Centro de Salud “B”, donde es atendido alrededor de las 16 horas, “no sabiendo decir si se trataba de una doctora o enfermera”. Menciona que esta persona “se mostró sorprendida, manifestando que ella desconocía cuál pudiera ser el medicamento adecuado e indicado para el caso; decidió hacerme un reconocimiento que consistió en la mera observación de la zona inflamada durante un par de segundos, manifestándole (...) que me estaba encontrando mal, y sin más de inmediato me expidió una receta de un antibiótico y me recomendó también tomar un analgésico”.

Señala que el resto de ese día 25 de abril y el siguiente permaneció “en casa con un fuerte dolor de cabeza y una sensación de mareo muy acusada”, y que el día 27 apenas pudo levantarse de la cama, pues se “encontraba literalmente sin fuerzas, seguía teniendo un enorme mareo, fuerte dolor de cabeza”. A la vista de ello acudió al Hospital “Y”, donde recibió “asistencia médica urgente, y nada más realizar una ecografía se cursó rápidamente el protocolo de pruebas necesarias que concluyeron con una intervención quirúrgica de urgencia, pues estaba sufriendo una grave hemorragia interna, con una pérdida de sangre que se estimaba ya en unos dos litros, lo que suponía una notoria gravedad al encontrarse el organismo al borde del colapso y con alta probabilidad de sufrir un infarto o ictus cerebral en cualquier momento”. Reseña que ese mismo día 27 de abril de 2019, tras establecerse el “diagnóstico principal (de) hemoperitoneo posquirúrgico”, se le practica una “intervención quirúrgica urgente consistente en laparotomía exploradora con importante hemoperitoneo (sangrado lecho quirúrgico). Hemostasia y drenaje”, precisando que permaneció “ingresado (...) hasta el 7 de mayo de 2019”, en

que recibió "el alta hospitalaria tras un posoperatorio lento que incluso requirió la colocación de sonda nasogástrica".

Puntualiza que tuvo que "permanecer en situación de baja médica por incapacidad temporal hasta el día 16-08-2019, presentando aún en la actualidad inflamación en el testículo derecho que requerirá de una nueva intervención quirúrgica para proceder a la extracción del líquido acumulado".

Afirma que "debido a los padecimientos sufridos, a los tratamientos seguidos, incluidos los farmacológicos para paliar molestias cuasi permanentes, como la sensación de mareo y hormigueo en la cabeza, se ha visto seriamente afectada (su) capacidad de concentración y de desempeño laboral, quebrando así totalmente las perspectivas de negocio en las que había depositado el trabajo y esfuerzo de más de tres años, con el consiguiente perjuicio económico que todo ello conlleva".

Solicita que se tenga por "formulada reclamación de responsabilidad patrimonial por negligencia en el tratamiento médico" ante el Servicio de Salud del Principado de Asturias, y que "tras los trámites preceptivos se termine declarando el derecho (...) a la percepción de la indemnización que será cuantificada en el momento (...) oportuno".

**2.** Mediante oficio de 21 de agosto de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas requiere al interesado para que en el plazo de diez días proceda a la cuantificación económica del daño o, en su caso, indique las causas que motivan la imposibilidad de realizarla, con advertencia de que si así no lo hiciera se le tendrá por desistido de su reclamación.

Atendiendo al requerimiento, el 10 de septiembre de 2020 el perjudicado presenta en una oficina de correos un escrito en el que fija los daños sufridos en la cantidad total de veintisiete mil seiscientos setenta y siete euros con treinta céntimos (27.677,30 €), que desglosa en los siguientes conceptos: 10 días de perjuicio personal particular grave, 776,10 €; 105 días de perjuicio

personal particular moderado, 5.650,05 €; intervención quirúrgica, 1.655,73 €; 6 puntos de secuelas por perjuicio estético ligero, consistente en una "cicatriz amplia en lugar no visible", 4.945,42 €, y perjuicio patrimonial que asocia a la "pérdida o disminución de ingresos por el trabajo personal", 14.650 €.

**3.** Mediante oficio de 6 de octubre de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**4.** Previa solicitud formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto, el 21 de octubre de 2020 el Director Gerente del Hospital "X" Gijón le remite una copia de la historia clínica del paciente relativa al proceso de referencia, un certificado de la vinculación del facultativo y de su ayudante -ambos especialistas en Cirugía General y del Aparato Digestivo- con el centro sanitario en el marco del convenio singular de colaboración suscrito con el Servicio de Salud del Principado de Asturias y un informe sobre la reclamación formulada elaborado el 20 de octubre de 2020 por el responsable de la asistencia prestada.

En este último se recogen los antecedentes del paciente y se describe la cirugía realizada el 24 de abril de 2019, precisándose que procede de la lista de espera quirúrgica del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Señala que se procedió a "la extirpación de la vesícula biliar por vía laparoscópica", intervención que -según indica- "transcurre sin incidencias destacables ni complicaciones intraoperatorias", y que "en el posoperatorio inmediato el paciente permanece en la unidad de reanimación posquirúrgica bajo monitorización continua y tras no presentar complicaciones se traslada a la habitación de hospitalización convencional para cuidados y seguimiento, manteniéndose (...) con el tratamiento y cuidados habituales, que incluyen

analgesia continua y de rescate a demanda de las necesidades del paciente, sueroterapia hasta el inicio de la tolerancia oral de manera correcta, profilaxis de enfermedad tromboembólica y medicación a demanda en caso de náuseas, vómitos o dificultades para conciliar el sueño./ En el primer día posoperatorio (25 de abril de 2019) en el pase de visita hospitalario no se aprecian complicaciones inmediatas posoperatorias. El paciente ha permanecido afebril, estable hemodinámicamente, con dolor abdominal controlado con la analgesia pautada, ha tolerado la dieta oral, ha deambulado y ha presentado una micción de características normales. No se aprecian otros signos ni síntomas de complicación posoperatoria inmediata./ Ante esta situación se decide el alta hospitalaria recordándole (...) las indicaciones de tratamiento posoperatorio domiciliario propio de un procedimiento de estas características en régimen de cirugía mayor ambulatoria./ Estas recomendaciones, incluidas en el informe de alta hospitalaria entregado al paciente, son los cuidados de la herida quirúrgica, la medicación analgésica a demanda, la profilaxis de enfermedad tromboembólica, las recomendaciones dietéticas y la actividad física recomendada. Asimismo, se recuerda (...) que en el caso de aparecer alguna complicación en el periodo posoperatorio debe (...) acudir al Servicio de Urgencias del hospital de referencia./ Tras el pase de visita y la firma del informe de alta hospitalaria, que se entrega al paciente el mismo día 25, el facultativo que suscribe se ausentó del hospital, por lo que no ha tenido contacto alguno con dicho paciente ni le constan tratamientos ulteriores del mismo (...), al no haber comparecido a la consulta de control de Cirugía General prevista en el primer mes posoperatorio tras la cirugía”.

A la vista de este informe, y toda vez que en el mismo no se hace referencia alguna a los hechos relatados por el interesado en el escrito de reclamación sobre las incidencias surgidas en torno a las 14 horas del 25 de abril, al momento de abandonar el hospital tras recibir el alta, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios solicita a la Gerencia del Hospital “X”, “dada la trascendencia que estos hechos pudieran tener (...), nos informe sobre la

veracidad de los mismos, y de ser ciertos quién atendió realmente al paciente el día 25 de abril de 2019, por qué motivo no consta anotación alguna al respecto en la historia clínica y por qué la prescripción de tratamiento antibiótico se hizo verbalmente, sin informe alguno y derivando al paciente a su centro de salud”.

Atendiendo a este nuevo requerimiento, el día 19 de noviembre de 2020 el Director Gerente del Hospital “X” informa que, “revisada la historia clínica del paciente, no constan ninguno de los hechos referidos por el mismo, por lo que no podemos informar sobre ellos. En cambio, sí figura en las notas de curso clínico hospitalario la valoración del cirujano a las 14:01:58 horas, sin incidencias, con indicación de alta hospitalaria, entregándole el correspondiente informe, en el que figuran las indicaciones a seguir en cuanto a control del dolor, medicación, dieta, actividad física, cuidados de la herida quirúrgica, circunstancias dentro de la normalidad y signos de alarma que le señalasen la necesidad de acudir al Servicio de Urgencias” del Hospital “Y”. El “procedimiento habitual cuando el paciente abandona la planta es el alta en el sistema informático, como ocurrió en este caso, pues él mismo reconoce que `estando en la puerta de salida percibió una molestia importante en el testículo derecho (...)’. Recordemos también que el hospital no tiene Servicio de Urgencias de especialidad, de manera que una vez cerrado el proceso el paciente acude a su centro de salud o a su hospital de referencia en caso de sufrir alguna complicación cuya atención no se pueda demorar”.

**5.** El día 13 de noviembre de 2020, se recibe en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un oficio a través del cual la Gerencia del Área Sanitaria V remite la historia clínica de Atención Primaria correspondiente al 25 de abril de 2019, el informe de alta del proceso quirúrgico por el que el reclamante fue ingresado en el Hospital “Y” y el informe de derivación del paciente al Hospital “X”.

**6.** Con fecha 15 de febrero de 2021, emite informe un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo a instancias de la compañía aseguradora de la Administración. En él se concluye que “de la historia y documentación aportada (...) queda clara la correcta indicación de cirugía por cuanto el paciente presentaba una colelitiasis sintomática con cólicos biliares de repetición (...). No presenta ninguna contraindicación para la realización de la colecistectomía laparoscópica (...). Se realiza y completa el preoperatorio adecuado según protocolo habitual, siendo considerado apto para la cirugía programada (...). La elección de la técnica de la colecistectomía laparoscópica está ajustada a los principios médicos habituales, por cuanto es una técnica universalmente aceptada por sus resultados, escasa estancia hospitalaria y una magnífica relación riesgo/beneficio (...). El consentimiento informado específico para colecistectomía laparoscópica firmado por el paciente está avalado por la Asociación Española de Cirujanos (...). El paciente ha sido informado en tiempo, forma y con detalle del procedimiento a realizar y de los potenciales riesgos. Expresamente, se reseña la posibilidad de sangrado intraabdominal como riesgo típico asociado al procedimiento y la necesidad de reintervención urgente para su resolución (...). En la valoración preanestésica realizada al paciente el día 2 de abril del 2019 (...) consta acreditado que firma un consentimiento informado para transfusión de hemoderivados, además del consentimiento informado para Anestesia General. Por lo tanto (...), era totalmente conocedor de la posibilidad de que existiera una hemorragia durante el posoperatorio inmediato y/o tardío que requiera cirugía urgente y transfusión sanguínea tras la cirugía electiva de colecistectomía laparoscópica (...). El paciente es intervenido el día 24 de abril de 2019 en el (Hospital `X´). Se realizó la hoja de seguridad quirúrgica (...) y, según la hoja de registro de enfermería y el protocolo quirúrgico, la intervención duró 45 minutos (de 19:15 a 20 horas) (...). El procedimiento quirúrgico y la técnica elegida para la colecistectomía laparoscópica es la ajustada a los criterios universalmente aceptados en la práctica médica (...). Al primer día posoperatorio consta acreditado que (...) fue evaluado por el

cirujano responsable de la intervención. En su exploración no se señalan complicaciones inmediatas posoperatorias. El paciente ha permanecido afebril, estable hemodinámicamente, con dolor abdominal controlado con la analgesia pautada, ha tolerado dieta oral, ha deambulado y ha presentado una micción de características normales, sin apreciarse signos ni síntomas de complicación posoperatoria inmediata (...). Ante esta situación se decide el alta hospitalaria con recomendaciones detalladas respecto a los cuidados de la herida quirúrgica, la medicación analgésica, la profilaxis de enfermedad tromboembólica, las recomendaciones dietéticas y la actividad física recomendada (...). También se recuerda al paciente que en el caso de aparecer alguna complicación y/o signo de alarma en el periodo posoperatorio debe (...) acudir al Servicio de Urgencias del hospital de referencia (...). El mismo día del alta el paciente fue evaluado por inflamación testicular” en el Hospital “X” “sin objetivar patología quirúrgica urgente, aconsejando ser evaluado por su médico de cabecera (...). Ese mismo día, el 25-04-2019, acude a su centro de Atención Primaria, quien tras la evaluación y exploración del dolor e inflamación del testículo derecho (le) pauta antibiótico por sospecha de orquiepididimitis (...). El día 26 de abril de 2019, al 2.º día posoperatorio, se realiza un control telefónico de enfermería” del Hospital “X” y “el paciente refiere continuar con inflamación del testículo. No se señala ninguna otra clínica asociada. No dolor abdominal, no alteración del tránsito intestinal, no hipotensión, no taquicardia ni cefalea (...). Al día siguiente, el 27 de abril de 2019, al tercer día posoperatorio, acude a Urgencias del Hospital `Y´ por dolor testicular desde la intervención, y además malestar y mareos, con cefalea frontal durante el día de ayer (...). El paciente es reintervenido de urgencia el 27 de abril de 2019, objetivando un hemoperitoneo secundario a sangrado del lecho quirúrgico, realizándose un lavado, drenaje del hematoma y hemostasia del lecho quirúrgico, siendo dado de alta el día 7 de mayo de 2019 (...). No constan reingresos ni más seguimientos posteriores ni secuelas (...). No hay una falta del deber de cuidado puesto que en todo momento ha existido un seguimiento continuo y estrecho del paciente y de la

sintomatología que manifestaba (...). Lamentablemente (...), ha presentado un shock hemorrágico secundario a un hemoperitoneo por sangrado del lecho quirúrgico, motivo por el que ha sido necesario reintervenir (...), con buena evolución posterior (...). Este riesgo típico, señalado expresamente en el consentimiento informado firmado por el paciente, representa una complicación relativamente frecuente y consustancial al procedimiento quirúrgico, máxime si existe una inflamación de la vesícula, como es el caso. Sin embargo, en modo alguno se puede responsabilizar a la actuación de los profesionales que han realizado la intervención de la aparición de una hemorragia posquirúrgica (...). La incidencia de hemorragia posoperatoria en la cirugía de la vesícula biliar oscila entre el 0,11 % (y) el 1,97 % (...). Debemos recordar que la obligación del médico es la de poner todos los medios a su alcance a disposición del paciente, tal y como en el presente caso se ha hecho, actuando los profesionales sanitarios conforme a la *lex artis*, pero no a la obtención de un resultado concreto, ya que en medicina es imposible hablar de resultados concretos al ser una ciencia inexacta, y un tratamiento adecuado puede producir resultados indeseados en una persona concreta a pesar de haberse puesto todos los medios y haber realizado una técnica perfecta (...). Todo procedimiento quirúrgico está sujeto a la posibilidad de presentar una hemorragia posoperatoria, suponiendo un riesgo típico e inherente a cualquier intervención. Por todo ello, desafortunadamente es un riesgo que cualquier paciente que se someta a una intervención quirúrgica está obligado a soportar (...). Por lo tanto, considero que la actuación de todos los profesionales sanitarios que han atendido al paciente durante el periodo reclamado ha sido correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc*, sin existir ningún daño imputable a su actuación ni pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica”.

**7.** Mediante escrito notificado al interesado el 5 de abril de 2021, el Inspector de Prestaciones Sanitarias le comunica la apertura del trámite de audiencia por

un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente hasta ese momento.

El día 26 de abril de 2021, el reclamante presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que se reitera en todos los términos de su reclamación. A pesar de reseñar “como premisa inicial que (...) no es en absoluto especialista, ni dispone de conocimiento médico alguno”, y que “si así llegara a estimarse necesario se recabará en su momento el oportuno informe emitido por facultativo especialista sobre la cuestión objeto de reclamación”, no duda en concluir, a la vista de la documentación incorporada al expediente, que “aun siendo el procedimiento quirúrgico el procedente para el padecimiento a tratar, aun habiéndose ejecutado de modo correcto y aun constando debidamente informado el paciente de sus posibles riesgos el devenir que tuvo lugar desde el día siguiente a la operación” en el Hospital “X” “hasta recibir el alta médica” en el Hospital “Y” “tras la segunda intervención quirúrgica -eso sin contar la afectación vital permanente que (le) aqueja derivada de todo ello- supone un daño personal, un menoscabo físico y mental que pudo ser en gran medida, incluso por completo, evitado si se (le) hubiera prestado la mínima atención médica necesaria cuando, aún sin haber llegado a salir” del Hospital “X”, presentó “una sintomatología susceptible de llevar a pensar que se estaba produciendo uno de los riesgos de la intervención quirúrgica, lo que debería haber movido a recibir atención médica en aquel mismo momento o, al menos, en las horas subsiguientes, facilitando así una solución mucho menos traumática y dañina”.

**8.** Con fecha 3 de mayo de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona que “en el presente caso ha quedado acreditado que el paciente ha sido informado en tiempo, forma y con detalle del procedimiento a realizar y de los potenciales riesgos. Expresamente, se reseña la posibilidad de sangrado intraabdominal como riesgo

típico asociado al procedimiento y la necesidad de reintervención urgente para su resolución./ No se puede hablar en ningún caso de negligencia, culpa y/o mala praxis de los profesionales que (lo) han asistido (...) sin haber existido una falta del deber de cuidado”, puesto que se ha realizado “un seguimiento continuo y estrecho del paciente y de la sintomatología que manifestaba en cada momento./ Es llamativo que la clínica que presentaba (...) en ningún caso hacía sospechar la existencia de un sangrado intraabdominal grave. No ha referido dolor abdominal, ni siquiera cuando acude a Urgencias al tercer día posoperatorio. Dicha clínica no es la habitual y, evidentemente, dificulta el diagnóstico del mismo (...). Ha presentado un shock hemorrágico secundario a un hemoperitoneo por sangrado del lecho quirúrgico, motivo por el que ha sido necesario reintervenir (...), con buena evolución posterior./ Este riesgo típico, señalado expresamente en el consentimiento informado firmado por el paciente, representa una complicación relativamente frecuente y consustancial al procedimiento quirúrgico, máxime si existe una inflamación de la vesícula, como es el caso. Sin embargo, en modo alguno se puede responsabilizar a la actuación de los profesionales que han realizado la intervención de la aparición de una hemorragia posquirúrgica. La incidencia de hemorragia posoperatoria en la cirugía de la vesícula biliar oscila entre el 0,11 % (y) el 1,97 %”.

**9.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 31 de mayo de 2021, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo según 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, de conformidad con 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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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. De lo actuado se deduce que los daños que el perjudicado imputa a la sanidad pública se produjeron en el Hospital "X"; centro asistencial privado con el que se ha suscrito un convenio singular para la atención de usuarios del Sistema Nacional de Salud. En tanto que la atención prestada al reclamante en el citado centro lo ha sido como beneficiario del sistema sanitario público, y que los servicios prestados se encuentran incluidos en el convenio singular aludido, el Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario, tal como este Consejo viene reiterando (entre otros, Dictámenes Núm. 16/2015 y 218/2019), y ello sin perjuicio de la repetición de los costes a los que, en su caso, deba hacer frente ante el titular del centro directamente causante de ellos por el procedimiento y en los términos establecidos en el citado convenio.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 en una oficina de correos el 14 de agosto de 2020, y si bien en ella se cuestiona la intervención quirúrgica que, por derivación del Sistema Nacional de Salud, le fue practicada al interesado el día 24 de abril de 2019 en el Hospital “X”, consta acreditado en el expediente que tras el alta hospitalaria de esta primera operación el paciente precisó de una segunda cirugía en el Hospital “Y” el 27 de abril como consecuencia de las complicaciones habidas en la primera, siendo alta hospitalaria el día 7 de mayo de 2019, tras lo cual -según manifiesta, sin contradicción alguna por parte de la Administración sanitaria reclamada- permaneció en situación de baja médica por incapacidad laboral hasta el 16 de agosto de 2019. En consecuencia, tomando como referencia esta última fecha, es claro que la reclamación ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

**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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. 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 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares,

sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** En la presente reclamación el interesado solicita una indemnización por los daños y perjuicios que derivan de la intervención quirúrgica -una colecistectomía laparoscópica para extirpación de vesícula- que, por derivación del Sistema Nacional de Salud, le fue practicada el día 24 de abril de 2019 en el Hospital "X".

La documentación obrante en el expediente acredita que al tercer día posterior a aquella cirugía el paciente tuvo que ser reintervenido de urgencia, concretamente el 27 de abril de 2019 en el Hospital "Y" al objetivarse un hemoperitoneo secundario a sangrado del lecho quirúrgico, realizándose un lavado, drenaje del hematoma y hemostasia del lecho quirúrgico. Por tanto, cabe deducir que ha padecido un daño personal efectivo, con independencia de cuál deba ser su concreción y cuantificación económica; cuestiones estas que solo abordaremos de concurrir el resto de requisitos generadores de la responsabilidad patrimonial solicitada.

Ahora bien, como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 80/2020), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente

una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse sin más a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por 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 ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos supuestos, 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.

Pese a interesar a quien reclama la prueba de las alegaciones que sostiene, el perjudicado no ha desarrollado en vía administrativa ninguna

actividad probatoria en relación con la supuesta mala praxis en la asistencia que recibió, por derivación del servicio público sanitario, en el Hospital "X", limitándose a anunciar en su escrito de alegaciones que si "llegara a estimarse necesario se recabará en su momento el oportuno informe emitido por facultativo especialista sobre la cuestión objeto de reclamación". Por ello, este Consejo ha de formar su juicio al respecto de la posible existencia de una infracción de la *lex artis* y de su relación causal con los daños que se alegan sobre la base de la documentación que obra en el expediente.

En el supuesto examinado, el interesado -que reconoce expresamente en su escrito de alegaciones que en ningún momento pone en cuestión "que la práctica de la colecistectomía laparoscópica" que se le practicó en el Hospital "X" el 24 de abril de 2019 "para solventar la colelitiasis que (le) aquejaba de modo recurrente haya sido una decisión y haya tenido una ejecución correcta", y que "es cierto (...) que (le) fueron ofrecidas las explicaciones y razonamientos necesarios sobre la conveniencia de dicha intervención, y también se (le) dio cuenta de la existencia de los riesgos que la misma entrañaba, constanding además firmados los consentimientos informados que al efecto vienen ya previstos a modo de formulario y que obran incorporados al expediente"- centra y limita todo el reproche que dirige frente a la Administración sanitaria en la atención recibida, o más propiamente dicho en un supuesto déficit asistencial al día siguiente de la intervención, cuando ya con el alta hospitalaria, encontrándose "bien en todo momento, salvo las molestias propias de la reciente operación", en la puerta salida del hospital percibe "una molestia importante en el testículo derecho, y simplemente con el gesto reflejo de la palpación con la mano" nota que tiene "una gran inflamación (...) que (...) era aproximadamente de tres veces el tamaño de (la) bolsa escrotal, y de forma aún más acusada en la parte derecha, presentando además un color morado muy oscuro". Considera el reclamante que la supuesta respuesta que le fue dada en ese momento por el facultativo que le atendió, en el sentido de que "no tenía más que una infección bacteriana sin importancia y que acudiera a

(su) centro de salud a pedir un antibiótico”, como así hizo esa misma tarde, se erige en prueba de que “se ha producido de modo indudable una deficiente atención médica que ha sido directamente causante de un grave riesgo para la vida que, una vez superado, ha supuesto una lesividad importante del estado de salud del paciente que debe verse resarcida”.

Más allá de que sobre estas concretas imputaciones no existe registro alguno en la historia clínica relativa al episodio que se cuestiona, lo cierto es que del análisis del expediente en su conjunto no se acredita ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al buen quehacer médico. Al respecto, de los datos e informes obrantes en el expediente se desprende que la técnica utilizada fue la correcta, como así admite el propio interesado; que la atención sanitaria recibida, razonable y progresiva, resultaba acorde con la sintomatología evidenciada en cada momento, por lo que no puede imputarse el daño cuya indemnización se pretende al servicio sanitario, y que la complicación habida tras la primera intervención no deja de ser la materialización de un riesgo descrito y asumido por el propio paciente con la firma del consentimiento informado preceptivo, tal y como reconoce él mismo.

En particular, interesa señalar que en el informe del servicio interviniente se hace constar que la intervención laparoscópica para la extirpación de la vesícula “transcurre sin incidencias destacables ni complicaciones intraoperatorias”, y que “en el posoperatorio inmediato el paciente permanece en la unidad de reanimación posquirúrgica bajo monitorización continua y tras no presentar complicaciones se traslada a la habitación de hospitalización convencional para cuidados y seguimiento, manteniéndose (...) con el tratamiento y cuidados habituales, que incluyen analgesia continua y de rescate a demanda de las necesidades del paciente, sueroterapia hasta el inicio de la tolerancia oral de manera correcta, profilaxis de enfermedad tromboembólica y medicación a demanda en caso de náuseas, vómitos o dificultades para conciliar el sueño./ En el primer día posoperatorio (25 de abril de 2019) en el pase de visita hospitalario no se aprecian complicaciones inmediatas

posoperatorias. El paciente ha permanecido afebril, estable hemodinámicamente, con dolor abdominal controlado con la analgesia pautada, ha tolerado la dieta oral, ha deambulado y ha presentado una micción de características normales. No se aprecian otros signos ni síntomas de complicación posoperatoria inmediata". Ante esta situación se decide el alta hospitalaria, pautando el tratamiento posoperatorio domiciliario propio de un procedimiento de estas características y advirtiéndole al paciente que en el caso de aparecer alguna complicación en el periodo posoperatorio debe acudir al Servicio de Urgencias del hospital de referencia. En aplicación de estas recomendaciones, consta en el expediente que acude el mismo día del alta a su centro de Atención Primaria, donde tras la evaluación y exploración del dolor e inflamación del testículo derecho se le pauta antibiótico por sospecha de orquiepididimitis, y que al día siguiente -26 de abril de 2019- se realiza un control telefónico de enfermería del Hospital "X" refiriendo el paciente continuar con la inflamación del testículo, sin señalar otras clínicas asociadas (dolor abdominal, no alteración del tránsito intestinal, no hipotensión, no taquicardia ni cefalea). Al tercer día del posoperatorio -27 de abril- acude al Servicio de Urgencias del Hospital "Y" por dolor testicular desde la intervención, y además malestar y mareos, con cefalea frontal, momento en el que se constata la hemorragia y se interviene de urgencia. En consecuencia, el proceso asistencial descrito revela un seguimiento continuado de la evolución del posoperatorio conforme a la clínica manifestada en cada momento por el paciente ante la materialización de un riesgo relativamente frecuente y consustancial al procedimiento quirúrgico; máxime existiendo inflamación de la vesícula, como es el caso, previsto y descrito en el documento de consentimiento informado firmado por el paciente.

En definitiva, no se ha acreditado infracción alguna de la *lex artis ad hoc* en el proceso asistencial seguido y se evidencia, además, que la complicación posquirúrgica sufrida por el reclamante constituye la desgraciada materialización de un riesgo propio de la técnica quirúrgica que, en tanto

recogido en el documento de consentimiento informado suscrito, ha sido conocido y consentido por él; por ello, el daño sufrido no puede reputarse antijurídico.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.