

Dictamen Núm. 156/2023

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 6 de julio de 2023, 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 25 de abril de 2023 -registrada de entrada el día 2 de mayo de 2023-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados de una mala praxis médica y un déficit informativo en relación con una cirugía para colocación de malla suburetral.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 7 de julio de 2022, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de lo que considera una mala praxis médica y un déficit informativo en relación con una cirugía para colocación de malla suburetral.

Expone que “con fecha 24 de septiembre de 2020 (...) ingresa en el Hospital “X”, por una cirugía programada de colocación de una malla suburetral libre de tensión transobturador (...) para la corrección de la incontinencia urinaria que padecía. Sin embargo, en el posoperatorio inmediato (...) sufre un

sangrado vaginal y presenta inestabilidad hemodinámica, realizándose una ecografía en la que se observa un hematoma en la cara anterior del abdomen que llega hasta el ombligo (+/- 13 cm) por lo que, con el diagnóstico de hemorragia posquirúrgica, se decide efectuar una laparotomía exploradora urgente”.

Refiere que tras esa intervención “ingresa en la UCI (...), donde permanece sedoanalgesia y conectada a ventilación mecánica hasta el día siguiente, decidiéndose su traslado, una vez estabilizada hemodinámicamente, al Hospital ‘Y’ para realizar un angio-TC que permita visualizar y embolizar el punto sangrante (...). Una vez trasladada (...), ingresa en la UCI para vigilancia hemodinámica con el diagnóstico de ‘shock hemorrágico. Posoperatorio complicado de cirugía ginecológica’, trasladándose a continuación a la Sala de Radiología Vascular Intervencionista, donde se le realiza una arteriografía pélvica y embolización supraselectiva de la arteria obturatriz izquierda (...). Finalizado el (...) procedimiento endovascular (...) es trasladada a quirófano para realizar otra laparotomía” (...). Concluidos los citados procedimientos (...), pasa a la planta del Servicio de Ginecología (...), donde permanece ingresada hasta el 5 de octubre de 2020, fecha en la que es dada de alta, debiendo permanecer sondada, según informe de alta, hasta completar 14 días desde la intervención, procediéndose también en ese momento a la retirada de los agrafes”.

Indica que tras el alta hospitalaria, y “debido a las distintas lesiones que le causaron los hechos descritos, ha tenido que seguir tratamiento en su centro de salud y en los Servicios de Ginecología, Neurología, Cirugía Plástica y Salud Mental” del Hospital “X” y del Hospital “Y”, siendo alta laboral el día 9 de julio de 2021 con las siguientes secuelas: síndrome adherencial abdominal, dolor neuropático en territorio del nervio obturador derecho, trastorno de estrés postraumático y depresivo, dispaurenia, cicatriz abdominal y quemadura en muslo derecho”.

Considera que “la causa de las secuelas que padece fue una mala praxis durante la cirugía de colocación de la malla suburetral transobturador” en el Hospital “Y”, “que provocó la lesión de la arteria obturatriz izquierda y, como

consecuencia, el gravísimo shock hemorrágico que casi le cuesta la vida; mala praxis a la que, además, hay que añadir la quemadura que (...) sufrió en el muslo de la pierna derecha y que fue provocada por un descuido en el manejo del bisturí eléctrico durante alguna de las cirugías que se le efectuaron./ Evidentemente, el hecho de que una simple cirugía para colocar una malla suburetral haya provocado un daño tan desproporcionado y casi letal habla por sí mismo, pues dicha desproporción con lo que sería usual conforme al estado de la ciencia y al sentido común revela la penuria negligente de la actuación médica llevada a cabo (...); circunstancia a la que (...) hay que añadir el negligente manejo del bisturí eléctrico y, además, lo que, a todas luces, parece un grave intento de ocultación de lo sucedido, pues, según reveló a la dicente el médico de cabecera de su centro de salud, el informe correspondiente a dicha cirugía de colocación de la malla suburetral ha sido borrado de la historia clínica (...), por lo que el Jefe del Servicio de Ginecología” del Hospital “X” “tuvo que emitir un informe el pasado 17 de enero de 2022 en el que se describe dicha intervención quirúrgica (mínimamente) y lo sucedido tras la misma”. Asimismo, advierte que en el “consentimiento informado firmado (...) no se contempla la lesión de la arteria obturatriz o el shock hemorrágico como un riesgo o complicación de la intervención llevada a cabo”.

En relación con la indemnización, señala que “tomando como referencia, conforme al artículo 34 de la Ley 40/2015, el baremo contenido en el título IV del texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor”, solicita la cantidad de ciento setenta y cinco mil euros (175.000 €).

Adjunta copia de diversa documentación médica en relación con el proceso de referencia entre la que figura un informe del Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital “X” de 17 de enero de 2022, evacuado a solicitud de la interesada. En él consta que “el día 24 de septiembre de 2020 se le inserta a las 13:30 malla suburetral libre de tensión tras obturador (...). Tras lo cual pasa a Reanimación para su control inmediato posoperatorio./ 16:10: avisan de Reanimación a Ginecología de guardia por cuadro de hipotensión con sangrado vaginal. Paciente hemodinámicamente estable. Dolor en abdomen. Sangrado

vaginal escaso, se tacta pequeño hematoma en (...) en lado izquierdo. Orina hemática. Solicitado hemograma: Hemoglobina 10,5 (previa 13 g/dl)./ 17:15: se revalúa a la paciente: constantes estables./ Hematoma en vagina de +/- 2-3 cm. Efecto masa en hipogastrio que llega a ombligo (doloroso)./ ECO: hematoma en cara anterior de abdomen que llega a ombligo +/- 13 cm. Útero y anejos normales. No líquido libre./ Impresión diagnóstica: hematoma en Retzius que ha disecado cara anterior de pared abdominal hasta ombligo./ Se solicita angioTAC. Se solicita bioquímica urgente a petición de Radiología + hemograma./ Con el resultado de la bioquímica se habla con Radiología. Hemoglobina 8.5./ 18:55: avisan anestesiólogo de guardia por inestabilidad hemodinámica que imposibilita realización de TAC./ Se decide laparotomía exploradora inmediata./ Se informa a la paciente y familiar (hermano)./ Se solicita colaboración al urólogo de guardia./ A las 21 horas se realiza laparotomía media infra-supraumbilical y apertura de la pared por planos./ Hallazgos: hematoma que engloba Retzius, región para y supravesical, ligamento ancho izquierdo y se extiende hacia fosa obturatriz, cara anterior de pared abdominal hasta ombligo y retroperitonealmente en gotiera paracólica izquierda hasta fosa renal. Anatomía muy distorsionada por el hematoma./ Drenaje parcial de hematoma (pared abdominal anterior y Retzius y fosa obturatriz), se identifica brazo izquierdo de malla (...) que se reseca, con zona sangrante a ese nivel (puntos de sutura con vicryl 2/0, sin identificarse vaso sangrante)./ Se comprueba integridad vesical (Servicio de Urología) mediante llenado de vejiga con 250 cc de suero fisiológico./ Se deja tachosil en región paravesical por sangrado en sábana. Ante persistencia de sangrado en sábana (coagulopatía de consumo) se decide packing con 6 compresas + amchafibrin./ Cierre de la pared abdominal en bloque./ Grapas en piel./ Transfusión de 6 concentrados de hematíes y 1000 cc de plasma en quirófano./ A las 23 horas se informa a familiares (hermano y marido) de estado reservado de la paciente y de ingreso en UCI para su control./ Se informa de necesidad de re-cirugía en 24-48 horas para retirar packing./ Tras estabilización hemodinámica se procede el día 25 de septiembre a su traslado al (Hospital `Y´), hospital de referencia, para proceder a la embolización del vaso sangrante./ En el Servicio de

Radiología y mediante arteriografía con contraste se procede la embolización de la arteria obturadora izda. profiláctica por RAD VASC y posterior laparotomía en Ginecología (Hospital `Y´) para retirar package intraabdominal”.

2. Mediante oficio de 2 de agosto de 2022, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas con arreglo a las cuales se tramitará el procedimiento y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa solicitud formulada por la Instructora Patrimonial, el 23 de agosto de 2022 la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III le remite una copia de la historia clínica de la paciente y el informe del Servicio de Ginecología elaborado el 22 de agosto de 2022.

En este último se indica que “la paciente fue intervenida en nuestro Servicio para corrección de incontinencia de orina en la mujer el día 24 de septiembre de 2020, con reintervención por hematoma en lecho quirúrgico en posoperatorio inmediato, precisando traslado a centro de referencia para embolización de vaso lesionado./ Este Servicio emite informe a petición de la paciente el 17-1-2022 resumen de su proceso./ En mayo de 2022 reclama nuevo informe a través de Atención al Usuario, se llama a la paciente para informarle que se le entregó toda la información disponible en este Servicio y se le ofrece entrevista personal realizada con ella y su pareja el 9-5-2022 en el despacho de Ginecología. Como se recoge en la historia, se muestran y explican los formularios de las dos intervenciones. Se recogen las secuelas referidas por la paciente y se cita de nuevo en Unidad de Suelo Pélvico para reevaluar y coordinar interconsultas necesarias con otros especialistas. La consulta se realiza el 16-5-2022 y se entrega nuevo informe”.

Señala que “tanto la lesión vascular, como la quemadura, son complicaciones muy infrecuentes, como así se recoge en el consentimiento informado entregado y firmado por la paciente. No se ejerció mala praxis en el momento de la intervención, ni en el manejo posterior de la complicación. En

ningún consentimiento informado de ninguna intervención se especifican todos los vasos susceptibles de lesión correspondientes a un área anatómica. Ningún acto quirúrgico por sencillo que parezca está exento de la más grave de las complicaciones./ En este Servicio se realiza esta técnica desde 2004, con un número total de 850 procedimientos realizados hasta la fecha, y es la primera complicación de estas características. Se trata de complicaciones excepcionales pero de las que no está exenta ninguna intervención”.

En cuanto al informe que la paciente refiere fue borrado, aclara que “no se borró ningún informe quirúrgico, lo que sí es posible que se eliminara es el informe de alta prototipo para esta técnica, se preparan antes del quirófano, antes de realizar la intervención, como así se lo explicamos a la paciente. Estos informes carecen de validez hasta que el cirujano lo valida, lo imprime y lo firma. Se realizan muchas de estas técnicas en una mañana, debido a la excepcionalidad de las complicaciones existe un formato tipo que se prepara antes de las cirugías”.

4. También a solicitud de la Instructora Patrimonial, el 30 de agosto de 2022 el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le envía una copia de la historia clínica de la paciente.

5. Con fecha 14 de enero de 2023 emiten informe pericial, a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, dos especialistas, una en Ginecología y Obstetricia y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él exponen que “la paciente recibió información sobre la opción quirúrgica correctora de la incontinencia urinaria mediante una malla suburetral transobturadora libre de tensión (...) y recogida también en el documento de consentimiento informado necesario para el procedimiento que leyó y otorgó firmados para su realización”, y consideran que “la información y tratamiento corrector de la incontinencia urinaria de esfuerzo ofertada (a la paciente) son suficientes e indicadas en ese momento según su edad, antecedentes personales e historia clínica y por tanto acordes con la *lex artis ad hoc*”.

Afirman que “las complicaciones surgidas del procedimiento corrector de la incontinencia urinaria son riesgos infrecuentes de la intervención, pero posibles. (La interesada) recibió información sobre las posibles complicaciones en la visita del día 20-01-2022 en la que se le entregó el documento de consentimiento informado, el cual refleja el hematoma del lecho quirúrgico y referida en este caso a la existencia de una lesión en la arteria obturatriz, vaso más frecuentemente lesionado en la colocación de las mallas suburetrales libres de tensión transobturador y origen de la hemorragia”.

Estiman que “la actuación en relación al posoperatorio inmediato del procedimiento quirúrgico objeto de (...) reclamación ha sido correcta, acorde a la sintomatología y ajustada en todo momento a los protocolos y guías de práctica clínica (...). No objetivamos ninguna inobservancia del deber de cuidado ni pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica con la información analizada en el expediente consignado y los conocimientos científicos vigentes” por parte del Hospital “X”.

Concluyen que “no existe ningún nexo de causalidad cierto, directo y total entre los daños reclamados y su actuación”, y que “todos los profesionales sanitarios que han atendido a la paciente durante el periodo reclamado” han procedido de forma “correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc*”.

6. Mediante oficio notificado a la interesada el 28 de febrero de 2023, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

7. El día 21 de marzo de 2023, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones.

Expone que “por mucho que se niegue la mala praxis, lo cierto es que no se nos da ninguna explicación ni de lo que sucedió, ni de por qué sucedió, por lo que poco valor puede tener dicha negación huérfana de toda explicación (...). Y aún más revelador es el reconocimiento que hace la Jefe de Servicio de la eliminación del informe de alta prototipo que se había preparado para la

cirugía (...), pues, si eso fue así, lo que desde luego no se entiende es que tras dicha eliminación del informe prototipo tampoco se haya realizado un informe completo de una cirugía en la que se había producido esa complicación tan excepcional (la 1.ª en 850 intervenciones) y que, además, era obligatorio hacer, pues toda intervención médica debe quedar reflejada en la historia clínica del paciente por medio del correspondiente informe médico, pudiendo verse que (...) el único informe de la intervención que hay en la historia clínica fue realizado en enero de 2022 (es decir, 15 meses después de la cirugía) y como consecuencia de la solicitud expresa del mismo (...), lo que sólo puede interpretarse como un evidente intento de ocultación de lo sucedido y de la mala praxis realizada”.

En relación con la pericial practicada a instancias de la Administración, manifiesta que “hemos de destacar lo sorprendente que resulta que (...) se llegue a hablar de una técnica perfecta cuando (...) la dicente sigue padeciendo la misma incontinencia urinaria que motivó la intervención a la que se sometió y encima estuvo a punto de morir a consecuencia de la misma, y cuando además en el propio dictamen se recoge lo que realmente sucedió y por qué sucedió (aunque no se quiera reconocer), siendo lo cierto que, precisamente, nos encontramos ante un caso claro de realización incorrecta de la técnica quirúrgica (...). Esta parte no tiene ninguna duda de que lo sucedido guarda una absoluta relación con el empleo de una deficiente técnica quirúrgica y, por tanto, con una mala praxis, y no sólo en lo relativo a la lesión de la arteria obsturatriz, sino también en lo relativo a la quemadura que (...) sufrió en la cara anterior del muslo derecho y, por tanto, en una parte de su cuerpo claramente alejada de la zona quirúrgica, lo que convierte dicha lesión en algo totalmente inaceptable, y que fue provocada por un fallo en la utilización del bisturí eléctrico durante alguna de las cirugías que se le efectuaron, lesión de la que nada se nos explica en el dictamen de la aseguradora y a la que sólo se hace una breve referencia poniendo en duda su alcance”.

En cuanto al documento de consentimiento informado, indica que “resultaba absolutamente genérico e inconcreto al referirse a todos los diferentes tipos de técnicas quirúrgicas para la corrección de la incontinencia

urinaria en la mujer (...). Es evidente que nos encontramos ante un documento general para todas las correcciones quirúrgicas de la incontinencia urinaria en el que ni siquiera se especifica la vía de acceso, ni la técnica concreta programada en el caso de la dicente, al haber quedado sin cubrir los espacios destinados precisamente a dicha concreción, lo que además implica que los riesgos y complicaciones que se recogen más adelante en dicho documento corresponden a todas las técnicas quirúrgicas comprendidas en el mismo y no sólo a la colocación de una malla suburetral transobturadora (pues, lógicamente, cada técnica tendrá sus propios riesgos típicos), de manera que ni siquiera se puede saber cuáles son los riesgos y complicaciones recogidos en el consentimiento que son propios de la técnica concreta que se iba a realizar (...). Cualquier paciente medio interpretaría ese riesgo de un ‘hematoma en la zona de la herida quirúrgica’ como un riesgo de que se produzca un ‘moratón’ en la zona de la herida (lo que siempre sería comprensible tras una cirugía), resultando claramente interesado y forzado pretender englobar en ese ‘hematoma’ lo que realmente sucedió en este caso, que fue una lesión por rotura de una arteria que ocasionó una hemorragia interna y llegó a producir un shock hemorrágico que a punto estuvo de costarle la vida a la dicente -de hecho, consta en la historia clínica que, durante la laparotomía exploradora urgente que se realizó (...) se le transfundieron (...) en el quirófano 6 concentrados de hematíes, 1.000 cc de plasma fresco congelado y una unidad de crioprecipitado, habiendo llegado los médicos a advertir a la familia del gravísimo riesgo vital que presentaba para que estuviesen preparados para un desenlace fatal-. Evidentemente, desde un punto de vista técnico, puede decirse que una hemorragia interna siempre produce un hematoma en el cuerpo como consecuencia de la acumulación de sangre en el mismo, pero es obvio que ningún paciente medio identificaría ese hematoma por acúmulo de sangre debido a una grave hemorragia interna con el ‘hematoma en la zona de la herida quirúrgica’ que se menciona en el consentimiento; y, además, en este caso tampoco puede decirse en modo alguno que el hematoma fuera ‘en la zona de la herida quirúrgica’ pues, como consta en la historia clínica, la

realidad es que el hematoma (...) se extendía por toda la pared abdominal y llegaba hasta el ombligo”.

Finalmente, en relación con la quemadura del muslo derecho, subraya que “la misma tampoco puede entenderse amparada por el consentimiento informado firmado pues, aunque en él se recoge la posibilidad de que se produzcan ‘fistulas y quemaduras’ (sin más explicación y, por tanto, sin que podamos saber a qué tipo de quemaduras se refiere y en cuál de las técnicas quirúrgicas de corrección de la incontinencia urinaria comprendidas en el documento pueden producirse), lo cierto es que ello, quizás, podría esgrimirse para amparar una quemadura en la zona de la herida quirúrgica por la utilización del bisturí eléctrico, pero nunca una quemadura en una zona alejada como es la cara anterior del muslo derecho y, por tanto, a consecuencia de un fallo en la utilización de dicho bisturí eléctrico (...); lógicamente, el hecho de que el consentimiento contemple las quemaduras no puede implicar que quede amparada cualquier quemadura que se produzca durante la intervención”.

8. El día 28 de marzo de 2023, la Instructora del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone que, “tras el estudio de la documental, consta la lesión vascular causante del sangrado posoperatorio que precisó cirugía urgente para su control y posterior derivación a hospital de referencia./ En base a los protocolos actuales, cuando el tratamiento rehabilitador de la incontinencia urinaria de esfuerzo ofrece escasos resultados para el control de la pérdida de orina procede la indicación quirúrgica como opción de segunda línea, mediante banda libre de tensión vía transobturador (...). La interesada fue informada e incluida en lista de espera quirúrgica tras firmar el documento de consentimiento, en el cual constan los riesgos y complicaciones posibles derivados del procedimiento, encuadrando el hematoma del lecho quirúrgico como una complicación excepcional, pero posible./ En la vía transobturador la lesión de los vasos obturadores está recogida, descrita y publicada en la literatura médica como riesgo de la misma, cuya materialización no puede correlacionarse con la existencia de mala praxis médica, sino como un riesgo específico de carácter imprevisible, inevitable e

inherente a la vía quirúrgica de abordaje, por lo que el paciente sometido a la misma tiene la obligación de soportar”.

En relación con la quemadura del muslo, señala que “consta incluida igualmente en el referido documento de consentimiento dentro de los riesgos infrecuentes o excepcionales de la cirugía./ Las actuaciones médicas durante el posoperatorio han sido correctas, acordes a la sintomatología y ajustadas en todo momento a los protocolos y guías de práctica clínica”.

En cuanto al informe médico que la interesada sostiene que fue borrado, pone de relieve que consta en el informe del Servicio de Ginecología del Hospital “X” que “el único informe eliminado ha sido el prototipo para esta técnica, preparado antes de realizar la intervención a fin de optimizar el tiempo, dado que en la jornada quirúrgica matinal se realizan muchas de estas técnicas y debido a la excepcionalidad de las complicaciones existe un formato tipo, carente de eficacia hasta la validación y firma del cirujano tras la realización de la intervención”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 25 de abril de 2023, 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 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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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 como titular del servicio público sanitario.

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 con fecha 7 de julio de 2022, y obra en el expediente un informe del Servicio de Ginecología en el que consta que el día 9 de mayo de 2022 -en el marco de una entrevista personal con la interesada- “se recogen las secuelas referidas por la paciente y se cita de nuevo en Unidad de Suelo Pélvico para reevaluar y coordinar interconsultas necesarias con otros especialistas”. En tal tesitura, debemos concluir que en el momento de presentación de la reclamación no había transcurrido el plazo de un año legalmente determinado, por lo que esta ha de considerarse tempestiva.

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 del servicio afectado, 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que la interesada reclama una indemnización por los daños sufridos como consecuencia de lo que considera una mala praxis médica y un déficit informativo en relación con una cirugía para colocación de malla suburetral.

Acreditada, a la vista de la documentación obrante en las actuaciones, la efectividad del daño sufrido, hemos de reparar en que 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 sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la interesada no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 poder 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles, de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

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 esos 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.

En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que -a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado y, en particular, que se ha producido una violación de la *lex artis* médica- la reclamante no ha presentado pericial alguna que avale, desde un punto de vista técnico, sus afirmaciones, de modo que nuestro pronunciamiento sólo puede sustentarse en los informes técnico-médicos elaborados por la Administración y su compañía aseguradora.

En el supuesto analizado, la interesada sostiene que “la causa de las secuelas que padece fue una mala praxis durante la cirugía de colocación de la malla suburetral transobturador (...) que provocó la lesión de la arteria obturatriz izquierda y, como consecuencia, el gravísimo shock hemorrágico que casi le cuesta la vida”, y que se estaría en presencia de un daño desproporcionado. Por otro lado, manifiesta que “la quemadura que (...) sufrió en el muslo de la pierna derecha (...) fue provocada por un descuido en el manejo del bisturí eléctrico durante alguna de las cirugías que se le efectuaron”. Asimismo, llama la atención sobre que “el informe correspondiente a dicha cirugía de colocación de la malla suburetral ha sido borrado de la historia clínica”, lo que, a su entender, se trataría “de un grave intento de ocultación de lo sucedido”. Finalmente, advierte que en el documento de consentimiento informado “no se contempla la lesión de la arteria obturatriz o el shock hemorrágico como un riesgo o complicación de la intervención llevada a cabo”, y que este “resultaba absolutamente genérico e inconcreto al referirse a todos los diferentes tipos de técnicas quirúrgicas para la corrección de la incontinencia urinaria en la mujer (...), de manera que ni siquiera se pueden saber cuáles son los riesgos y complicaciones recogidos en el consentimiento que son propios de la técnica concreta que se iba a realizar” a la paciente.

Vista la posición de la reclamante, procede ahora abordar la restante documentación que obra en el expediente.

El informe del Servicio de Ginecología, de 22 de agosto de 2022, señala que “tanto la lesión vascular, como la quemadura, son complicaciones muy infrecuentes, como así se recoge en el consentimiento informado entregado y firmado por la paciente”, y que “no se ejerció mala praxis en el momento de la intervención, ni en el manejo posterior de la complicación”, indicando que “en este Servicio se realiza esta técnica desde 2004, con un número total de 850 procedimientos realizados hasta la fecha, y es la primera complicación de estas características”. Precisa que “en ningún consentimiento informado de ninguna intervención se especifican todos los vasos susceptibles de lesión correspondientes a un área anatómica”, y que “ningún acto quirúrgico por sencillo que parezca está exento de la más grave de las complicaciones”. En cuanto al eventual “borrado” del informe de la cirugía, explica que “no se borró ningún informe quirúrgico, lo que sí es posible que se eliminara es el informe de alta prototipo para esta técnica, se preparan antes del quirófano, antes de realizar la intervención, como así se lo explicamos a la paciente. Estos informes carecen de validez hasta que el cirujano lo valida, lo imprime y lo firma. Se realizan muchas de estas técnicas en una mañana, debido a la excepcionalidad de las complicaciones existe un formato tipo que se prepara antes de las cirugías”.

En el informe pericial emitido a instancias de la entidad aseguradora de la Administración se sostiene que “la información y tratamiento corrector de la incontinencia urinaria de esfuerzo ofertada e indicada a (la paciente) son suficientes e indicadas en ese momento según su edad, antecedentes personales e historia clínica y por tanto acordes con la *lex artis ad hoc*”, y que “las complicaciones surgidas del procedimiento corrector de la incontinencia urinaria son riesgos infrecuentes de la intervención, pero posibles”. Asimismo, se afirma en él que “la arteria obturatriz (es el) vaso más frecuentemente lesionado en la colocación de las mallas suburetrales libres de tensión transobturador y origen de la hemorragia”, y se concluye que “la actuación en relación al posoperatorio inmediato del procedimiento quirúrgico objeto de (...)”

reclamación ha sido correcta, acorde a la sintomatología y ajustada en todo momento a los protocolos y guías de práctica clínica”.

Finalmente, la propuesta de resolución indica que con base en los protocolos actuales, “cuando el tratamiento rehabilitador de la incontinencia urinaria de esfuerzo ofrece escasos resultados para el control de la pérdida de orina procede la indicación quirúrgica como opción de segunda línea, mediante banda libre de tensión vía transobturador (...), y que “la interesada fue informada e incluida en lista de espera quirúrgica tras firmar el documento de consentimiento, en el cual constan los riesgos y complicaciones posibles derivados del procedimiento, encuadrando el hematoma del lecho quirúrgico como una complicación excepcional, pero posible”. A continuación refiere que, “en la vía transobturador, la lesión de los vasos obturadores está recogida, descrita y publicada en la literatura médica como riesgo de la misma, cuya materialización no puede correlacionarse con la existencia de mala praxis médica, sino como un riesgo específico de carácter imprevisible, inevitable e inherente a la vía quirúrgica de abordaje, por lo que el paciente sometido a la misma tiene la obligación de soportar”. Por último, advierte que “las actuaciones médicas durante el posoperatorio han sido correctas, acordes a la sintomatología y ajustadas en todo momento a los protocolos y guías de práctica clínica”.

Planteada en tales términos la controversia, cabe descender al fondo de la cuestión a la luz de lo hasta aquí referido partiendo de que, a tenor de la documentación aportada, es notorio que se actuó de forma correcta en la asistencia médica prestada en las consultas de Ginecología que culminaron con la recomendación, conforme a protocolo, de cirugía ante los escasos resultados del tratamiento rehabilitador, y de que la actuación llevada a cabo tras el episodio de hemorragia se antoja -con base también en los informes médicos obrantes en el expediente- ajustada a la *lex artis ad hoc*, por lo que el debate queda circunscrito a la cirugía practicada.

En primer lugar, en cuanto a la postura de la reclamante acerca de que en este supuesto se habría producido un daño desproporcionado, procede recordar, como viene advirtiendo este Consejo (por todos, Dictámenes Núm.

274/2021 y 119/2022), que en la medicina, que no es una ciencia exacta, la mera corrección técnica en el desempeño, con independencia de cualquier otra circunstancia, no conlleva en todo caso un resultado exitoso, puesto que siempre existe un factor de imprevisibilidad, cual es la diferente reacción que diversos pacientes pueden tener ante idéntico tratamiento.

Respecto a la doctrina del daño desproporcionado, la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de mayo de 2018 -ECLI:ES:TS:2018:1849- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª) señala que “las reglas generales sobre la carga de la prueba se excepcionan, recayendo sobre la parte demandada la carga de acreditar que la prestación sanitaria se ha acomodado a la *lex artis ad hoc* tan sólo en aquellos casos en que el daño del paciente es desproporcionado o clamoroso `ya que éste, por sí mismo, por sí sólo, denota un componente de culpabilidad, como corresponde a la regla *res ipsa loquitur* (la cosa habla por sí misma) de la doctrina anglosajona, a la regla *Anscheinsbeweis* (apariencia de la prueba) de la doctrina alemana y a la regla de la *faute virtuelle* (culpa virtual), que significa que si se produce un resultado dañoso que normalmente no se produce más que cuando media una conducta negligente, responde el que ha ejecutado ésta, a no ser que pruebe cumplidamente que la causa ha estado fuera de su esfera de acción’. Ahora bien, como también dijimos en la (...) Sentencia de 22 de julio de 2015, la aplicación de esta doctrina no se produce automáticamente por la sola presencia de un gravísimo resultado, sino que requiere que exista nexo causal entre la producción de un resultado desproporcionado con la patología inicial del paciente y la esfera de actuación de los servicios sanitarios, que el daño producido no constituya una complicación o riesgo propios de la actuación médica y que no se haya acreditado la causa de la producción de ese resultado, es decir, que la doctrina del daño desproporcionado no es aplicable cuando, como en el caso de autos, el resultado puede obedecer a un riesgo o a una complicación inherente al acto médico y/o se pueden explicar los hechos a través de las pruebas practicadas en el proceso, ya que la esencia de la doctrina no está en el hecho `físico´ de que el resultado sea desproporcionado a lo que se esperaba”. Por otra parte, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 8 de

julio de 2022 -ECLI:ES:TSJAS:2022:2132- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª) recuerda, recogiendo la jurisprudencia vertida al respecto por el Tribunal Supremo, que “la doctrina del daño desproporcionado o `resultado clamoroso significa lo siguiente:/ 1.º Que el resultado dañoso excede de lo previsible y normal, es decir, no guarda relación o proporción atendiendo a la entidad de la intervención médica pues no hay daño desproporcionado, por ejemplo, si el resultado lesivo es un riesgo inherente a la intervención, pero ha habido una errónea ejecución./ 2.º El daño desproporcionado implica un efecto dañoso inasumible -por su desproporción- ante lo que cabe esperar de la intervención médica; es, por tanto, un resultado inesperado e inexplicado por la demandada./ 3.º Ante esa quiebra de lo normal, de lo esperable y lo desproporcionado del efecto dañoso, se presume que el daño es causado por una quiebra de la *lex artis* por parte de la Administración sanitaria, presunción que puede destruir si prueba que la causa está fuera de su ámbito de actuación, es decir, responde a una causa de fuerza mayor./ 4.º Por tanto, para que no se le atribuya responsabilidad por daño desproporcionado, desde el principio de facilidad y proximidad probatoria la Administración debe asumir esa carga de probar las circunstancias en que se produjo el daño./ 5.º De no asumir esa carga, la imprevisibilidad o la anormalidad del daño causado atendiendo a la entidad de la intervención médica es lo que hace que sea antijurídico, sin que pueda pretextarse un caso fortuito, excluyente de la responsabilidad por el daño causado”.

Sentado lo anterior, no cabe orillar que la pericial aportada por la compañía aseguradora de la Administración admite que “en este caso se produjo una lesión de la arteria obturatriz izquierda, riesgo afortunadamente infrecuente pero hacedero y que puede producir sangrados de difícil control” (folio 109), señalándose también en el mismo documento que, “atendiendo a las complicaciones intraoperatorias y particularmente a las hemorrágicas, se trata de complicaciones relativamente infrecuentes”, y se precisa más adelante que la hemorragia “aparece en hasta un 3,8 %, dependiendo de la técnica quirúrgica utilizada (...), resultando la hemorragia la segunda complicación intraoperatoria más frecuente” (folio 105). Por otra parte, la propuesta de

resolución manifiesta que “la lesión de los vasos obturadores está recogida, descrita y publicada en la literatura médica como riesgo de la misma, cuya materialización no puede correlacionarse con la existencia de mala praxis médica, sino como un riesgo específico de carácter imprevisible, inevitable e inherente a la vía quirúrgica de abordaje”.

Pues bien, si para reconocer la existencia de un daño desproporcionado hubiese que atender exclusivamente a la gravedad del resultado, pocas dudas se albergarían a la hora de admitir su existencia en este caso; sin embargo, si se tiene en cuenta que -como hemos indicado- a las muy negativas consecuencias hay que añadir que el daño producido no constituya una complicación o riesgo propios de la actuación médica llevada a cabo y que, por lo tanto, aquéllas normalmente no se producirían más que mediando negligencia, la respuesta ya no puede ser la misma, dado que, como los informes médicos -únicos elementos sobre los cuales podemos formar nuestra convicción- refrendan, tanto la lesión de la arteria obturatriz como las complicaciones hemorrágicas, por infrecuentes que resulten, pueden llegar a producirse sin que medie una quiebra de la *lex artis ad hoc* por parte de los facultativos responsables de la cirugía. Además, cabe señalar que el documento de consentimiento informado, firmado por la reclamante el 21 de enero de 2020 (CD 72, folios 50 y 51), sí indica, con el carácter de “infrecuente o excepcional” determinados riesgos de naturaleza vascular: “Hematoma en la zona de la herida quirúrgica (...). Flebitis y tromboflebitis” y “Embolia pulmonar”, si bien -como razonaremos a continuación- no con el grado de claridad y concreción que permitiría entender comprendida en estos riesgos la complicación vascular que desgraciadamente ha sufrido la reclamante.

En tal tesitura, sólo podemos concluir que no resulta aquí aplicable la doctrina del daño desproporcionado, al quedar probado por la documentación aportada por la Administración que el resultado puede obedecer a un riesgo o a una complicación inherentes al acto médico. A estos efectos, conviene diferenciar entre un daño desproporcionado y la aparición de un riesgo que siendo extraordinario -de baja probabilidad- se manifieste con severa gravedad,

como aconteció en este caso, sin obviar que tal situación fue adecuadamente tratada por los profesionales del servicio de salud.

En segundo lugar, y por lo que respecta a la quemadura que sufrió la paciente en el muslo de la pierna derecha, resulta que el documento de consentimiento informado contempla, entre los riesgos “infrecuentes o excepcionales”, las “fístulas y quemaduras”; advertencia que si bien -como indica la reclamante en su escrito de alegaciones- “no puede implicar que quede amparada cualquier quemadura que se produzca durante la intervención”, tampoco cabe entender referida en exclusiva -como aquella pretende- a “la zona de la herida quirúrgica”, pues el riesgo se anuda a la utilización de un determinado instrumental. Procede aquí ponderar que la carga de la prueba pesa sobre la reclamante y, ante una quemadura que pudo producirse en una u otra cirugía, la interesada no aporta soporte pericial alguno de sus afirmaciones, constando en la documentación de la operación a la que se imputa la misma que se la traslada a la Unidad de Reanimación con expresa indicación de “intervención sin incidencias”. Así pues, estimamos que sobre este extremo no se acredita una mala praxis médica ni cabe admitir un déficit informativo.

En tercer lugar, en lo que atañe a un eventual intento de ocultación de lo sucedido, eliminando de la historia clínica el informe correspondiente a la cirugía de colocación de la malla suburetral, basta con remitirse a lo manifestado tanto en el informe del Servicio de Ginecología de 22 de agosto de 2022 como en la propuesta de resolución para descartar que se haya producido una supresión o destrucción de dicho documento; alegación de la reclamante que además se acompañaría mal -si de ella se pretende inferir la intención de generar indefensión para la parte- tanto con su convicción respecto a la existencia de un daño desproporcionado -que por sí sólo ya denotaría un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur*)- como con la circunstancia de que (probablemente, como consecuencia de tal convicción) no haya resuelto aportar pericial alguna. Todo ello nos lleva a descartar cualquier atisbo de actuación irregular por parte del servicio público sanitario con fines espurios.

Por último, en relación con el documento de consentimiento informado deben hacerse dos consideraciones, la primera sobre la falta de indicación de la técnica quirúrgica que iba a ser empleada, y la segunda sobre el grado de inconcreción de los riesgos asociados a ella.

En primer lugar, el consentimiento informado que se presenta a la reclamante está hecho para recoger en un único documento toda la información relativa a las diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la incontinencia en la mujer, así se desprende de la descripción genérica que emplea -“el tratamiento quirúrgico consiste en el refuerzo de los músculos o estructuras que forman el suelo de la pelvis, con corrección del ángulo que forman la uretra y la vejiga, la inyección de sustancias a través de la uretra, colocación del material suspensorio o de un esfínter urinario artificial. Estas intervenciones pueden hacerse por vía vaginal y abdominal de forma independiente o combinada. El abordaje abdominal puede efectuarse mediante laparoscopia o laparotomía”. Por ese motivo consta en el siguiente párrafo que “en mi caso se realizará preferentemente por vía (espacio en blanco) y la técnica programada es (espacio en blanco)”; estos espacios vacíos destinados a precisar la vía de abordaje y la técnica quirúrgica sin que el facultativo responsable haya hecho las indicaciones necesarias constituyen una circunstancia que por sí sola ya supone una práctica deficiente a la hora de proporcionar información a la paciente, a la que por cierto cabría añadir que en el documento tampoco se ha marcado la casilla de “consiento”. El artículo 4.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, dispone que “Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma”, lo que obviamente incluye la concreta técnica quirúrgica y vía de abordaje que se va a emplear; información que opera como presupuesto previo y necesario para que el paciente pueda otorgar un consentimiento informado. Así, el artículo 8.1 del mismo texto legal establece que “Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la

información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”.

En segundo lugar, como ya mencionamos, el consentimiento informado contempla entre los riesgos “infrecuentes o excepcionales” el “hematoma en la zona de la herida quirúrgica” y las “flebitis y tromboflebitis”. En añadido, prácticamente a pie de firma, también refiere que “no se puede descartar *a priori* que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello”.

Aun cuando pueda inferirse de la lectura conjunta del documento que podrían producirse riesgos graves de carácter vascular de forma infrecuente o excepcional, lo cierto es que no se menciona con claridad que pueda ocasionarse un daño en los vasos obturadores, ni siquiera consta la hemorragia grave que podría derivarse de ello.

Al respecto, la propuesta de resolución razona que “la lesión de los vasos obturadores está recogida, descrita y publicada en la literatura médica como riesgo de la misma, cuya materialización no puede correlacionarse con la existencia de mala praxis médica, sino como un riesgo específico de carácter imprevisible, inevitable e inherente a la vía quirúrgica de abordaje”. Precisamente esta certeza científica obliga a que el servicio de salud actualice y complete el documento de consentimiento informado para ofrecer, de forma inteligible, una adecuada información sobre los riesgos y complicaciones.

En definitiva, no cabe mantener que la paciente, con base en el consentimiento informado, pudiese haber sido plenamente consciente del riesgo -infrecuente, pero factible- de un episodio como el referido.

En estas condiciones, estimamos que el déficit informativo que tal omisión comporta conlleva la antijuridicidad del daño moral derivado del desconocimiento, perjuicio resarcible cuando se materializa el riesgo descrito, por lo que la reclamación formulada debe prosperar en este punto.

SÉPTIMA.- Fijados los hechos y establecida la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño producido, así como el carácter

antijurídico de este, procede valorar la cuantía de la indemnización solicitada sobre la base de los daños y perjuicios efectivamente acreditados.

A tales efectos la reclamante, aplicando el baremo vigente para las víctimas de accidentes de circulación, valora los daños y perjuicios sufridos en 175.000 €.

Dado el sentido desestimatorio de la propuesta de resolución, la Administración no ha practicado ningún acto de instrucción tendente a la comprobación de los daños alegados, y tampoco ha analizado la valoración efectuada por la interesada.

Este Consejo, aplicando a estos efectos el criterio seguido por el Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias en la Sentencia de 17 de noviembre de 2020 -ECLI:ES:TSJAS:2020:2937- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), y más recientemente en las Sentencias de 22 de julio de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:2590- y 22 de julio de 2022 -ECLI:ES:TSJAS:2022:2420-, para supuestos en los que el consentimiento informado omite o refleja con inexactitud riesgos identificados por la literatura médica en los que el daño indemnizable, de naturaleza estrictamente moral, no es consecuencia de una defectuosa práctica médica sino de un déficit informativo, consideramos apropiado acudir a un prudente arbitrio para fijar la compensación procedente (por todos, Dictámenes Núm. 240/2022 y 113/2023).

En atención a las circunstancias del caso, en el que en el consentimiento informado quedó documentado, aunque tuviera alguna carencia o inconcreción, que los riesgos no comunicados con la suficiente claridad eran muy improbables (3,8 %), pero al tiempo ponderando la edad de la paciente (46 años), la gravedad del daño padecido que llegó a comprometer su vida y obligó a realizar sucesivas intervenciones quirúrgicas y las secuelas residuales que presenta, se estima adecuado reconocer a la reclamante una indemnización de cinco mil euros (5.000 €); todo ello considerando la escasa probabilidad de que la enferma hubiera rechazado la intervención de haber conocido con mayor exactitud el riesgo improbable y excepcional de un daño en los vasos obturadores, puesto que sí era consciente, por figurar en el consentimiento informado, de otros de la misma entidad y gravedad.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en la cantidad de cinco mil euros (5.000 €).”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,