

Dictamen Núm. 233/2025

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 4 de diciembre de 2025, 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 20 de octubre de 2025 -registrada de entrada el día 23 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su madre que atribuyen a una intervención quirúrgica de revascularización.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 10 de febrero de 2025, los interesados presentan en el registro del Ayuntamiento de Gijón una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Salud del Principado de Asturias- por los daños derivados del fallecimiento de su familiar, que atribuyen a la asistencia recibida en el Hospital

Exponen que su madre se encontraba a seguimiento por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular de la Fundación Hospital por “isquemia

crónica grado II en miembros inferiores” y “cardiopatía”. Refieren que en noviembre de 2023 se constata “un empeoramiento clínico en la isquemia” por lo que la derivan al Hospital para valoración, en donde el 24 de enero de 2024 le diagnostican “isquemia crónica GIII en miembros inferiores y más marcada en el miembro inferior derecho” por lo que se decide ingreso “a fin de que se le practicara una revascularización preferente en la pierna derecha”. Continúan su relato indicando que se le realizó una “intervención programada el 14 de febrero de 2024 por el procedimiento null-CERAB + TEA (...) con anestesia general”, precisando a las pocas horas una “nueva intervención con carácter urgente descrito como null-hemostasia y sutura con colación de Vivano, con anestesia general por *shock* hemorrágico secundaria a desgarró aórtico e isquemia de colon izquierdo”. Indican que la paciente fallece el día 16 de febrero “por el avance de la isquemia intestinal que de forma irreversible provocó un fallo multi orgánico”.

En primer lugar, invocan la teoría del daño desproporcionado ya que, si las intervenciones a las que se sometió eran “supuestamente carentes de riesgo, la paciente falleciera a las pocas horas, si no fuera que durante la operación se produjo un fatal desgarró aórtico, resultado de una mala praxis médica y que conllevó la recuperación a fin de parar el sangrado y la isquemia (...) que si le ocasionó con la operación previa y que derivó en el fallecimiento”.

Por otra parte, denuncian la ausencia total y absoluta de información previa a la paciente y a la familia para la realización de las dos intervenciones que se le realizaron. Y afirman que “de haber sabido que el resultado final pudiera ser el fallecimiento, en ningún caso se hubiera procedido a dar consentimiento alguno para ello”. En este sentido invocan la infracción del artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos y de los artículos 4 y 8 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.

Cuantifican el daño sufrido en ciento noventa y cinco mil euros (195.000 €), más los intereses legales “desde esta reclamación”, de los cuales 45.000 €

corresponderían, respectivamente, a cada uno de los hijos, por el daño moral derivado del fallecimiento de su madre; y 20.000 € adicionales para cada uno de ellos en concepto de daño moral por la ausencia de consentimiento informado.

Por medio de otrosí, solicitan que se admita como prueba la documental que acompaña a la reclamación y que se incorpore al expediente el “expediente médico íntegro” de la paciente.

Adjuntan copia, de entre otros documentos, del documento nacional de identidad de los solicitantes y del Libro de Familia, el certificado de defunción de la perjudicada, así como diversa documentación médica relativa al proceso de referencia y literatura científica sobre la isquemia de los miembros inferiores.

2. Mediante oficio de 18 de febrero de 2025, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, el nombramiento de instructor y su régimen de recusación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el 11 de marzo de 2025 la Gerente del Área Sanitaria V le remite un CD que contiene los informes médicos obrantes en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular de la Fundación Hospital, así como una copia de la historia clínica de la paciente existente en el Hospital y el informe librado por el Jefe de Sección de Angiología y Cirugía Vascular de este hospital. El autor de este informe señala que “la paciente recibió la información oportuna y lo certificó con la firma de los documentos de consentimiento informado, tanto para la intervención quirúrgica como para la anestesia general”. Añade que el consentimiento informado que se sometió al conocimiento de la paciente es el “documento oficial del Capítulo de Cirugía Endovascular de la Sociedad Española de Cirugía Vascular”, en el que se recogen como riesgos la “lesión en arteria o incluso la rotura de la misma” y

se advierte que las complicaciones “pueden requerir en ocasiones de nuevas intervenciones quirúrgicas, habitualmente con carácter de urgencia”. Por otra parte, comenta que “la información a las personas autorizadas por los pacientes puede ser ofrecida telefónica o presencialmente”.

4. Mediante oficio de 21 de abril de 2025, el Instructor del procedimiento acuerda “aceptar la incorporación de la historia clínica de la fallecida existente en el Hospital y denegar la incorporación de la historia clínica existente en la Fundación por considerar que lo que está valorando es la praxis médica efectuada en el Hospital”.

Consta que el 21 de abril de 2025 se da traslado de este acuerdo a los reclamantes.

5. A continuación, obra incorporado al expediente el informe pericial librado el día 14 de junio de 2025 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por un especialista en Angiología y Cirugía Vascular. En él formula una serie de consideraciones médicas sobre la isquemia crónica de los miembros inferiores y el tratamiento revascularizador, para a continuación analizar detalladamente el caso de esta paciente. Concluye que “se aprecia una complicación grave, un sangrado por desgarró de la aorta durante un procedimiento de revascularización intra-abdominal”. Y asevera que “se trata de un riesgo médicamente explicable y conocido en la literatura científica como el que nos enfrentamos con cierta frecuencia, sobre todo en pacientes pluripatológicos con mala situación previa. Dicho riesgo (que está descrito de forma explícita en el documento de consentimiento informado firmado por la paciente), finalmente se materializó y provocó su fallecimiento”.

6. Mediante oficio notificado a los interesados el 6 de agosto de 2025 el Instructor del procedimiento les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El día 18 de agosto de 2025, presentan un escrito de alegaciones en el que insisten en que nunca se les indicó “que la obstrucción que presentaba se pudiera calificar como compleja” y consideran que “hubiera sido mejor la amputación de parte o algún miembro inferior (circunstancia que en ningún momento llegó a plantearse) que la pérdida de la vida en sí misma”. Además, niegan que durante el ingreso la isquemia evolucionase a un grado IV ni que existieran lesiones de gangrena. Sostienen que “el motivo de sangrado masivo (...) se debió al desgarró de la aorta por el metal de uno de los stents, circunstancia que solo puede deberse a la impericia o negligencia del equipo médico encargado de realizar la operación, puesto que esos desgarró suelen ocasionarse por una deficiente colocación del stent, por una torsión del mismo o una deficiente angulación en el momento de su colocación”.

Por otra parte, respecto al consentimiento informado niegan que las firmas que figuran en el mismo hayan sido realizadas por la paciente “porque no se corresponden con su grafía habitual”, por lo que afirman que existe una “total inexistencia de consentimiento informado” para la realización de las cirugías. Y en cualquier caso consideran que la información que figuran en dichos documentos “sería insuficiente en cuanto a contenido y especificidad”.

Adjuntan diversos documentos rubricados por la finada con el fin de evidenciar las diferencias entre la firma que figura en estos y la que aparece en los consentimientos informados que obran en la historia clínica.

7. Con fecha 8 de octubre de 2025, el Instructor del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Con base en lo razonado por los especialistas que han analizando el caso, considera que “el *shock* hemorrágico provocado por la rotura de la aorta que ocasionó el fallecimiento de la paciente, constituyó la materialización del riesgo típico descrito en el documento de consentimiento informado que la paciente conocía y asumió al suscribir el documento”. En respuesta al escrito de alegaciones de la parte respecto a que una amputación hubiese supuesto un menor riesgo, explica que “es una afirmación que realizan *ex post*, visto el resultado y que carece de un

absoluto sustento científico, ya que las complicaciones generales son muchas y muy importantes (...) que pueden llegar a resultar fatales y que son más frecuentes si existen enfermedades previas, como era el caso. Todo lo anterior sin considerar con resultados radicalmente diferentes que se consiguen con los procedimientos (conservación *vs.* pérdida del miembro)".

Añade que "no existe ninguna contradicción entre el riesgo de fallecimiento por *shock* hipovolémico debido a rotura de la aorta de entre el 0,7 y 1,9 % que refiere el Jefe del Servicio (...) y la tasa de mortalidad general del procedimiento que es el 6 % y en que están incluidas otro tipo de complicaciones".

Finalmente, respecto a la presunta falsedad de las firmas de los documentos de consentimiento informado indica que "no es objeto de este procedimiento administrativo".

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 20 de octubre de 2025, 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), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica -en tanto que hijos de la fallecida- se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

Ahora bien, además del daño propio generado por el óbito de su familiar, los interesados también accionan por un daño ocasionado a la fallecida, denunciando una falta de consentimiento informado para las cirugías a las que se sometió y para la anestesia general. Aunque la Administración no se cuestiona la legitimación para la reclamación de este daño por los herederos, procede detenernos en esta cuestión para deslindar nuestra doctrina al respecto.

En línea de principio, como daño personalísimo, “el daño moral que se anudaría a la insuficiencia de la información suministrada al paciente y la antijuridicidad de las lesiones producidas cuando falta el consentimiento informado originan un derecho que solo este puede invocar” (por todos, Dictamen Núm. 159/2013).

Ahora bien, la aplicación de esta doctrina se ha visto matizada por diversos pronunciamientos judiciales y posiciones doctrinales -no exentos de controversia- sobre la legitimación activa de los herederos para reclamar los daños personalísimos del causante -aquellos que afectan a su integridad personal y moral-. Singularmente se citan las Sentencias del Tribunal Supremo de 13 de septiembre de 2012 -ECLI:ES:TS:2012:7648- (Sala de lo Civil), que ampara la transmisibilidad cuando el “alcance real del daño sufrido por la víctima estaba ya perfectamente determinado a través de un informe del médico forense”, y de 15 de marzo de 2021 -ECLI:ES:TS:2021:807-, que reconoce la transmisibilidad mortis causa del derecho al resarcimiento por el daño corporal “pericialmente determinado”.

Al respecto, debemos remitirnos a los Dictámenes Núm. 262/2023 y 269/2023, que recogen *in extenso* la posición de este Consejo, y a la Memoria correspondiente al año 2023, que sintetiza nuestra doctrina y los criterios a tener en cuenta, con carácter general, en la transmisión *mortis causa* del crédito por daños, tanto personales como patrimoniales. En síntesis, son los siguientes: “(i) La determinación del alcance del daño (‘pericialmente determinado’) se exige también por los tribunales del orden civil, en cualquier caso, como presupuesto previo para entender transmitido el derecho a reclamar los daños de carácter personalísimo. (ii) El derecho a reclamar será transmisible cuando el daño afecte a un bien o derecho patrimonial. (iii) Tratándose de daños personales, su resarcimiento no ha de desligarse de esa naturaleza, pero debe ponderarse si el perjuicio tiene una inmediata traducción o repercusión patrimonial y si el fallecido tuvo un margen de libre decisión. (iv) Debe reputarse transmitido a los herederos todo daño del que derive un menoscabo patrimonial cierto, lo que incluye el cuantificado por la norma o el ‘pericialmente determinado’ en la medida en que se traduce en una minoración de la masa hereditaria, quedando aquí comprendidos los gastos a los que el fallecido tuviere que haber hecho frente a raíz del siniestro. (v) No se estima transmisible en otro caso cuando el daño recae sobre la integridad física o moral del fallecido, salvo que, atendidas las circunstancias concretas del supuesto, la persona afectada no se hubiere hallado en condiciones para discernir y ejercitar su derecho o que mediare alguna manifestación de voluntad de la que pueda deducirse su voluntad de reclamar. (vi) Merece singularizarse el supuesto de quien aguarda a la consolidación de las secuelas y se ve sorprendido por la muerte por causa distinta. De sobrevenir el fallecimiento a resultas del mismo hecho lesivo, la compensación que corresponde a los familiares se reconduce a la pauta para daños propios (sin perjuicio de que puedan acumularse dos pretensiones si el fallecido reclamó en vida), pero si fallece por causas ajenas al siniestro indemnizable cuando sus secuelas le eran aún desconocidas podría plantearse que no opera la

presunción de que los actos que objetivamente pudieran constituir lesiones no merecieron esa consideración personal para el perjudicado”.

En suma, son dos los supuestos que amparan la legitimación de los herederos para accionar por daños personales sufridos por su causante: uno de raíz objetiva, anudado al alcance del daño -cuando este se traduce en un detrimento patrimonial y no en la mera ausencia de un ingreso adicional-, y otro de índole subjetiva, que concurre cuando el fallecido se encontró postrado, impedido o privado de su plenitud de condiciones para discernir y ejercitar su derecho a reclamar.

El primero puede estimarse avalado por la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2024 -ECLI:ES:TS:2024:1792- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª) que resuelve la cuestión de interés casacional sobre “si el derecho que ostenta la persona afectada por una situación de dependencia antes de la aprobación del Programa Individual de Atención (...) es transmisible a sus herederos en el momento de su fallecimiento a los efectos de percibir los servicios y prestaciones correspondientes a la dependencia como consecuencia de la dilación de la Administración al tramitar el expediente”. Tomando en consideración que las prestaciones concretas se determinan en el Programa Individual de Atención pero la afectada tenía derecho a ellas desde el reconocimiento de su situación de dependencia, considera el Alto Tribunal que esas prestaciones son “personalísimas” pero los herederos tienen interés en que se apruebe el Programa Individual de Atención, no obstante el fallecimiento, en la medida en que ese Programa está llamado a determinar “el alcance del daño causado” al haberse consumido recursos económicos en atenciones (coste de residencia) acaso cubiertas por el servicio público.

El segundo, sea cual fuere el alcance del daño, viene sustentándose por este Consejo (entre otros, Dictamen Núm. 175/2023, en el que reseñábamos que, no habiendo ejercitado la acción el finado, para reconocer legitimación a sus herederos “debe atenderse a las circunstancias concurrentes, en particular, al estado de salud del causante y a si las condiciones en las que se encontraba

le permitían la presentación de la reclamación”) en atención a numerosos pronunciamientos judiciales. Así, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 15 de enero de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:2- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª) insiste en que “para poder ejercer tal acción a título de heredero es preciso que la masa hereditaria se integre, bien del derecho conquistado a indemnización, bien del derecho litigioso (mediante subrogación), o bien del derecho a obtener una respuesta indemnizatoria, que requiere haber ejercido el interesado tal reclamación en vida. No existe un derecho genérico a reclamar que pueda actualizarse o ejercerse *ex novo* por los herederos, salvo en los casos en que se acredite la imposibilidad del titular de ejercer o formular tal reclamación por no disponer de plazo para ello al fallecer o quedar incapacitado en su voluntad tras la consolidación de los daños o perjuicios”. Y concluye que “no estamos ante el caso de un perjudicado (...) que fallece en accidente y no tiene oportunidad u ocasión de ejercer su derecho a reclamar, ni ante quien pierde la vida en quirófano o centro sanitario sin ocasión de reclamar, sino ante quien supuestamente sufrió unos perjuicios de calidad de vida y daños morales, y con posterioridad fallece por causas ajenas a la actuación sanitaria, por lo que obviamente no transfiere derecho a indemnización alguno por aquellos supuestos daños morales y de calidad de vida, sin integrarse como derecho hereditario alguno preexistente del art. 659” del Código Civil. También sigue este criterio la Sentencia del mismo Tribunal de 5 de febrero de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:237- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), que aborda un caso en el que no concurre un fallecimiento inmediato, pero sí acontece que el causante deviene en una situación palmaria de invalidez, con una enfermedad terminal de la que no se repone y que “justifica, sobradamente, la imposibilidad de adoptar decisiones en orden al ejercicio de una acción de responsabilidad. Por ello, en este preciso caso, dadas las excepcionales circunstancias concurrentes, la sala no se plantea la duda, trasladada a las partes, sobre la concurrencia de legitimación activa”.

En lo que atañe específicamente a la lesión del derecho del paciente a la autodeterminación informada, cabe mencionar que el Tribunal Superior de Justicia de Madrid (por todas, Sentencias de 26 de febrero de 2024 -ECLI:ES:TSJM:2024:2271- y 18 de marzo de 2024 -ECLI:ES:TSJM:2024:3147-, ambas de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 10.ª) y el Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha (entre otras, Sentencia de 30 de junio de 2022 -ECLI:ES:TSJCLM:2022:2066-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª) abogan por reconocer la transmisibilidad del derecho cuando el daño irrogado -aun no ocasionando una merma patrimonial- deriva de la infracción del derecho de autodeterminación del paciente, que fallece al concretarse un riesgo del que no había sido adecuadamente informado. En este contexto, aunque se trate de un daño personal del finado, la regla general se invierte pues, de ordinario, el corto tiempo transcurrido entre la intervención o técnica no consentida y el deceso no permite al fallecido cobrar conciencia del perjuicio y adoptar una decisión.

Merece puntualizarse que, en relación a la compatibilidad de reclamar *ex iure proprio*, por la muerte, y *ex iure hereditatis*, por el daño corporal sufrido por el causante en vida, el Tribunal Supremo ha declarado que “el daño corporal sufrido por el causante antes del fallecimiento, pericialmente determinado, puede ser reclamado por los herederos y es compatible con el daño experimentado por estos como perjudicados por su fallecimiento” (Sentencia de 15 de marzo de 2021 -ECLI:ES:TS:2021:807-, Sala de lo Civil). Tal como advertimos en el Dictamen Núm. 262/2023, “no parece que subsista controversia acerca de la compatibilidad de la acción como herederos y la acción por daños propios de los familiares, ya que tal compatibilidad -que se admite cuando el causante accionó en vida, sin que merezca en otro caso una solución distinta- viene siendo abordada a través del ajuste de la indemnización correspondiente como herederos del fallecido (reduciendo las cuantías que arroja el baremo en la medida en que responden a una expectativa de vida ya frustrada)”.

En el presente caso, los interesados imputan el fallecimiento a la intervención realizada el 14 de enero de 2024 -tratamiento endovascular-, alegando que la finada no había prestado su consentimiento para esta cirugía ni para la anestesia. Lo relevante aquí es, por tanto, la inmediatez del daño reclamado respecto al óbito, teniendo en cuenta el escaso lapso temporal transcurrido entre la cirugía realizada con anestesia general y el fatal desenlace -apenas dos días-. Es por tanto el carácter súbito del fallecimiento lo que frustra la posibilidad de cualquier reclamación y lo que otorga singularidad a este concreto supuesto, y a su vez permite reconocer a sus herederos legitimación para reclamar *ex novo* el daño irrogado a aquella por una presunta quiebra del derecho a la información del paciente, sin descender en este momento a la relación de causalidad de aquel daño con el servicio sanitario, extremo que atañe al fondo de la pretensión resarcitoria.

Ahora bien, reparamos en que los reclamantes no han acreditado su condición de herederos de la finada, ya que no consta que le sucedan a título universal, ya sea por testamento o abintestato.

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 procedimiento ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 10 de febrero de 2025 y, habiendo tenido lugar el fallecimiento de la perjudicada el día 16 de febrero de 2024, cabe concluir que 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 ha 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 “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 aquellos, 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 los interesados reclaman ser indemnizados por el fallecimiento de su familiar que imputan a la mala praxis de una cirugía de tratamiento endovascular así como a un déficit de información.

Acreditada la realidad del óbito y los vínculos familiares entre quienes ejercitan la acción y la persona fallecida, cabe presumir la existencia del daño cuya indemnización se pretende.

Ahora bien, como venimos reiterando, 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, automáticamente,

la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico.

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 directamente 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 la reclamante -cuya efectividad ha sido acreditada- 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 (entre otros, 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, en esencia, 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; exigencia legal y jurisprudencial que recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 22 de diciembre de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:3949- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª).

En el caso analizado, consta en la historia clínica de la paciente que el 24 de enero de 2024 ingresa por dolor en ambas piernas, molestias nocturnas y parestesias asociadas. Se presenta el caso en sesión clínica y se propone como tratamiento realizar una endarterectomía femoral bilateral con tratamiento endovascular del sector aorto-iliaco mediante técnica CERAB (reconstrucción endovascular cubierta de la bifurcación aortica). Durante el ingreso presenta anemia e infección urinaria, por lo que se pospone dicha intervención, que finalmente se realiza el 14 de febrero de 2024. En el postoperatorio inmediato la paciente empeora y se decide revisión emergente en el quirófano, objetivándose un desgarró de la aorta. El 15 de febrero se reinterviene de urgencia y se objetiva una isquemia de colon, realizándose una hemicolectomía y una angioplastia de los stents aórticos e ilíacos. Al día siguiente sufre una parada cardíaca que no responde a maniobras de resucitación, falleciendo a las 13:42 horas.

Una vez expuesta la evolución de la paciente durante el ingreso hospitalario, la primera cuestión que debemos analizar es la relativa a si la cirugía estaba indicada en este caso. Los reclamantes alegan que la calidad de vida que tenía su madre antes de la intervención era “aceptable” y que “los dolores eran paliados con la ingesta de analgésicos, no existiendo en ese momento compromiso de gangrena ni amputación de las extremidades inferiores”. Afirman que “la isquemia de la fallecida no se encontraba en grado IV ni era una isquemia crítica o de alto riesgo (...), por lo que no era necesario proceder a una operación que pudiera entrañar riesgo vital, y en último caso, pudiera haber sido necesario amputar una o las dos piernas”.

Pues bien, en la historia clínica de la paciente se constata que en enero de 2023 presenta una isquemia crónica grado II en miembros inferiores, que empeora hasta un grado III en enero de 2024. Pero como explica el Jefe del Servicio implicado, a lo largo del ingreso -recordemos que la paciente permaneció ingresada durante 22 días hasta la intervención el 14 de febrero de 2024- “el pie derecho no evoluciona de forma favorable (...) lo que se traduce en una progresión del grado de isquemia, que pasa a partir de este momento a una categoría Rutherford 5 (estadio IV de Fontaine)”. En efecto, en el informe quirúrgico que aporta la propia reclamante se recoge como diagnóstico preoperatorio “isquemia crónica MMII grado IV” (folio 59 del expediente).

El especialista en Angiología y Cirugía Vascular que informa por cuenta de la aseguradora explica que “los grados III y IV se consideran situaciones de isquemia crítica y está indicado realizar procedimientos de revascularización para la salvación de la extremidad”. Añade que “durante el ingreso, la isquemia avanza a un grado IV (lesiones de gangrena)”, constatándose la existencia de una “pequeña lesión necrótica periungueal del tercer dedo del pie derecho concretamente el día 05-02-2024”, lo que “significa la absoluta necesidad de una intervención de revascularización para salvar las extremidades la paciente”. Y defiende que “las actuaciones médicas diagnósticas y las decisiones terapéuticas durante el ingreso hospitalario son correctas en tiempo y forma y se ajusta a normopraxis”.

En conclusión, la evolución clínica documentada -desde una isquemia crónica grado II hasta alcanzar un grado III y, finalmente, un grado IV con pequeñas lesiones necróticas- evidencia que la paciente se encontraba en una situación de isquemia crítica, en la que la revascularización constituye la única opción terapéutica válida para intentar la salvación de la extremidad. La progresión objetiva del cuadro, corroborada tanto por la historia clínica como por los informes especializados, justifica plenamente la indicación quirúrgica adoptada, ponderando “los resultados radicalmente diferentes” -como se indica en la propuesta de resolución- que se consiguen con el tratamiento endovascular frente a la amputación del miembro que sugieren los reclamantes

como mejor opción terapéutica durante el trámite de audiencia. En este contexto, la decisión de intervenir se ajustó a la buena práctica médica y respondió de manera adecuada y proporcionada a la gravedad del estado isquémico que presentaba la paciente.

En segundo lugar, por lo que respecta a la suficiencia de la información suministrada a la paciente, procede despejar si prestó su consentimiento para la realización de las distintas intervenciones que se le practicaron. Y ello por cuanto que el escrito de reclamación inicial la familia de la finada manifiesta que “ni a la paciente ni a ningún miembro de su familia se le había informado previamente ni de la operación que se le iba a realizar (...) ni en la primera ni en la segunda ocasión”. Alegan que no existe “consentimiento informado previo por escrito para las dos intervenciones, así como para las dos anestесias generales”, lo que supone una infracción de la normativa en esta materia.

Pues bien, revisada la documentación remitida comprobamos que obran en la historia clínica (documento “historia digitalizada” del CD) los documentos de consentimiento informado para anestesia general y para anestesia loco-regional, ambos firmados el 29 de enero de 2024 por la paciente y por el médico informante. Asimismo, figura el consentimiento informado para la realización de tratamiento endovascular del sector aórtico-iliaco oclusivo, firmado por el médico y por la paciente el 5 de febrero de 2023 (en el informe del Jefe de Servicio se explica que existe un error en la fecha, siendo la correcta 5 de febrero de 2024). Al respecto, el Jefe de Sección de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital defiende que “la paciente recibió toda la información necesaria antes de someterse a la intervención y lo certificó con la firma de los documentos de consentimiento informado, tanto para la intervención quirúrgica como para la anestesia general”. Añade que el consentimiento informado que se puso a disposición de la paciente es el “documento oficial del Capítulo de Cirugía Endovascular de la Sociedad Española de Cirugía Vascular”, en el que se recogen como riesgos la “lesión en arteria o incluso la rotura de la misma” y se advierte que las complicaciones “pueden requerir en ocasiones de nuevas intervenciones quirúrgicas, habitualmente con carácter de urgencia”. Por otra

parte, comenta que “la información a las personas autorizadas por los pacientes puede ser ofrecida telefónica o presencialmente”.

Por tanto, la perjudicada recibió toda la información necesaria antes de someterse a la intervención, ya que en el referido documento se explica de forma detallada en qué consiste la intervención y para qué sirve (“si la enfermedad evoluciona y deja de llegar sangre por completo se termina produciendo una gangrena”), el procedimiento quirúrgico (“esta intervención normalmente consiste en ‘dilatarse’ la arteria desde dentro y en ocasiones colocar un dispositivo para que no vuelva a cerrarse” -*stent*-) y su duración (de 120 a 180 minutos aproximadamente, pudiendo precisar vigilancia en la unidad de cuidados intensivos). Además, contrariamente a lo que señala la familia, dicho consentimiento sí recoge en el apartado 4 los beneficios que se persiguen con la cirugía, señalando que el objetivo de la misma es “evitar que las extremidades inferiores queden desprovistas de sangre y sufra una isquemia que le impida realizar sus funciones”. Y en el apartado 5 se indica que, “tras valorar riesgos y beneficios”, el tratamiento endovascular es “la técnica más adecuada para tratar su problema”. El apartado 7 alerta sobre los “efectos de la no realización” de la cirugía, dejando que la enfermedad evolucione, lo que “es un problema muy grave, que necesita una operación, y que cuando se recurre a ella es demasiado tarde”.

Debe significarse igualmente que si bien la familia manifiesta que desconocían el “riesgo mortal” que conllevaba la cirugía y aseguran que, “de haberlo sabido la paciente no se hubiera sometido a la misma”; lo cierto es que en el consentimiento informado se advierte expresamente que “en esta intervención la tasa general de mortalidad es del 6 %”. A continuación, se exponen de forma detallada los riesgos de la intervención, entre los que se incluye como complicaciones locales “hemorragias”, “lesión en la arteria o incluso que se rompa”, por lo que se produciría “un hematoma o hemorragia”. También se recogen riesgos derivados de la colocación del dispositivo (*stent*) como “la lesión de la arteria durante la manipulación con una hemorragia o un hematoma en el abdomen”, lo que puede necesitar “una operación,

habitualmente de urgencia”; “fugas roturas, desgarros o migraciones del dispositivo” o “hemorragias mínimas o masivas que pueden ser graves”, advirtiendo que estas complicaciones “pueden ser importantes e incluso necesitar de una operación posterior, muchas veces de urgencia”. Por último, se contempla la posibilidad de precisar “transfusiones de sangre y/o hemoderivados” en casos de sangrado masivo.

En lo concerniente a la posible falsificación o manipulación de la firma que alegan los interesados durante el trámite de audiencia, ya hemos señalado en supuestos similares (entre otros, Dictámenes Núm. 71/2015 y 173/2017 y 131/2025) que no procede que este Consejo realice valoración alguna al respecto, puesto que en el fondo lo que plantean los reclamantes es, palmariamente, una cuestión de índole penal -la posible existencia de una falsificación en un documento unido al expediente administrativo-, y como tal debe ventilarse ante la jurisdicción competente. Esto advertido, se observa que los reclamantes ni siquiera interesan la práctica de una prueba pericial cuando, tal como recogimos en los dictámenes antecitados, a falta de “prueba pericial alguna”, las “meras manifestaciones de los reclamantes resultan insuficientes para obligar al Instructor a llevar a cabo una actividad extraordinaria de prueba al respecto”. Extremo que se asevera por el Tribunal Superior de Justicia de Asturias en su Sentencia de 18 de marzo de 2019 -ECLI:ES:TSJAS:2019:774- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), y, asimismo, en Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, sede de Las Palmas, de 29 de noviembre de 2021 -ECLI:ES:TSJICAN:2021:3652- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª).

Por último, sobre la ausencia de los documentos de consentimiento informado para las intervenciones realizadas los días 15 y 16 de febrero de 2024, cabe señalar que se trata de actuaciones que se llevaron a cabo de forma urgente ante la existencia de compromiso vital para la paciente, y que encuentran su amparo legal en lo establecido en el artículo 9 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,

a tenor del cual “Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento”, entre otros casos, “Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él” -apartado 2.b)-.

Sentado lo anterior, y a salvo de lo que el resultado de un hipotético ejercicio de acciones penales pueda deparar, estimamos que la perjudicada suscribió unos documentos de consentimiento informado válidos y eficaces, y que la información recibida fue completa, clara y ajustada al tipo de intervención, por lo que era conocedora de los posibles riesgos y, aun así, decidió libre y voluntariamente someterse a esta cirugía.

Ahora bien, como hemos señalado en ocasiones anteriores (por todos, Dictamen Núm. 287/2020), la consignación de un riesgo típico en el consentimiento informado que se somete al conocimiento del paciente no excluye, por sí mismo, la antijuridicidad del daño, toda vez que es preciso analizar si la materialización de esa complicación es consecuencia de una mala praxis del personal sanitario o es ajena al funcionamiento del servicio.

Los reclamantes sostienen que el fallecimiento se produjo “a resultas de la actuación médica irregular como fue el desgarró aórtico a consecuencia de la intervención”, pero no aportan ningún informe que ponga de manifiesto una mala praxis durante la cirugía ni tampoco han recabado la opinión médica de un especialista que pueda avalar esta tesis.

Frente a ello, el Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular informa que “la técnica CERAB ofrece (...) ciertas ventajas respecto a la cirugía abierta, entre ellas una menor morbilidad”, aunque “no está exenta de riesgos, especialmente en aquellos casos de obstrucciones arteriales complejas, que incluyan la oclusión a nivel aórtico como era el caso de la paciente”. Y destaca que “tanto en el caso de la técnica CERAB como con la colocación de *stents* recubiertos a nivel aortoiliaco, no se previene al 100 % los posibles sangrados derivados de perforaciones o roturas arteriales”. Explica que “esto se debe a

que el sellado que se produce en estos casos de patología isquémica a nivel aortoiliaco no se realiza de forma estanca, como sí ocurre con la patología aneurismática y por tanto este tipo de complicaciones pueden producirse". Apunta que "publicaciones recientes comunican mortalidades que oscilan desde el 1,3 % (...) hasta el 18,8 %". Y respecto al procedimiento de tromboendarterectomía, "están descritos en la literatura tasas de mortalidad del 1,3 % como así figura en el metaanálisis que se adjunta". El especialista que informa por cuenta de la compañía aseguradora de la Administración explica que el sangrado por desgarró de la aorta durante un procedimiento de revascularización intra-abdominal es "un riesgo médicamente explicable y conocido en la literatura científica como el que nos enfrentamos con cierta frecuencia, sobre todo en pacientes pluripatológicos con mala situación previa. Dicho riesgo (que está descrito de forma explícita en el documento de consentimiento informado firmado por la paciente), finalmente se materializó y provocó su fallecimiento".

Frente a las respuesta técnicas y detalladas sobre la asistencia prestada que ofrecen tanto el Jefe del Servicio implicado como el especialista en la materia que informa por cuenta de la compañía aseguradora de la Administración, los reclamantes se limitan a presentar en el trámite de audiencia un escrito de alegaciones en el que redundan en las manifestaciones contenidas en su escrito inicial, por lo que no rebaten las conclusiones de los facultativos informantes. No existe por tanto ninguna prueba que sugiera una actuación médica negligente que provocara el desgarró aórtico ni que el mismo resulte imputable a deficiencias en la colocación del dispositivo o a la pericia del cirujano, sino que se trata de una complicación grave e inherente a este tipo de intervenciones que viene descrita en la literatura médica y que se puede materializar con independencia de que la técnica empleada y la ejecución de la operación fuesen correctas. Lo anterior impide que podamos calificar como desproporcionado el daño -como pretenden los interesados, toda vez que "no puede existir daño desproporcionado, por más que en la práctica lo parezca, cuando hay una causa que explica el resultado, al no poder atribuirse a los

médicos cualquier consecuencia, por nociva que sea, que caiga fuera de su campo de actuación” (Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de diciembre de 2011 -ECLI:ES:TS:2011:8835-, Sala de lo Civil, Sección 1.ª). Como hemos señalado en ocasiones anteriores (por todos, Dictamen Núm. 281/2020), la mención del riesgo en el consentimiento informado pone de manifiesto que se trata de un riesgo típico o descrito, e impide considerar que nos encontremos ante un daño desproporcionado.

Sobre la tardanza en detectar y tratar la hemorragia producida durante la primera cirugía, consideran que los síntomas que refería la paciente “deberían de haber alertado a los profesionales médicos para su abordaje inmediato evitando que la paciente acabara desangrándose”. Pero una vez más, no aportan ninguna prueba que sustente sus imputaciones, pese a que según reiterada jurisprudencia, las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica.

En cambio, de la historia clínica se desprende que el manejo postoperatorio fue el adecuado, pues detectada la complicación intraoperatoria (el desgarró aórtico al dilatar los *stents*) se procedió a reintervenir a la paciente con carácter urgente, reparándose la aorta. Sin embargo, la perjudicada evolucionó desfavorablemente y sufrió una isquemia de colon izquierdo, que obligó a una nueva cirugía de urgencia. Pese a los esfuerzos médicos y terapéuticos, presentó un fallo multiorgánico y falleció.

En definitiva, ante las distintas alternativas para revascularizar el sector aorto-iliaco ocluido se optó por el tratamiento endovascular como la mejor opción terapéutica para esta paciente, técnica que tiene una mortalidad reducida, pero no está exenta de riesgos, máxime considerando el estado basal de la paciente, de 69 años y con múltiples comorbilidades, lo que elevaba el riesgo quirúrgico. Recordemos que fue valorada por el Servicio de Anestesiología antes de la cirugía, clasificándola con un riesgo ASA III, es decir, el riesgo intraoperatorio de una paciente con una enfermedad sistémica grave. Los diferentes informes médicos incorporados durante la instrucción del

procedimiento avalan el buen quehacer médico durante el manejo intraoperatorio, pese a lo cual se materializó una complicación grave -un sangrado por desgarro de la aorta durante la cirugía para tratamiento endovascular- que estaba descrita en la literatura médica y que figuraba en el consentimiento firmado por la paciente, lo que determina la desestimación de la reclamación.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.