

Dictamen Núm. 11/2026

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 22 de enero de 2026, 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 9 de diciembre de 2025 -registrada de entrada el día 17 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los perjuicios derivados de una perforación en el colon, consecuencia de una nefrolitotomía percutánea.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. El día 20 de noviembre de 2024 se registra un escrito privado de apoderamiento para una reclamación de responsabilidad patrimonial “frente a la Consejería de Salud”, seguido de diversa documentación clínica del Hospital y de un informe médico pericial de un especialista en Urología, librado a instancias del interesado.

Entre la documentación presentada, figura un informe clínico de alta del Servicio de Urología, fechado el 14 de noviembre de 2023, que refiere, como

motivo de consulta, "hematuria" y, como antecedentes urológicos, "traumatismo renal izquierdo con hematoma renal en 2001, que se resolvió espontáneamente. Posteriormente múltiples episodios de litiasis renales". Las pruebas complementarias objetivan "litiasis coraliforme izquierda. Se le plantea al paciente cirugía (nefrolitotomía percutánea izquierda) que entiende y desea". Constan los resultados de "uroTC mayo-23" y que "se realiza nefrolitotomía percutánea izquierda el día 09-11-2023 sin incidencias (...). Se retiran sondaje vesical y catéter ureteral externo sin incidencias, cierre de nefrostomía posterior sin dolor, por lo que se retira el 14-11-2023, previo al alta".

Los informes de resultados de las pruebas de imagen contemplan, como diagnóstico, el 19 de noviembre de 2023, "perforación intestinal probablemente localizada en colon descendente a la altura del ángulo esplénico con abundante retro y neumoperitoneo" y, el día 22 de noviembre, "cambios posquirúrgicos secundarios a colectomía izquierda". El informe de alta, fechado el día 28 del mismo mes, hace referencia a la biopsia de un segmento de colon de 20 cm.

Un informe clínico del Servicio de Urgencia hospitalaria, de 4 de febrero de 2024, al que acude por problemas urinarios, refleja que porta una sonda vesical desde el día 2 de febrero, y deja constancia de que el paciente "niega dolor a cualquier nivel (...). Niega clínica a otro nivel", sin hematuria. Consta en la misma fecha, y horas más tarde, un nuevo ingreso con alta a las 23:42 h, en el que se indica que se trata de "varón de 63 años, portador de sonda vesical, que acude al (Servicio de Urgencias Hospitalarias) por obstrucción de dicha sonda. Ha estado en este mismo servicio hoy por la mañana por rebosamiento del sondaje (sonda colocada 02-02-2024). Niega dolor a cualquier nivel, fiebre y vómitos o náuseas. Ahora refiere disuria. Orina de aspecto claro, sin hematuria./ No clínica a otro nivel", realizándose "cambio de sonda por una de un calibre mayor".

En el informe médico, elaborado por un Urólogo a instancias del interesado, se afirma que "resulta incuestionable que es la nefrolitotomía percutánea izquierda posterior practicada al paciente la que causa la

perforación intestinal” y que esa perforación “es consecuencia de una mala praxis”, pues “en la hipótesis de que en el quirófano existieran mesa quirúrgica radiológica, ecógrafo y al paciente se le hubiera colocado en la llamada posición “Valdivia” no se hubiera producido el daño, y de no disponer de medios la intervención “no debería haberse llevado a cabo (...). El modo más efectivo de evitar la mala praxis hubiera sido el de derivar al paciente a uno de los muchos centros de referencia existentes en España”, añadiendo que “perdura en el paciente la litiasis residual persistente de 15 mm en grupo inferior de riñón izquierdo que provoca hematuria casi permanente, que en ningún caso podrá ser evitada (...) mediante la aplicación de la litotricia extracorpórea porque la situación en la que están ubicados los cálculos (cáliz inferior) permite que puedan ser fragmentados pero no expulsados”. Añade que “la anastomosis de colon practicada, con pérdida de 20 cm, es causa de estreñimiento y de dolores abdominales fuertes y muy frecuentes” y que “el paciente no podrá ser alta definitiva hasta que no se le practique una nefrectomía parcial polar inferior para eliminarle el foco litiásico y poner fin así, a la hematuria casi permanente./ El estreñimiento y los dolores abdominales fuertes y frecuentes perdurarán porque la pérdida de 20 centímetros de colon no es susceptible de reparación ni de restitución”.

Refiere que “los métodos de tratamiento han sufrido una importante evolución (...). En algunas regiones españolas, entre las que, afortunadamente, se encontraba Asturias, existía un método alternativo a la cirugía (...): la litotricia extracorpórea por ondas de choque./ Pero pueden presentarse casos en los que o bien no sea recomendable, o se presume que no llegue a ser efectiva, o se considere más aconsejable la cirugía. En tales situaciones -como parece ser el caso (...)- se debe remitir al paciente a un centro especializado, porque la práctica de este tipo de intervenciones requiere un gran entrenamiento de manera que si se carece de él, aumentan las complicaciones como es el caso./ Ciertamente que el paciente fue sometido en el año 2006 a una intervención similar (...) y no hubo incidencia alguna, es más, fue alta a las 48

horas. Pero a buen seguro, si se compara la experiencia y la trayectoria del cirujano que practicó la intervención en el año 2006 con la del cirujano o cirujanos que intervinieron en la que nos ocupa, la diferencia es abismal. Fueron precisamente los buenos resultados obtenidos en el año 2006 los que motivaron que el paciente hubiera aceptado, sin reservas, una nueva intervención similar, confiando en que el resultado sería el mismo./ Actualmente en España existen varios centros de referencia para tratar por cirugía percutánea la litiasis, y lo habitual, incluso en hospitales de prestigio (...) es remitir a los enfermos que precisan este tipo de intervenciones a uno de esos centros de referencia como pueden ser Bilbao, Barcelona o Zaragoza./ A pesar de ello, al paciente se le aplicó esta técnica en el Hospital

Se puntualiza que "no solo se precisan las necesarias cualidades en el cirujano que la practica, la exigencia se proyecta a los medios materiales. Es imprescindible disponer de una mesa quirúrgica radiológica y de un ecógrafo, además de colocar al paciente en una posición adecuada./ Este último aspecto (...) es tan fundamental que solo la posición (...) conocida como de 'Valdivia' (...) da un 0 % de complicaciones. Esta postura, iniciada en 1987, garantiza que la punción renal no perfora ninguna víscera".

2. Mediante oficio notificado al abogado actuante el 17 de diciembre de 2024, el Inspector de Prestaciones Sanitarias le remite un requerimiento para la mejora de su solicitud, advirtiéndole que la documentación presentada, entre la que no figura un escrito de reclamación, no reúne los requisitos exigidos, debiendo firmarse por el interesado o por un apoderado suyo.

El 19 de diciembre de 2024, el interesado comparece en las dependencias de la Consejería de Salud y apodera *apud acta* al letrado actuante.

3. El 19 de diciembre de 2024, el letrado presenta en el Registro Electrónico General la reclamación patrimonial, en la que se hace referencia a

documentación adjunta, que no se aporta, y que coincidiría con la registrada el 20 de noviembre de 2024.

En la reclamación, se aclara que el interesado es un minero jubilado de 64 años que reside en un entorno rural y que “llevaba una vida normal, sana, sin impedimento” y expone los tratamientos e intervenciones mencionados, destacando que, finalmente, “se le practica una anastomosis de colon reseccionando 20 cm de longitud./ Desde ese momento el paciente fue portador de catéter doble J./ El 02-02-2024 se le retira al paciente el catéter doble J causándole graves molestias y dolores intensos, al estar calcificado”.

Añade que, con “el fin de conocer el alcance de las lesiones sufridas por el reclamante, así como la asistencia prestada por el Servicio de Salud, se solicitó informe” a un especialista en Urología, “quien emite informe de fecha 14 de octubre de 2024”, recogido en el antecedente 1, que reproduce, reseñando que “el paciente no podrá ser alta definitiva hasta que no se le practique una nefrectomía parcial polar inferior (...) y que el estreñimiento y los dolores abdominales fuertes y frecuentes perdurarán porque la pérdida de 20 cm de colon no es susceptible de reparación ni de restitución”.

Afirma que “la actuación de la Administración, además de los días de incapacidad, hospitalización y lesiones causadas, produjo un alargamiento del proceso que aún no se ha cerrado, ha producido secuelas funcionales que están pendientes de ser objetivadas definitivamente”. Fija el *quantum* indemnizatorio de manera provisional y sin desglose en cien mil euros (100.000 €).

4. Mediante oficio de 10 de enero de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas, comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, el nombramiento de instructor y su régimen de recusación, las normas con arreglo a las cuales se tramitará el procedimiento, el plazo de resolución y los plazos y efectos del silencio administrativo.

5. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el 6 de febrero de 2025 la Gerencia del Área Sanitaria VIII le remite el informe del Servicio de Urología del Hospital y el 11 de febrero le remite una copia de la historia clínica del paciente.

En dicho informe, el Jefe del Servicio de Urología explica que, a la vista de la litiasis renal, "se le plantea al paciente la realización de una nefrolitotomía percutánea izquierda como primera opción terapéutica. Se le explica al paciente el procedimiento con sus complicaciones posibles y firma el consentimiento informado", indicando que este documento "describe la posibilidad de afectación de órganos vecinos y de perforación intestinal".

Añade que la intervención se practica el día 9 de noviembre de 2023 y explica que "es realizada en posición de Valdivia modificada (Valdivia-Galdakao) y, por supuesto, como no podía ser de otra manera, en mesa radiotransparente y con apoyo de ecógrafo y arco radiológico en C. El equipo quirúrgico que realiza la intervención cuenta con experiencia suficiente en este tipo de técnica. La fragmentación de la litiasis se realiza con láser de Holmium y se procede a extracción de fragmentos, tal y como refleja la hoja quirúrgica. En esta misma hoja se escribe y cito textualmente:/'Revisión de cavidades pudiendo extraer litiasis en (grupo calicial medio) con pinza a pesar de gran angulación. Fragmentos residuales mínimos, en principio se consigue extracción total de la litiasis''".

Aclara que no cabe ignorar "una característica muchas veces inherente a la enfermedad litiásica: su tendencia a la recidiva, a la reaparición. La litiasis actual que presenta el paciente (...) es el resultado de la evolución en el tiempo de la enfermedad litiásica". Continúa explicando que aquel es dado de alta y, "cinco días después, el 19 de noviembre de 2023 (el reclamante) acude al Servicio de Urgencias del Hospital por fiebre y náuseas de 12 horas de evolución. La primera nota clínica está registrada a las 0 horas y 23 minutos. A las 3 horas y 35 minutos (...) está reflejada nota clínica de cirujana general de

guardia que ya ha llegado al diagnóstico clínico de neumoperitoneo secundario a perforación de víscera hueca tras valoración de exploración, pruebas analíticas y tac. A las 9:32 horas (...) la intervención ya se ha realizado: resección de colon descendente y anastomosis latero-lateral mecánica más drenaje”, destacando los tiempos de espera óptimos en que “la complicación quirúrgica (que no se cuestiona, perforación de colon descendente secundaria a acceso percutáneo renal izquierdo) se diagnosticó y reparó de forma temprana”.

En cuanto a la idoneidad de remitir al paciente a un “centro especializado”, advierte que “la nefrolitotomía percutánea es una técnica quirúrgica que se encuentra en la cartera de servicios de distintos hospitales del Servicio de Salud del Principado, incluido el Hospital”. Y sobre la afirmación de la reclamación de que la posición de Valdivia “da un 0 % de complicaciones”, replica que “ninguna posición o técnica garantiza un 0 % de complicaciones”.

Concluye, en suma, que “la perforación de colon descendente (...) fue consecuencia del acceso percutáneo renal izquierdo practicado el 9 de noviembre de 2023./ La perforación de víscera hueca es una complicación descrita en el consentimiento informado que se explicó al paciente y que este firmó en consulta previa a cirugía programada./ La complicación se detectó y reparó de manera temprana a partir del inicio de los síntomas./ Tanto los medios técnicos como humanos fueron los adecuados para este tipo de cirugía”.

6. A continuación, obra incorporado al expediente un informe pericial, librado el 6 de julio de 2025 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por dos especialistas, uno en Urología y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él, se sintetiza que el paciente padecía una litiasis renal recurrente en el riñón izquierdo al menos desde 2001 y que, habiendo sufrido múltiples

cólicos nefríticos, precisó la realización de una “nefrolitotomía percutánea izquierda en 2005”, así como que, en 2023 se le había evaluado por hematuria, “determinándose la existencia de una litiasis de gran tamaño 3,5 cm diámetro máximo que se extendía desde el grupo calicial inferior hasta la pelvis”. Desde el punto de vista de diagnóstico y la indicación de la cirugía, “se realizó con ayuda de tac./ La indicación del tipo de cirugía se estableció según las guías de la (Asociación Europea de Urología) (...) y la elección entre nefrolitotomía percutánea y abierta se realiza en base a la menor morbilidad de la primera y disponibilidad./ La indicación pues de nefrolitotomía percutánea se realizó acorde a la práctica habitual”.

Sobre la información clínica prestada, afirma que el paciente fue informado de la técnica y sus riesgos, “entre los que figura la posibilidad de perforación intestinal”, firmando el documento correspondiente.

Se reseña que “la perforación tardía del colon izquierdo tras una (nefrolitotomía percutánea) del riñón izquierdo es una complicación rara pero grave, que generalmente resulta de una combinación de factores anatómicos predisponentes (...). La lesión inicial puede ser mínima y pasar desapercibida, evolucionando a una perforación completa debido a isquemia, infección o el proceso inflamatorio posquirúrgico”.

Respecto a la evolución de la litiasis renal, afirma que “permitió reducir la masa litiásica de 7 mm y establecer un régimen terapéutico con quimiólisis (alcalinización de la orina) con intención de hacerla desaparecer./ La pauta de alcalinización en orina (...) consigue la reducción y eliminación de la litiasis residual” y manifiesta que “tras la cirugía de nefrolitotomía percutánea el resto litiásico se limitó a 7 mm (previamente 35 mm), susceptible de buena respuesta terapéutica” y que “el recrecimiento del volumen litiásico 8 meses después sugiere incumplimiento terapéutico estricto”, añadiendo que “la opción ofertada de (cirugía retrógrada intrarrenal) para resolver la litiasis posterior es adecuada”.

7. Mediante oficio notificado al interesado el 9 de octubre de 2025, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El día 30 de octubre de 2025 el representante del interesado presenta un escrito de alegaciones, que acompaña de diversa documentación, en el que afirma que el “consentimiento informado no se obtuvo observando el procedimiento establecido en la Ley 41/2022”, que al paciente no se le informó de los riesgos y que el consentimiento prestado es nulo. Reitera que el resultado “es consecuencia de la falta de especialización y destreza del equipo médico”, considerando que ello se evidencia, además, por la falta total de extracción de la piedra del riñón, por lo que es necesaria una tercera intervención.

Alega que firmó el consentimiento “porque todos sabemos del poder psicológico que rodea a los facultativos (...). Y firmó sin reparo alguno porque en el año 2005 había sido sometido a una intervención similar de la que salió airoso sin complicación alguna. Obviamente, la experiencia del cirujano actuante en aquella ocasión no tiene nada que ver con la del actual equipo”. Tras reprochar que el lenguaje del documento no es comprensible, puntualiza que “aun cuando en el consentimiento informado figure la ‘perforación de vías intestinales’, en este supuesto concreto esa perforación supone una clarísima infracción de la *lex artis* porque parece indudable que, si se efectúa la intervención por profesionales, especializados y en las condiciones adecuadas, se hubiera accedido directamente al riñón sin pinchar el colon”.

Reitera que “es evidente que la perforación del colon se produce por la falta de experiencia del facultativo interviniente, por su falta de atención, por su negligencia o por las tres cosas a la vez, no porque el paciente le hubiera autorizado” a perforárselo, reprochando que el documento de consentimiento informado “está firmando exclusivamente en la última hoja”.

Seguidamente alega que “la buena praxis no solo abarca la actuación médica en quirófano, sino previamente en la tramitación adecuada del consentimiento, trámite en el que se residencian los auténticos derechos del paciente reconocer que se le va a hacer, qué consecuencias puede acarrear y otras posibles alternativas”, planteando que “el consentimiento informado se firmó casi seis meses antes de la intervención”.

Sobre la necesidad de una tercera intervención, insiste en que “ni siquiera los cirujanos actuantes fueron capaces de eliminar en su totalidad la piedra del riñón, pese a los destrozos causados”.

8. Con fecha 10 de noviembre de 2025, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio por considerar que la perforación colónica que sufrió el reclamante constituyó la materialización de un riesgo típico descrito en el documento de consentimiento informado que suscribió. Afirma que la complicación se diagnosticó y trató de forma adecuada, sin que el tiempo transcurrido entre la firma del documento de consentimiento informado y la intervención lo invalide. Añade que la litiasis que presenta posteriormente no guarda relación causal con el manejo clínico, sino que es el resultado de la evolución de la enfermedad del paciente.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 9 de diciembre 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), está el reclamante activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar mediante representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado, como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 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 expediente examinado, se registra cierta documentación el día 20 de noviembre de 2024 en relación a los efectos de dos intervenciones quirúrgicas, pero esa documentación carece de firma del interesado o apoderado suyo. En cualquier caso, la reclamación firmada se presenta el día

19 de diciembre de 2024, observándose que el paciente está aún pendiente de una tercera intervención o asistencia para abordar las consecuencias de la perforación, por lo que es claro que la acción se ejercita dentro de plazo.

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 Servicios interviniente, 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 el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC, lo que no impide su adopción, 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 por los perjuicios causados por la práctica de una nefrolitotomía percutánea, que originó una perforación y resección de 20 cm de colon y ulterior anastomosis. Mientras, el paciente continúa presentando litiasis renal, alegando este que hubiera sido necesario derivarlo a un centro

especializado, por no cumplir el hospital público en el que fue tratado las condiciones requeridas para el abordaje exitoso de aquella primera intervención, presumiblemente por falta de capacitación y experiencia del personal sanitario, a lo que añade la nulidad del consentimiento prestado por falta de información y por el tiempo transcurrido entre la firma y la operación.

Resulta acreditada la perforación de colon, sin que exista controversia acerca de que es consecuencia, inmediata o diferida, de la nefrolitotomía percutánea a la que se somete de manera programada el reclamante en un hospital público, así como que, después, padece litiasis renal y, con ello, por tanto, la efectividad del daño. Sin embargo, debemos 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 *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo aparece causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el perjudicado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 130/2024), al servicio público sanitario le compete una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse automáticamente a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra 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 el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de

Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina 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 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 para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y 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 hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean, en esencia, causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo, 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 el caso objeto de análisis, el interesado sufre litiasis renal recurrente en el riñón izquierdo desde hace más de veinte años, acudiendo al centro hospitalario que le corresponde dentro del sistema público de salud para someterse a una nefrolitotomía percutánea izquierda, que se lleva a cabo el día

9 de noviembre de 2023, con el fin de abordar una "litiasis de 35 mm de diámetro máximo que ocupa grupo calicial inferior y se extiende a pelvis renal izquierda", constando que ya se había sometido a esta intervención unos años atrás. Explica que es dado de alta tras la operación sin incidencias, pero que, aquejado de fuertes dolores y vómitos, acude de nuevo al hospital el día 19 del mismo mes, donde es diagnosticado de "perforación intestinal probablemente localizada en colon descendente", por lo que se procede a la extirpación de 20 cm de colon. Pasado el tiempo, sigue padeciendo litiasis residual, manifestando que ello implica el fracaso en la extracción de la piedra en el riñón.

Presenta un informe pericial -en el que basa sus apreciaciones-, firmado por un doctor que "aglutina 45 años de experiencia como Jefe del Servicio de Urología" en un hospital público (distinto del que practicó la intervención que se analiza). En dicho informe, el especialista realiza una serie de consideraciones generales sobre este tipo de procesos, explicando que, actualmente, en el tratamiento de la litiasis renal se prefiere la litotricia extracorpórea por ondas de choque en lugar de la cirugía abierta, si bien en algunas situaciones, "como parece ser el caso" del reclamante, debe acudir a la primera. En tales circunstancias, afirma, debe remitirse al paciente a un centro especializado, mencionando como ejemplos de centros de "referencia" los de Bilbao, Barcelona o Zaragoza, destaca la complejidad de la técnica a aplicar y explicita los requisitos para su aplicación exitosa. Continúa elucubrando sobre la diferencia, que presupone "abismal" -y causante del resultado dañoso-, existente entre la "experiencia y trayectoria del cirujano que practicó la intervención en el año 2006" y la del personal que intervino en este proceso y recomienda la práctica de "una nefrectomía parcial polar inferior con la finalidad de eliminar el foco litiásico". Concluye que "no cabe la menor duda de que la perforación intestinal es consecuencia de una mala praxis", detalla las exigencias técnicas de la intervención -existencia de un quirófano debidamente equipado (dotado de mesa quirúrgica radiológica, ecógrafo)-, la necesidad de colocar al paciente en la posición Valdivia durante la operación y afirma que su

desarrollo sin cumplir tales exigencias supondría mala praxis, al igual que la no derivación a un hospital de referencia en la materia por la necesaria especialización que esta intervención exige. En relación con esta cuestión, el informe del Jefe de Servicio de Urología del Hospital, indica que no es cierto que exista un centro de referencia autonómico o estatal para la realización de dicha técnica. Corroborar dicha afirmación el documento *Relación de centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud designados para la atención o realización de las patologías o procedimientos que se indican*, publicado por el Ministerio de Sanidad (https://www.sanidad.gob.es/areas/csur/centros/docs/Centros_designados_CSUR.pdf).

La reclamación, presentada posteriormente, mantiene que "el paciente acudió al hospital a que le extrajeran una piedra del riñón, la piedra sigue en su sitio y lo que consiguió fue una perforación de colon", ligando al resultado la evidencia de mala praxis.

El reclamante entiende que el hospital no disponía de los medios, materiales o personales adecuados, alegando que "es indudable que la decisión de practicar la intervención por un equipo que no gozaba de la experiencia necesaria (...) como resulta probado y es evidente, fue temeraria y constituye (...) una mala praxis". A este respecto, el informe del Jefe de Servicio antes citado, señala que la nefrolitotomía percutánea es una técnica quirúrgica que se encuentra en la cartera de servicios de distintos hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias, incluido el Hospital, obviamente dicha inclusión pasa porque el hospital de que se trate asegure los recursos materiales (equipos), humanos (personal formado) y de infraestructura necesarios para aplicar la técnica correctamente, siguiendo los protocolos establecidos, cosa que, a falta de prueba en contrario, acaece en el caso de dicho hospital.

A los anteriores reproches suma, en el trámite de audiencia, el de la nulidad del consentimiento prestado por falta de información, al no haber podido comprender que podía derivarse de la intervención el resultado

producido, prestado por su confianza en que años atrás se sometió a la misma operación sin incidencias. A lo anterior, añade que el procedimiento para recabarlo no se ajustó a las exigencias de la normativa aplicable, menciona que “el consentimiento informado se firmó casi seis meses antes de la intervención”, y recuerda que, en el sentido que defiende, “nuestro Tribunal Superior de Justicia ha tenido ocasión de pronunciarse en sentencia de 27-27-2015” (*sic*).

El servicio público de salud reconoce la relación entre la perforación del colon y la intervención practicada el día 9 de noviembre de 2023 y la situación clínica posterior -si bien el informe presentado por la compañía aseguradora de la Administración advierte de que la perforación puede haberse producido, con el mismo origen, después del alta hospitalaria-.

La propuesta de resolución concluye que nos encontramos ante la materialización de un resultado típico del que el paciente fue debidamente advertido, tratado adecuada y prontamente.

Asimismo, consta que el servicio público recomendó al paciente ser reintervenido, sin embargo, voluntariamente optó por acudir a un especialista del ámbito privado, declinando la intervención.

Planteada así la controversia, debe analizarse en primer término la concurrencia de mala praxis en la intervención quirúrgica realizada. Admitida sin reparo la idoneidad de la técnica empleada, las afirmaciones sobre la falta de pericia, experiencia y medios materiales resultan genéricas y no son objeto de prueba. El reclamante reitera que la mala praxis es “evidente” y asegura que queda probada: no podemos compartir esa conclusión a la luz de la documental que conforma el expediente. El Servicio actuante ha aclarado al interesado qué medios materiales se han empleado y la postura en la que fue colocado durante la intervención; además, ha explicitado que la técnica se realiza de manera habitual en el centro, gozando el personal de la debida experiencia. Las apreciaciones genéricas, copiadas del informe médico aportado por el reclamante, que ponen en duda la capacidad del propio sistema sanitario asturiano para realizar una intervención tan común como la aquí analizada, no

gozan del peso suficiente en materia probatoria. De la documentación aportada al expediente, se deduce que, ante el padecimiento del interesado, la opción quirúrgica era adecuada y fue llevada a cabo sin incidencias, constituyendo la perforación de colon un riesgo típico, que fue abordado adecuada y muy tempranamente, cuestiones estas últimas sobre las que no se plantea reproche alguno, por lo que resulta innecesario analizarlas con mayor detalle.

La reclamación deduce mala praxis por la falta de total eliminación de los cálculos renales mediante la nefrolitotomía percutánea y por la recidiva. No cabe compartir esta conclusión, dada la naturaleza y manifestación de la litiasis renal, que el paciente presenta con más de cuatro lustros de evolución, constando ambas posibilidades explicadas en el documento de consentimiento informado firmado.

Descartada la mala praxis en el abordaje de la litiasis renal del paciente, debemos entrar a analizar la otra cuestión planteada: si se ha producido una infracción de la *lex artis ad hoc* por falta o nulidad del consentimiento prestado, tanto por insuficiencia de la información previa prestada al paciente como por el tiempo transcurrido entre la firma del documento de consentimiento informado y la intervención quirúrgica.

Cabe formular unas aclaraciones previas sobre el particular. Como ya hemos manifestado (por todos, Dictamen Núm. 18/2025), el respeto al derecho a la autonomía de la voluntad del paciente en el ámbito sanitario tiene alcance constitucional. El Tribunal Constitucional ha señalado en la Sentencia 37/2011, de 28 de marzo -ECLI:ES:TC:2011:37-, que "se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas" y que para que "esa facultad de consentir (...) pueda ejercerse con plena libertad es imprescindible que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas, pues solo si dispone de dicha información podrá prestar

libremente su consentimiento, eligiendo entre las opciones que se le presenten, o decidir, también con plena libertad, no autorizar los tratamientos o las intervenciones que se le propongan”.

En el plano normativo, hemos de acudir a 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, que recoge, como principios orientadores en materia de información clínica, el respeto a la autonomía de la voluntad y el derecho del paciente a decidir entre las opciones clínicas disponibles, incluyendo la de no ser tratado. El artículo 3 de la referida Ley define el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”. El artículo 4 aborda el derecho a la información asistencial, señalando el artículo 8 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 (...). El consentimiento será verbal por regla general./ Sin embargo, se prestará por escrito” en distintos casos, incluidas las intervenciones quirúrgicas. El artículo 10 del mismo cuerpo legal fija las condiciones de la información y consentimiento por escrito, indicando la información básica que debe proporcionarse al paciente antes de recabar su consentimiento escrito.

La jurisprudencia viene sosteniendo, como reitera entre otras la Sentencia del Tribunal Supremo de 30 de septiembre de 2020 -ECLI:ES:TS:2020:3106- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª), que “de la regulación normativa sobre el consentimiento informado” puede extraerse, entre otras, la conclusión de que “previamente a una intervención quirúrgica, el paciente debe ser informado de lo determinado en el artículo 10”, es decir, “antes de ser intervenido, debe ser informado de las consecuencias, riesgos personales y probables y las contraindicaciones, información verbal que

luego determinará la firma por el paciente del consentimiento informado, consentimiento que se firma tras ser informado verbalmente, y que no puede significar que toda la información verbal se traslade al escrito". La sentencia mencionada destaca que "lo realmente trascendente es que el paciente conozca las ventajas y los inconvenientes de la intervención quirúrgica, y que tampoco entienda la misma como una actuación que forzosamente ha de concluir en éxito".

En el caso analizado, el informe del Servicio de Urología interviniente explica que, tras objetivarse una litiasis de 35 mm de diámetro, "se le plantea al paciente la realización de una nefrolitotomía percutánea izquierda como primera opción terapéutica. Se le explica al paciente el procedimiento con sus complicaciones posibles y firma el consentimiento informado". A la vista de este informe y durante el trámite de audiencia, el reclamante incorpora un reproche sobre la información prestada, alegando la nulidad del consentimiento informado. Por una parte, señala que "el interesado en ningún momento fue informado de las consecuencias que se podrían derivar de la intervención (...). Textualmente le dijeron: 'tienes que firmar aquí para autorizarnos a operarte' (...) y firmó sin reparo alguno porque en el año 2005 había sido sometido a una intervención similar de la que salió airoso sin complicación alguna". Seguidamente, el letrado pregunta si "aun en el supuesto de que, ante la ausencia de información, se hubiera leído el consentimiento", "¿podría entender mi representado, minero de profesión, lo que es la pleura?", entre otras cuestiones mencionadas en el citado documento, para concluir que el reclamante no autorizó la perforación del colon.

La primera cuestión, por tanto, es la referida a si efectivamente el paciente es o no informado con carácter previo a la intervención, desprendiéndose de la documentación clínica obrante en el expediente que sí lo fue y que procedió a la firma del documento de consentimiento informado. Frente a la afirmación de que un jubilado sexagenario de vida activa y autónoma, minero de profesión, no tiene capacidad o conocimientos para

comprender el texto que contiene el documento cuyo contenido aquí se analiza, tal y como sostiene su representante, debemos señalar dos cosas. La primera, y refiriéndonos a un varón adulto con plena capacidad, que la lectura de los documentos es obligada para quien los firma; en segundo lugar, que tuvo la oportunidad de plantear al médico responsable de su proceso, las dudas que, en su caso, se le hubieran suscitado en relación con los riesgos descritos en el mencionado documento, bien en el momento en que se le ofreció la información, o con posterioridad a la firma y antes de someterse a la intervención.

Dado que el documento de consentimiento informado explica en qué consiste la nefrolitotomía percutánea, cómo se lleva a cabo, qué resultados “se espera” obtener y los riesgos típicos -entre los que aparece la “perforación de vías intestinales” como una de tres posibles “complicaciones traumáticas de estructuras próximas al riñón”- su redacción no puede menos que tildarse de correcta para un documento de esta naturaleza. Previamente se avisa de que “cualquier actuación médica tiene riesgos”, señalando, como los primeros de entre los típicos, el fracaso en la extracción y la recidiva de los cálculos. Y aparece, en novena y última posición de la lista de esos riesgos, la posibilidad de que cualquiera de las complicaciones mencionadas precise una nueva intervención quirúrgica.

Siguiendo la doctrina jurisprudencial en materia de consentimiento informado, lo que resulta relevante es determinar si el riesgo materializado, en este caso la perforación del colon, pudo ser valorado adecuadamente por el paciente antes de someterse a la operación, de manera que debe tomarse en consideración si la información prestada puede tildarse de insuficiente, de manera que quepa entender que se privó al interesado de sustraerse de la intervención quirúrgica, es decir, privándole su derecho a decidir sobre la conveniencia o no, de someterse a una operación no exenta de considerables riesgos -Sentencia del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2018 -ECLI:ES:TS:2018:1084- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª)-

en cuyo caso, la deficiente información prestada supone un incumplimiento de la *lex artis ad hoc*. El hecho de que el paciente hubiera aumentado su confianza en el resultado de la técnica quirúrgica, a consecuencia de haberse sometido exitosamente a ella unos años atrás, no invalida la información sobre los riesgos que le fue suministrada.

Separadamente, debe atenderse la alegación relativa a que el documento de consentimiento informado es firmado el día 30 de mayo de 2023, fecha que el reclamante entiende demasiado alejada de la fecha de la intervención, que se produjo el día 9 de noviembre de 2023, pretendiendo encontrar sustento su postura en la del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias.

Interesa a este Consejo Consultivo un pronunciamiento sobre los plazos para prestar un consentimiento válido para la práctica de una intervención quirúrgica, cuestión a la que no dan respuesta 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 ni la Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud. Atendiendo a la finalidad que se persigue con la exigencia de un consentimiento válidamente prestado por el paciente y su carácter antiformalista, basta con que la información prestada sea previa a la actuación médica y que la persona atendida disponga del tiempo necesario para poder comprender la información y manifestar su voluntad.

Sobre la postura de los Tribunales, cita el reclamante la sentencia "27-27-2015" (sin aportar más datos) en referencia a la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 27 de febrero de 2015 -ECLI:ES:TSJAS:2015:446- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), que no resulta de aplicación a este caso porque en aquel el documento de consentimiento informado, redactado meses antes de la intervención, no había sido firmado por el paciente. En cambio, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 7 de noviembre de 2016 -ECLI:ES:TSJAS:2016:3699-

(Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), en un caso en el que, con ocasión de una intervención de hernia de hiato por vía laparoscópica, se produjo lesión iatrogénica gástrica, que figuraba como riesgo típico en el documento firmado, entiende que “por lo atinente a la posible capacidad del recurrente para entender las características de la operación y sus posibles consecuencias, ha dispuesto de casi 8 meses de tiempo para reflexionar e incluso asesorarse o informarse con más calma sobre los pormenores de la intervención a la que iba a someterse. No se trata ahora de un consentimiento puesto a la firma a la entrada del quirófano precisamente”. Más recientemente, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 17 de noviembre de 2020 -ECLI:ES:TSJAS:2020:2937- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), respecto a un caso en el que la firma se produjo con una antelación de quince meses, afirma que “el consentimiento informado no está sometido a caducidad, salvo que se acredite una situación de menoscabo de la confianza legítima en la pronta intervención”. Así, y en esta línea, este órgano consultivo entiende que, en los casos en los que no consten requerimientos del paciente ni cambios en su situación clínica que justifiquen la necesidad de ofrecerle nueva información en garantía de su derecho a decidir, debe entenderse que el documento firmado es válido, en cuanto es reflejo de una información que es la que ha permitido al paciente prestar su consentimiento, revocable en cualquier momento. No resulta, por tanto, admisible un reproche sobre el momento en el que se produjo la prestación del consentimiento por escrito que afecte a su validez, en el caso objeto de este dictamen.

En definitiva, nos encontramos ante un caso en el que, tras una intervención quirúrgica, se evidencia la materialización de varios riesgos típicos -no extracción íntegra de los cálculos renales, recidiva y perforación del colon-, sin que ello sea causado por mala praxis, deducida por suposiciones sobre la falta de medios personales y materiales del Servicio de Salud del Principado de Asturias para realizar una intervención común, que no cabe compartir; respecto

al consentimiento informado firmado, cuya validez no está sujeta a plazo en relación con la efectiva realización de la intervención de que se trate, contemplaba un listado reducido de riesgos típicos entre los que aparecían los materializados, en un lenguaje comprensible para el común de las personas legas en medicina, constando la previa información verbal dispensada.

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 la fecha de la última firma electrónica

V.º B.º

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.