

Dictamen Núm. 86/2026

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 29 de abril 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 29 de enero de 2026 -registrada de entrada el día 3 de febrero-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por las secuelas derivadas de una intervención quirúrgica para el tratamiento de una hernia inguinal y umbilical.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 31 de enero de 2025, el interesado presenta en el Registro Electrónico General una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias (en adelante Sespa), por los daños y perjuicios derivados de la intervención quirúrgica de una hernia inguinal.

Expone que la referida cirugía tuvo lugar el día 8 de abril de 2013 en el Hospital “X”, realizándose “una hernioplastia umbilical e inguinal con malla”.

Señala que “desde dicha intervención, el paciente comenzó a experimentar dolor crónico en la región inguinal, asociado a dolor lumbar y molestias en la parte interna del muslo derecho”, “síntomas” que “fueron empeorando progresivamente y se agravaban al realizar esfuerzos físicos o actividades cotidianas”, afectando a “su movilidad y calidad de vida”. Afirma que desde entonces y “hasta la actualidad”, “ha venido realizando múltiples consultas en distintos servicios médicos del Sespa y en centros privados”, realizando “diversas pruebas complementarias”, que enumera, y de las que resultó el diagnóstico de “atrapamiento neurológico provocado por la mala quirúrgica implantada en la intervención de 2013”, y que motivó que en el mes de enero de 2024 se realizara una “neurectomía inguinal laparoscópica”, cirugía que “alivió gran parte de los síntomas”.

Reprocha que “durante el proceso asistencial” “no fue debidamente informado de las posibles complicaciones asociadas al uso de la malla quirúrgica ni de la existencia de alternativas menos invasivas y más efectivas, como la neurotomía inguinal laparoscópica”. Tras precisar que el “posible atrapamiento neurológico” posquirúrgico no se estableció, por parte del servicio público sanitario, hasta el mes de noviembre de 2023 -alude a la asistencia recibida en ese momento en el Hospital “Y”-, señala que aún “no ha recibido el alta médica definitiva”, por lo que pospone la cuantificación del perjuicio sufrido, a determinar mediante “pericial”.

No obstante, reclama como daños ya producidos “el abono de la factura por tratamiento quirúrgico” en una clínica, “por importe de 5.975 €”, más la cantidad que fija “prudencialmente en concepto de daños morales en la suma de 15.000 €”.

Adjunta diversa documentación médica, relativa al proceso por el que reclama, así como la factura correspondiente a la cirugía practicada en un centro privado.

2. Previa petición formulada por el Instructora del procedimiento, con fecha 21 de febrero de 2025 la Gerente del Área Sanitaria remite una copia de la historia clínica del reclamante en el Hospital "Y".

El día 18 de marzo, la Gerente de la Fundación Hospital de Jove remite copia de la historia clínica del paciente, el informe del Servicio de Cirugía General de ese centro y certificado de vinculación del "personal facultativo del Servicio de Cirugía General" a aquél.

El día 8 de mayo, la misma responsable remite documentos de consentimiento informado suscritos por el paciente, así como documentación de su historia clínica.

3. A continuación, obra incorporado al expediente un informe pericial librado el 17 de septiembre de 2025, a instancias de la compañía aseguradora del Sespa, por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él, efectúa en primer lugar diversas consideraciones generales en relación con la hernia inguinal, incluyendo su diagnóstico, tratamiento y posibles complicaciones postquirúrgicas. Aborda, a continuación, la valoración de la praxis seguida, y afirma tanto la indicación de la cirugía como el cumplimiento de la información al paciente, destacando que el documento de consentimiento informado suscrito por aquel recoge como parte de los riesgos típicos de la cirugía tanto la "intolerancia al material de las mallas utilizadas" como el "dolor persistente en la zona de la cicatriz" "y la posibilidad de recidiva herniaria".

En sus conclusiones, rebate ciertas afirmaciones sobre las alternativas a la cirugía y la atención prestada en los años posteriores a la primera intervención, sosteniendo la corrección de la praxis médica aplicada al caso.

4. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio notificado el día 30 de octubre de 2025, el plazo conferido al efecto transcurre sin que el interesado presente alegaciones.

5. Con fecha 23 de diciembre de 2025, el Instructor del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, con base en los informes emitidos con ocasión del procedimiento, expresando que “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*”. En particular, reseña que se ha producido la materialización de riesgos típicos; que “existió una falta de continuidad en el tratamiento farmacológico del dolor”; que “se le plantearon alternativas de tratamiento de su dolor inguinal” y que pruebas específicas explican, “al menos en parte”, la clínica que presenta el paciente.

6. En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de enero de 2026, 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 interesado activamente legitimado para formular reclamación de

responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado, 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 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 asunto ahora examinado, la reclamación se presenta el día 31 de enero de 2025 por los daños que el interesado atribuye al proceso asistencial iniciado con una cirugía llevada a cabo en el año 2013. Dado que entre el perjuicio alegado se encuentra, además del de índole personal, el patrimonial derivado de los gastos derivados de una cirugía practicada en un centro privado el día 15 de enero de 2024, cabe concluir que la acción ha sido ejercitada 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 del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el

artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 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 el interesado solicita ser indemnizado por los daños personales derivados de una intervención quirúrgica.

La documentación clínica obrante en el expediente acredita que el reclamante se sometió a una cirugía para el tratamiento de una hernia inguinal y umbilical en el año 2013 y que, a partir del año 2016, recabó asistencia a lo largo de los años posteriores por diversa sintomatología y patologías que relaciona con aquella. Consta igualmente que, como hemos señalado en los antecedentes de hecho y en nuestra consideración tercera, el paciente se sometió a una cirugía en un centro privado en el año 2024, cuyo coste afirma haber sufragado. No obstante, conviene precisar que, en caso de concluir la procedencia de su resarcimiento, la acreditación de tal extremo requeriría la previa e imprescindible verificación tanto de que esa atención se realiza, por una parte, en condición de cliente “particular”, como refleja la factura, y no como asegurado, como figura en algunos informes emitidos por centros privados, así como la realización de la oportuna transferencia. Sin perjuicio de tal precisión, cabe considerar probada la efectividad de un daño cierto, cuya exacta cuantificación económica deberá también, en cuanto a sus

restantes conceptos, abordarse en caso de estimar que concurren el resto de presupuestos generadores de la responsabilidad que se demanda.

En todo caso, en lo que atañe al reintegro de los gastos generados por la atención prestada fuera del sistema sanitario público, es preciso distinguir entre el ejercicio de la acción de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital en los supuestos de atenciones dispensadas fuera del Sistema Nacional de Salud y el de la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

En relación con los primeros, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, determina en su artículo 4.3 las condiciones para que sea exigible el reintegro de los gastos ocasionados “fuera del Sistema Nacional de Salud”, disponiendo que el mismo sólo resulta procedente en los “casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital”, y “una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción”. No consta que dicho procedimiento -que no está sometido al dictamen de este Consejo- se haya tramitado en el caso que analizamos.

En estas condiciones, nada obsta al planteamiento de una reclamación de responsabilidad patrimonial como la formulada, que incluye el importe de los gastos en los que se haya incurrido a consecuencia del tratamiento en la medicina privada de una enfermedad, si bien dicha responsabilidad patrimonial ha de estar sujeta a los mismos requisitos generales que cualquier otra reclamación de esta índole.

Planteada la cuestión en los términos expuestos, conviene recordar una vez más 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 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.

También ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo, 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, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios 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. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña, directamente, una vulneración de la *lex artis*.

Finalmente, como también venimos subrayando, ha de tenerse en cuenta 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. Esto es, la responsabilidad patrimonial no solo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada, sino también que el perjuicio, cuya reparación se persigue, sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Asimismo, venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 116/2024) que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto*, al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria, el estado de situación, ignorado al momento de la atención y conocido a la fecha del posterior diagnóstico. Ha de atenderse, por tanto, a la doctrina sobre la prohibición de regreso a la que alude el Tribunal Supremo (por todas, Sentencia de 11 de julio de 2017 - ECLI:ES:TS:2017:2946- Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª), que “impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico, o la inadecuación del tratamiento, solo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya

que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada, valorando si, conforme a los síntomas del paciente, se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido pues, que, a partir del diagnóstico final, se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban”. Por ello, quien persigue una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico - como sucede en este caso respecto al origen de las dolencias que atribuye a la primera cirugía-, debe acreditar que los síntomas o signos, existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente, eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen patologías de diversa entidad y prevalencia que cursan con una clínica similar- y que tal sospecha diagnóstica imponía al servicio público la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

Como viene manifestando reiteradamente este Consejo, para considerar legítimo el abandono del servicio público sanitario debemos atender a consideraciones objetivas y subjetivas. En primer lugar, desde el punto de vista objetivo, ha de constatarse la existencia de una infracción trascendente de la *lex artis* en el proceso diagnóstico o asistencial que justifique objetivamente esa pérdida de confianza, y ha de quedar igualmente acreditado que tal infracción es susceptible de producir un daño cierto en la salud de la paciente, en sus posibilidades de curación o en su esperanza de vida. De otra parte, desde el punto de vista subjetivo, ha de valorarse si la misma pudo resolverse en el seno del propio servicio público por los cauces habituales; juicio en el que constituye un indicio el hecho de que el paciente abandone de modo inmediato el sistema público para realizar el proceso diagnóstico o asistencial en la medicina privada sin dar la menor oportunidad a aquel de efectuarlo. Como destaca la Sentencia del Tribunal Superior de

Justicia del Principado de Asturias de 10 de julio de 2023 - ECLI:ES:TSJAS:2023:1794- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª), el reembolso de los gastos exigiría, entre otros extremos la “existencia de error o demora de diagnóstico o soluciones a la patología concreta, en un contexto de persistencia de la patología o agravamiento de la salud del usuario”, y también la “advertencia, requerimiento o comunicación a la sanidad pública por parte del paciente de la inminente intención de acudir a la sanidad privada en búsqueda de respuestas satisfactorias”.

En el caso que examinamos y, por lo que se refiere al elemento objetivo, constatamos que el interesado, sobre quien recae la carga de la prueba, no solo no aporta pericia alguna que evidencie que la cirugía practicada en el mes de enero de 2024 era la idónea para resolver su padecimiento, sino que no presenta documentación relevante sobre la misma, impidiendo conocer con la debida exactitud su alcance.

Sí aporta, en cambio, junto con su escrito inicial, un informe emitido con fecha 2 de enero de 2025 por el Servicio de Cirugía General y Cirugía del Aparato Digestivo de un centro sanitario privado diferente, en los que consulta “por dolor inguinal derecho postoperatorio de años de evolución”. En él se consigna como impresión diagnóstica la de “dolor inguinal crónico, por atrapamiento neurológico por malla quirúrgica, resuelto tras neurolisis laparoscópica” realizada en otro hospital privado -indicándose que esta última cirugía supuso la “desaparición del 100 % del dolor”-. En las “recomendaciones”, se indica que en opinión del facultativo informante “la actitud más correcta hacia un paciente (...) con una sintomatología clara de atrapamiento neurológico, tras unos 3-4 meses de tratamiento analgésico y con estudios que no muestran complicaciones, hubiera sido la reintervención para retirada de la malla y valorar el colocar otra por la misma vía, o a través de un abordaje laparoscópico”.

Tal y como hemos observado, la información referida a la cirugía practicada en el mes de enero de 2024, a la que el reclamante atribuye en su

escrito inicial una mejoría parcial -o total, según declara en otras consultas (folio 10)- se limita a la presentación de una factura en la que figura como concepto “hernia inguinal unilateral laparoscopia”; al informe de biopsia, y a la referencia efectuada en la anotación del curso clínico de 19 de septiembre de 2024 (folio 40), por parte de la Unidad del Dolor del Hospital “Y”, en la que figura que se llevó a cabo “liberación de nervios del canal inguinal (neuroma)”. Si bien cabe aceptar que esta cirugía supuso mejoría (aun recordando que existen dudas sobre si esta fue completa o no), existe constancia clínica, por una parte, de que ya en el año 2017 se ofreció al paciente la retirada de la malla como alternativa terapéutica. Y, por otra, que aunque en anotaciones en la historia clínica del mes de junio de 2023 figure reflejado que el paciente expresa su voluntad de “operarse”, esta se manifiesta de forma sumamente inconcreta, pues “insiste en que hay algo a pesar de ausencia de hallazgos en ecografía de partes blandas” -orientada a descartar una recidiva de la hernia, que efectivamente requeriría cirugía-. También advertimos que, pese a que en el mes de noviembre de 2023 comunica, en una consulta de Salud Mental que “va a ser intervenido a nivel privado de supuesta secuela de una intervención de hernia inguinal, que le produciría dolor en MID”, no podemos equiparar esa comunicación con una traslación al servicio público sanitario de la decisión de someterse a una intervención sobre la cual, como decimos, disponemos de información extremadamente limitada, si bien cuya idoneidad discuten los especialistas informantes sin contradicción alguna, pues el reclamante no formula alegaciones con ocasión del trámite de audiencia.

En particular, y en relación con la cirugía llevada a cabo de forma privada por el reclamante en el mes de enero de 2024, el Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestivo de Hospital “X” sostiene que a su juicio “no estaría indicada y en todo caso debería haberse realizado solamente la extirpación del granuloma referido en la anatomía patológica y no añadir más resecciones nerviosas”, añadiendo que “parece ser que la intervención

quirúrgica no ha solucionado la sintomatología del enfermo”. Por su parte, el especialista informante a instancia de la compañía aseguradora destaca, al margen de la ausencia de documentación clínica relevante sobre la cirugía, que no existió retirada de la malla. Ello contradice, por tanto, el criterio del especialista privado cuyo informe de consulta hemos reseñado, y que consideraba procedente la retirada de la malla y, en todo caso, supedita la intervención al seguimiento de un tratamiento (presupuesto que, según veremos, no se cumplía en este caso).

En suma, resultando entendible que quien puede costearlo acuda en ciertos escenarios -en este caso, el padecimiento de un dolor persistente- a la medicina privada, no concurren en este caso los elementos (objetivo y subjetivo) requeridos para apreciar la procedencia del resarcimiento de los gastos derivados de la asistencia privada, debiendo desestimarse la reclamación en lo relativo a su reintegro.

Sentado lo anterior, debemos referirnos al invocado deficiente tratamiento de esa sintomatología, que el reclamante atribuye a la intervención realizada en el año 2013 (consistente en una hernioplastia umbilical e inguinal con malla). Según alega, la dolencia requirió que acudiera a “múltiples consultas en distintos servicios médicos”, tanto públicos como privados, en un devenir generador de “daños morales” que culminaron con el diagnóstico de “atrapamiento neurológico provocado por la malla”, solventado siquiera parcialmente gracias a la práctica de la cirugía antes referida. Asimismo, esgrime la existencia de infracción del deber de información, concretada en la ausencia de explicación de “durante el proceso asistencial” de “las posibles complicaciones asociadas al uso de la malla quirúrgica ni de la existencia de alternativas menos invasivas y más efectivas, como la neurotomía inguinal laparoscópica, intervención que podría haber reducido o evitado el daño permanente”. Sí reconoce que “se mencionó”, “en el consentimiento informado para la primera intervención en abril de 2013, que podían surgir complicaciones derivadas de la colocación de la malla sin

detallar específicamente la posibilidad de un compromiso neurológico que ocasionara un dolor inguinal crónico de las características que ha padecido el paciente”.

Al margen de la consideración, ya analizada, vertida en el informe emitido en el mes de enero de 2025 por un especialista de una clínica privada, disponemos de los elementos de juicio proporcionados en los informes incorporados a instancia de la Administración, que, debemos reiterar, el interesado no rebate con ocasión del trámite de audiencia.

En primer lugar, el informe emitido con fecha 17 de marzo de 2025 por el Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestivo de Hospital “X” reseña que “revisada la historia clínica del enfermo” considera “que independientemente del cuadro de las posibles secuelas sensitivas tras la cirugía de la hernia, el enfermo tiene pruebas que demuestran la patología a nivel raquídeo que explicarían gran parte de la sintomatología (...), en especial los trastornos motores de las extremidades inferiores”. Destaca también que la documentación clínica perteneciente tanto al historial de Atención Primaria como al de Atención Especializada refleja la “falta de continuidad de los tratamientos farmacológicos para el dolor por decisión del enfermo”. Y, respecto al “tratamiento quirúrgico por cuadros de dolor post-operatorio”, expone que “se debe proponer tras el fracaso de tratamientos farmacológicos realizados de forma adecuada y cumplimentada por los enfermos, infiltraciones, etc”, siendo “la indicación quirúrgica” “en primer lugar de revisión y extirpación de posibles granulomas ocasionados por materiales de sutura”. De hecho, y según hemos expuesto al referirnos a la improcedencia del abono de la cirugía realizada de forma privada, cuestiona su idoneidad.

En segundo lugar, el especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo (especialidad a la que corresponde, de ordinario, el tratamiento de hernias abdominales, inguinales y umbilicales) autor del informe pericial refiere, en primer lugar, la indicación de la cirugía realizada, “adecuada y acorde a las guías y recomendaciones internacionales”, así como de la

corrección del documento de consentimiento informado suscrito antes de la misma, por cuanto contempla como uno de los “riesgos y complicaciones más específicos” “la intolerancia al material de las mallas utilizadas, dolor persistente en la zona de la cicatriz de origen neurítico”. Señala también la idoneidad de la técnica quirúrgica empleada, que califica como “la más adecuada y frecuentemente utilizada en todo el mundo por sus mejores resultados siendo ajustada a los estándares quirúrgicos para la resolución de la patología que presentaba el demandante y acorde a la normopraxis”. En particular, rechaza la afirmación del reclamante de la condición de la neurotomía de los nervios inguinales como alternativa al tratamiento de la hernia inguinal, al no ser aquella “útil para tratar y corregir el defecto herniario”, pues “se limita a la sección de los nervios de la región inguinal para paliar el dolor postoperatorio tras la cirugía de la hernia inguinal”, siendo esta intervención la única posibilidad terapéutica ante esa patología, e implicando cualquiera de las técnicas quirúrgicas (abierta o laparoscópica) “el uso de la malla para mejorar los resultados de la cirugía y minorar las recidivas”.

En cuanto al seguimiento postoperatorio, reseña que en las curas inmediatamente posteriores no se objetivaban complicaciones, y que el paciente no acudió a la revisión programada al mes de la intervención, transcurriendo más de tres años y medio desde esta y la primera consulta en la que advierte de la existencia de dolor tras la intervención. A partir de ella se realizan diversas pruebas (tac, resonancias) que revelan la existencia de “lumboartrosis con protusión discal”, pero no recidiva herniaria ni defectos visibles, realizándose asimismo derivaciones a los Servicios de Traumatología- por la práctica deportiva que realiza el paciente- y Neurocirugía -por el antecedente de cirugía craneal-, resultando de este última la detección de patología radicular “muy leve” que determina su remisión a la Unidad del Dolor en el año 2018. El especialista destaca que ya en la consulta llevada a cabo en el año 2017 en Hospital “X” se le planteó “extirpar la malla”, y no es

hasta el año 2023 cuando se deriva al Hospital “Y” para “segunda opinión” ante “dolor postoperatorio”, así como cuando acude por primera vez a una clínica privada, destacando el facultativo que no dispone de la documentación completa procedente de este segundo centro, como tampoco de la correspondiente a la cirugía para retirada de la malla llevada a cabo en el año 2024 en otro hospital, también privado. De esta última, en concreto, se menciona la ausencia del informe y del protocolo quirúrgico, si bien destaca la indicada ausencia de retirada de la malla, aunque sí figura informe de biopsia, en la que consta como diagnóstico la existencia de “material de sutura con reacción granulomatosa de tipo cuerpo extraño y presencia de nervio periférico compatible con fibra nerviosa atrapada”.

Explica en detalle las características del dolor inguinal crónico postoperatorio, calificando el padecido por el paciente como “dentro de los márgenes esperables”, sin evidencia de lesiones a órganos, infección, seroma complicado o recidiva que lo justifique como causa específica, si bien estima que la radiculopatía y los cambios degenerativos existentes a nivel lumbar sí “aportan una explicación razonable de parte de la clínica (irradiación a miembro inferior derecho, parestesias), rompiendo el nexo causal con la cirugía inguinal”.

En suma, los informes coinciden, en primer lugar, en que aun existiendo factores ajenos a la intervención que intervienen en la aparición del dolor crónico, este constituye un riesgo típico de la cirugía realizada, condición que, de hecho, el reclamante no cuestiona, limitándose a exigir una mayor profundización del documento de consentimiento informado en un sentido determinado.

Efectivamente, en el documento de consentimiento informado para la cirugía abierta de la hernia de la pared abdominal, firmado por el reclamante en el mes de abril de 2012, figura como uno de los “riesgos y complicaciones” de la cirugía practicada tanto la “intolerancia al material de las mallas utilizadas” como el “dolor persistente en la zona de la cicatriz de origen

neurítico”. Dada su literalidad, no cabe compartir que, como interpreta el reclamante, deba exigirse el detalle específico de “la posibilidad de un compromiso neurológico que ocasionara un dolor inguinal crónico de las características” del sufrido pues, como explica el especialista informante, el dolor “puede tener un origen multifactorial” – del que se descarta en este caso la recurrencia de la hernia -, siendo el “la causa más frecuente” “el daño o la irritación de nervios” “debido a la compresión, fibrosis o el propio material de la malla, provocando dolor neuropático”, si bien el tejido cicatricial también puede generar dolor. A nuestro juicio, las expresiones utilizadas en el documento ilustran suficientemente, en relación con la complicación sufrida, la posibilidad de su producción e incluso su etiología, con independencia de que, según se desprende de los informes médicos, el dolor no es consecuencia exclusiva de la cirugía practicada. Sin perjuicio tampoco de que, como hemos señalado en nuestro Dictamen Núm. 11/2026, en el que razonábamos que tratándose de un paciente “adulto con plena capacidad”, “la lectura de los documentos es obligada para quien los firma” y, “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”.

Sentado lo anterior, en el caso que nos ocupa la documentación clínica refleja que tras la cirugía llevada a cabo en el año 2013 el paciente se trasladó al extranjero durante años por motivos laborales, refiriendo que ello impidió tratar el dolor “en aquel momento” y que posteriormente “se incrementó” (informe de 11 de abril de 2023, de la Unidad del Dolor del Hospital “Y”), así como que en los cinco años posteriores a la cirugía, pese a sentir dolor, afirmaba no tomar “ninguna medicación” al considerarla inútil (informe de 26 de enero de 2018, del Servicio de Cirugía General y Digestivo de Hospital “X”), reticencia que se constata en consultas posteriores en otros

servicios especializados (consulta de Salud Mental del mes de noviembre de 2023). Consta documentado que el paciente fue tratado, a partir del año 2016, en dos hospitales públicos, tanto por el dolor inguinal como por patología abdominal. En particular, que tras descartar la recidiva de hernia inguinal mantiene consulta en el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital “Y”, al que es derivado en el mes de noviembre de 2023 desde el de Rehabilitación -que ese mismo mes informa que en ese momento ya no existe mejoría posible desde ese ámbito-, se indica que el paciente presenta “importantes problemas de aparato locomotor en extremidades”, con “estudios múltiples en región inguinal sin hallazgos”, así como que “realizó múltiples tto con fisioterapia y ttos aines”. Se decide entonces remisión a otra consulta para “tto con Qutenza” y “descartar atrapamiento nervioso o neuroma de los nervios del canal inguinal”.

En definitiva, nos encontramos ante un caso en el que, tras una intervención quirúrgica, se evidencia al menos en parte la materialización de un riesgo típico contemplado en el documento de consentimiento informado y cuya producción no cabe relacionar con una mala praxis ni durante la cirugía ni, como sostiene el afectado, con un deficiente proceso diagnóstico iniciado años después de aquella operación. Por el contrario, los informes técnicos acreditan que la actuación médica desarrollada tras tener conocimiento de la aparición de la complicación, que el paciente comunica al servicio público sanitario, tal y como hemos señalado, años después de la cirugía, fue adecuada, desplegándose una pluralidad de medidas y derivaciones a distintos servicios para tratar de paliar el síntoma sufrido.

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.-