Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 6 / 2 0 2 6

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 de marzo de 2026.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 19/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 24 de enero de 2026 (con registro de entrada en este Organismo el día 27 de enero de 2026), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Se reclama una indemnización por importe de 400.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), en relación con la Disposición final sexta, apartado dos de la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 y con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

[*] **Ponente: Sra. Navarro de Paz.**

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (en adelante, LOSC); la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

4. En el presente procedimiento se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar del interesado, al sufrir en su esfera personal el daño por el que se reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el 13 de julio de 2022 respecto de unos daños que se imputan a la intervención quirúrgica practicada el día 13 de mayo de 2022, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

7. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

8. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impida un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. El reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada.

A este respecto, el interesado expone en su reclamación inicial los siguientes hechos:

«1.- Que el día 29 de marzo de 2022 acudo a mi Doctora de cabecera, (...), por un fuerte dolor en la zona inguinal izquierda al realizar esfuerzo trabajando. Ya previamente había notado molestias, pero la doctora no me envió a la Mutua. Pero me emite el parte de baja con fecha 29 de marzo de 2022.

(...) hace una solicitud para que sea atendido por el cirujano del CAE de Gáldar.

2.- El día 27 de abril de 2022, acudo a la cita con el cirujano, y éste me informa que tengo que ser intervenido quirúrgicamente, y, que dicha intervención se me realizará en la Clínica (...).

Me da una serie de documentos informativos y un consentimiento informado que debo firmar para poder realizarme la intervención.

3.- El día 13 de mayo de 2022, ingreso a las 08:00 horas en la Clínica (...) para ser intervenido. Una vez operado, bajo anestesia general, en el despertar, a medida que se va eliminando el efecto de la anestesia, empiezo a sentir un dolor muy fuerte no solo en la zona inguinal, sino en toda la pierna izquierda, pregunto por qué tengo ese dolor tan intenso, pero no me dan ninguna explicación.

Aproximadamente sobre las 17:10 horas me dan el Alta Hospitalaria, a pesar de que les comenté que el dolor era insoportable. En ese momento el Dr. (...) (cirujano que me operó del CAE de Gáldar) no estaba en la Clínica (...), pero había dejado firmada el Alta antes de marcharse.

Salgo en silla de ruedas hasta la puerta de la clínica, ya que me era imposible caminar por el dolor que sentía en la pierna, y con la ayuda de mi mujer logré subir al coche.

(...)

Sobre las 20:00 horas, llegamos a Juncalillo, empleando casi dos en el trayecto debido al intenso dolor que sufría.

A las 20:30 horas, nos llama el doctor que me intervino, Dr. (...), diciendo: "Me han dicho que a (...) le han dado el Alta con un fuerte dolor en la pierna, yo no estaba en la Clínica cuando le dieron el Alta, dígale que tiene que volver a la Clínica".

Le comento que lo pasé muy mal en el trayecto y que estaba acostado, que no voy a soportar bajar en coche y el doctor me dice que llame a una ambulancia para que baje acostado.

A las 20:58 horas llamamos al 112 solicitando una ambulancia. Llego a la Clínica (...) sobre las 22:00 horas, y de ahí me pasan a planta a las 23:46 horas para tenerme en observación.

4.- El día 14 de mayo de 2022, a las 12:16 el Dr. (...) me da el Alta en la Clínica (...) Y ello a pesar de continuar con dolor intenso y persistente. Y todo el tiempo que estuve en observación, no se me realizó ninguna prueba diagnóstica.

Se me da cita para seguimiento en el CAE de Gáldar para el día 18 de mayo de 2022.

(...)

5.- El día 18 de mayo de 2022, entre las 24:00 y las 01:00 de la madrugada, acudo a urgencias del Centro de Salud de Gáldar, por el dolor tan intenso en la zona inguinal y en la pierna izquierda.

El Doctor que me atiende ve la pierna hinchada, con pulso débil, casi imperceptible, y morada. Le comento que es debido a la operación de hernia inguinal, y que a pesar de que me he quejado del dolor intenso, no me han hecho caso.

Rápidamente me derivan al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín trasladándome en ambulancia.

Ingreso en el Hospital a las 3:07 horas en urgencias, donde se me realizan pruebas (Rx, Ecografía Doppler) en la pierna, donde me diagnostican una TPV. He estado 5 días con el trombo sin saberlo, ya que en (...) no me realizaron ninguna prueba, con el riesgo que supone tener un trombo sin tratar.

A partir de ese momento me pautan tratamiento con Clexane (heparina).

(...)

6.- Me dan de alta del Hospital Dr. Negrín a las 9:19 horas de urgencias del día 18 de mayo de 2022. Ese mismo día, a las 12:45 horas tenía cita en el CAE de Gáldar con el cirujano Dr. (...). Acudo en silla de ruedas, ya que, desde el día de la operación no he podido desplazarme sin ella, una vez en consulta le explico que ya no puedo soportar más ese dolor y que tuve que acudir a urgencias la noche anterior, y me habían descubierto un trombo en la pierna izquierda por lo que me habían pautado heparina por la mañana y por la noche.

El cirujano me dice que es posible que al colocar la malla de sujeción de la hernia puede que haya pillado el nervio y la vena de la pierna.

Pero, aun así, el Dr. (...) no hizo nada, no me operó de urgencia ni en (...) ni en el Hospital Dr. Negrín.

7.- A todo esto, yo continúo con el intenso dolor, que no se me calma con la medicación, y veo que la situación es preocupante, pues el trombo puede desplazarse pudiendo llegar a los pulmones, causando un grave riesgo para la vida del paciente.

Lo único que me comentó el Dr. (...), es que si en algún momento me sentía asfixiado que fuera inmediatamente (lo antes posible) en ambulancia al Hospital Dr. Negrín.

8.- El día 20 de mayo de 2022 el Dr. (...), me llama para que acuda a urgencias del Hospital Dr. Negrín a las 8:00 horas de la mañana el día 23 de mayo de 2022, para ser intervenido el 24 de mayo (martes).

(…)

9.- El día 24 de mayo soy reintervenido por el Dr. (...) y el Dr. (...): Donde se realiza revisión quirúrgica de región inguinal, y se evidencia seroma grande en lecho quirúrgico y COMPRESIÓN del paquete vasculo nervioso femoral y obturador por malla quirúrgica y sus elementos de fijación. SE RETIRA LA MALLA Y SUS ELEMENTOS.

(...)

10.- El martes 31 de mayo acudo al CAE de Gáldar para revisión con el Dr. (...) y éste me dice que deberé tener un mínimo de reposo de 8 meses y que después de ese tiempo no podré levantar pesos ni hacer esfuerzos ya que no tengo la malla. Que existe claramente la posibilidad de salirle otra vez esa hernia y, además, con el problema añadido del nervio y la vena en esa zona, que existe mucho riesgo de volver a intervenir en dicha zona.

11.- Como consecuencia de todo lo expuestos en los puntos anteriores. Considero que el servicio prestado no ha sido el correcto.

Considero que:

1º.- En la intervención del 13 de mayo en la Clínica (...), creo que se puso mal la malla y las grapas que la sostienen (por eso pillaron el nervio y el vaso) porque considero que lo lógico es que se vea antes de cerrar quirúrgicamente. Por eso desperté de la anestesia con ese dolor tan intenso.

2º.- Aún continuo con mucho dolor, con la movilidad reducida, la pierna me falla al caminar y me he caído al suelo dos veces.

3º.- No puedo más con este dolor, y eso que tomo 2 Nolotil, 1 Tramadol y 1 Paracetamol cada 8 horas. Además, también tomo Diazepam para poder dormir porque el dolor no me deja descansar, y, aun así, me despierta el dolor.

Lo estoy pasando muy mal, cuando tengo que pincharme la heparina, a veces me da fatiga. También debo tener mucho cuidado con las heridas de ahora en adelante, porque puedo sufrir una hemorragia.

Física y Psicológicamente me encuentro muy mal y abatido.

Ahora mismo no sé cómo afrontar mi futuro ya que trabajo en la construcción y en la agricultura.

(...) ».

2. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos y las conclusiones que obran en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (SIP) de fecha 16 de octubre de 2025, emitido con ocasión del presente expediente de responsabilidad patrimonial, en el que se expone lo siguiente:

« (...) RELACIÓN DE HECHOS

El proceso clínico de (...) se inicia con el diagnóstico de hernia inguinal izquierda en abril de 2022. Tras una valoración preoperatoria sin alteraciones, se practica la intervención el 13 de mayo, con técnica Nyhus y colocación de malla.

Durante las primeras horas, el paciente presenta un dolor superior al habitual en la zona operada, que motiva una primera observación hospitalaria. Es dado de alta al día siguiente, sin signos clínicos de alarma.

En la primera semana postoperatoria comienza un empeoramiento progresivo, caracterizado por dolor irradiado al muslo y tumefacción del miembro inferior izquierdo. El 18 de mayo se realiza un eco-Doppler que demuestra trombosis venosa profunda (TVP) en la vena femoral superficial, iniciándose anticoagulación con heparina de bajo peso molecular.

Al persistir el dolor, el 23 de mayo se programa un nuevo ingreso hospitalario y se decide reintervención quirúrgica al día siguiente. La cirugía revela compresión mecánica del paquete vasculonervioso por la malla quirúrgica, que es retirada con alivio inmediato de la clínica y evolución favorable.

Durante las revisiones posteriores, el paciente mantiene síntomas neuropáticos persistentes, compatibles con lesión del nervio femoral, hallazgo confirmado posteriormente por electromiografía. En paralelo, la trombosis venosa evoluciona favorablemente bajo anticoagulación y control hematológico.

El curso clínico posterior se caracteriza por dolor neuropático residual, limitación funcional y atrofia muscular del muslo izquierdo, actualmente en seguimiento por la Unidad del Dolor y Rehabilitación.

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

La revisión integral de la historia clínica, junto con los informes quirúrgicos, evoluciones de enfermería, interconsultas y documentación complementaria, permite establecer una

trazabilidad asistencial completa, en la que cada actuación médica fue coherente con la evolución del cuadro y se ajustó a las recomendaciones clínicas vigentes.

La herniorrafía tipo Nyhus con colocación de malla protésica se encuentra entre las técnicas más empleadas y seguras para la reparación de hernias inguinales. En este caso, la intervención se llevó a cabo con indicación adecuada, técnica correcta y sin incidencias intraoperatorias. El dolor postoperatorio inmediato, aunque más intenso de lo habitual, fue detectado y monitorizado de forma precoz, lo que demuestra una vigilancia asistencial continuada.

La trombosis venosa profunda (TVP) diagnosticada al quinto día del postoperatorio se enmarca en una complicación vascular descrita en la literatura tras procedimientos protésicos inguinales. Su fisiopatología puede deberse a estasis venosa secundaria a inflamación local o compresión mecánica del retorno venoso por la malla. En este caso, la realización de eco-Doppler y el inicio inmediato de anticoagulación con heparina de bajo peso molecular representan una actuación diligente y acorde con los protocolos de prevención y tratamiento de ETEV postquirúrgica.

La reintervención precoz (a los once días) permitió identificar y corregir una compresión del paquete vasculonervioso femoral y obturador por el material protésico, causa directa del dolor persistente y de la alteración sensitivo-motora posterior. Este hallazgo justifica clínicamente la evolución neurológica observada y pone de manifiesto una adecuada capacidad de respuesta del servicio quirúrgico, que actuó de forma proporcional y basada en criterios clínicos objetivos.

Las complicaciones neurológicas postherniorrafia —especialmente el atrapamiento o irritación del nervio femoral o femorocutáneo— son poco frecuentes (≤1%), pero reconocidas en series amplias y revisiones sistemáticas. Su presentación no implica necesariamente un error técnico, ya que pueden originarse por variaciones anatómicas, tracción durante la disección o reacción inflamatoria al material sintético, incluso en cirugías correctamente realizadas.

En este paciente, la cronología de los síntomas, la confirmación electromiográfica y la mejoría parcial tras la retirada de la malla sustentan la plausibilidad biológica de una lesión nerviosa postquirúrgica, pero no evidencian infracción de la lex artis ad hoc.

El documento de consentimiento informado, firmado antes de la intervención, recoge de manera explícita los riesgos de lesión nerviosa, dolor prolongado, lesión vascular y necesidad de reintervención o retirada de la malla. Esto demuestra que el paciente fue adecuadamente informado y que el evento adverso que finalmente ocurrió estaba entre las complicaciones posibles del procedimiento.

Por tanto, el proceso asistencial refleja actuación técnica correcta, respuesta rápida ante las complicaciones y seguimiento multidisciplinar completo (Cirugía, Hematología, Rehabilitación y Unidad del Dolor). No se identifican omisiones, retrasos ni desviaciones de la práctica clínica habitual.

En conclusión, la evolución del caso responde a una complicación reconocida y excepcional, de base fisiopatológica explicable y manejo clínico correcto, que no puede atribuirse a deficiencia individualizada ni a funcionamiento anómalo del servicio, sino al riesgo inherente de la técnica quirúrgica utilizada.

CONCLUSIONES

1. El procedimiento quirúrgico se efectuó de acuerdo con la técnica reconocida de Nyhus, sin incidencias intraoperatorias.

2. La aparición de trombosis venosa profunda y compresión vasculonerviosa por la malla constituye una complicación infrecuente y descrita en la bibliografía médica especializada.

3. Se evidencia una actuación clínica correcta, con diagnóstico y tratamiento adecuados en tiempos prudenciales, incluyendo anticoagulación y reintervención temprana.

4. El consentimiento informado fue claro, completo y firmado, incorporando los riesgos que finalmente se presentaron.

5. No se aprecian deficiencias asistenciales ni infracción de la lex artis ad hoc.

6. El daño neurológico y el dolor crónico subsiguiente deben interpretarse como una secuela derivada de complicación quirúrgica reconocida, no atribuible a funcionamiento anómalo del servicio».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

- El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 13 de julio de 2022 en el ámbito del SCS.

- Con fecha 14 de julio de 2022, se requiere al reclamante a fin de que subsane y mejore la reclamación formulada, presentándose, con fecha 28 de julio de 2022, la documentación requerida.

- Mediante Resolución de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud n.º 2064/2022, de 8 de agosto, se admitió a trámite la reclamación del interesado.

- Con fecha 8 de agosto de 2022 se requiere al SIP para que «a la vista de la Historia Clínica y recabado por ustedes el oportuno informe del Servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable, se emita por esa Inspección Médica informe en el que se concreten los siguientes extremos:

a) Lesiones producidas.

b) Presunta relación de causalidad entre lo hechos alegados por el reclamante y la actuación del servicio público sanitario.

c) Cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente

d) Cualquier extremo que, en relación con este tema, considere de interés».

- Con fecha 23 de septiembre de 2022 por la representación de Hospitales (...) se aporta determinada documentación.

- Con fecha 10 de octubre de 2022 por el Servicio Canario de la Salud se remite copia de la Historia Clínica del reclamante, documento de consentimiento informado e informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva.

- Con fecha 29 de octubre de 2024 por el interesado se presenta escrito aportando informe pericial elaborado por el Dr. (...) y demás documentación médica y judicial.

- Con fecha 13 de enero de 2025 se presenta escrito por el reclamante solicitando información del estado del expediente o, en su caso, resolución expresa.

- Con fecha 26 de febrero de 2025, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como pruebas la documental, la pericial y la testifical.

- Con fecha 4 de abril de 2025 por el reclamante se presenta escrito aportando informe pericial elaborado por (...), así como determinada documentación médica.

- Con fecha 9 de abril de 2025 por el Servicio Canario de la Salud se remite al SIP «informe pericial aportado por el interesado en fase probatoria, a fin de que en el plazo de 10 días se emita informe complementario dando respuesta a las cuestiones planteadas en el mismo».

- Con fecha 16 de octubre de 2025 por el SIP se emite informe complementario.

- Con fecha 20 de octubre de 2025, se procede a la apertura del trámite de audiencia, confiriendo al interesado un plazo de diez días a fin de que pudiera

formular alegaciones, aportar documentos y las justificaciones que tuviese por conveniente.

- Con fecha 29 de octubre de 2025 se presenta por el interesado escrito en el que solicita información del estado del expediente, o, en su caso, resolución expresa.

- Con fecha 3 de noviembre de 2025 por el reclamante se presenta escrito en el que solicita se le de traslado del informe complementario del SIP y «*se le conceda audiencia a partir de la fecha de puesta a disposición del mencionado informe*».

- Con fecha 21 de noviembre de 2025 se confiere nuevo trámite de audiencia, presentándose alegaciones por el reclamante con fecha 4 de diciembre de 2025.

- Con fecha 11 de diciembre de 2025 se requiere al reclamante para que cuantifique el importe de la indemnización solicitada, lo que es verificado con fecha 17 de diciembre de 2025 cuantificando el importe de la reclamación en 400.000 euros.

- A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

- Con fecha 21 de enero de 2026 se emite Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada por el interesado.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo (entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), «*la jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que «para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración».

3. Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada «*lex artis ad hoc*».

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (Recurso de Casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

En idéntico sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: *«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de*

causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Ha de tenerse en cuenta, por tanto, que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

En este mismo sentido se ha decantado este Consejo Consultivo de Canarias. Así, se ha de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Organismo, en el que se expresa lo siguiente:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las

condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se van a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración (...) .

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que "en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto (...) ».

4. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria del reclamante tiene por objeto la asistencia médica que se le ha dispensado en relación con su patología

de hernia inguinal izquierda y que, a su juicio, considera que «*en la intervención del 13 de mayo en la Clínica (...), creo que se puso mal la malla y las grapas que la sostienen (por eso pillaron el nervio y el vaso) porque considero que lo lógico es que se vea antes de cerrar quirúrgicamente*».

A pesar de tales manifestaciones, el reclamante no aporta material probatorio suficiente que sostenga su pretensión. Antes, al contrario, la Propuesta de Resolución, con base en los informes obrantes en el expediente, rebate tal pretensión.

A estos efectos, se ha de recordar que este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictámenes 87/2019, de 13 de marzo y 219/2020, de 3 de junio) que, según el art. 32.1 LRJSP, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

En el presente caso ha quedado acreditado que el reclamante fue intervenido el día 13 de mayo de 2022 de una hernia inguinal izquierda, sufriendo complicaciones postquirúrgicas consistentes en trombosis venosa profunda (TVP) y afectación del plexo nervioso con lesión axonal parcial del nervio femoral severa, que requirió de reintervención, y que ha derivado en un dolor crónico por neuropatía femoral, generando en el reclamante un trastorno depresivo moderado.

Ahora bien, la constancia de estas patologías no implica -tal y como adelantamos- que en el presente caso haya quedado acreditada la existencia de una mala *praxis* por parte del profesional sanitario que asistió al Sr. (...)

En este sentido, el reclamante para acreditar el fundamento de su pretensión aporta dos informes periciales:

En el primero, emitido por el Dr. (...) en fecha 24 de enero de 2024, no se hace referencia alguna a la existencia de una posible mala *praxis* como factor causante del cuadro patológico que padece el Sr. (...), advirtiéndose que su emisión tiene por objeto la aportación a un posterior juicio laboral en el que se le reconozca la prestación de incapacidad permanente absoluta.

El segundo informe pericial emitido por el Dr. (...) el 1 de abril de 2025, tras establecer el objeto del dictamen y la cronología asistencial, alcanza las siguientes conclusiones:

«Por ello se colige, del estudio de la documentación clínica aportada, una existencia del nivel de diligencia exigido a los profesionales sanitarios en la atención dispensada al afectado que provocó en el mismo una evolución clínica desfavorable, existiendo una relación de causalidad entre la conducta asistencial y el daño ocasionado porque " (...) la relación de causalidad presupone un necesario encadenamiento de hechos precedentes básicos para que el resultado resarcible se produzca y de la existencia de una conducta de suficiente importancia como que pueda considerarse desencadenante de aquel resultado (...) ", por lo que se ha producido un quebrantamiento de la lex artis ad hoc.

Por tanto, el nexo causal se fundamenta en los siguientes criterios:

- Criterio de intensidad: tiene que presentar tal fuerza que sea capaz de justificar la existencia sobre el punto de vista médico. Resulta justificado en el caso que nos ocupa.

- Criterio topográfico: el efecto debe situarse, topográficamente, en el lugar en que la ciencia médica lo justifique y lo pueda explicar, existiendo una correlación entre los elementos desencadenantes: cirugía, cuerpo extraño no adecuadamente implantado, daño de estructuras vasculonerviosas, complicaciones orgánicas y psíquicas, secuelas. Es evidente que en la documentación clínica aportada se recoge la existencia de dichas alteraciones topográficas.

- Criterio temporal: este debe producirse dentro del periodo de tiempo que la ciencia médica considere normal y frecuente. Queda recogido en los documentos médicos aportados.

- Criterio de continuidad sintomática: explica, no solo la lesión inicial, sino la evolución en el tiempo de esta, como de hecho ha sucedido en el paciente, con un deterioro crónico de su estado de salud (...) ».

El Dr. (...) alcanza la conclusión de que, en el presente caso, ha existido mala *praxis* sin mayores razonamientos, empleando términos vagos y genéricos –«*Por ello se colige, del estudio de la documentación clínica aportada, una existencia del nivel de diligencia exigido a los profesionales sanitarios en la atención dispensada al afectado que provocó en el mismo una evolución clínica desfavorable*»-, y acudiendo a referencias jurisprudenciales para fundamentar tal conclusión, pero sin entrar en un análisis concreto y específico de las circunstancias particulares de la actuación médica que, supuestamente, se realizó inadecuadamente. Asimismo, tampoco se efectúa un estudio y valoración completa de la relación de causalidad existente entre el acto médico y las patologías que presenta el Sr. (...) Tales deficiencias determinan que la fuerza probatoria de este informe pericial no sea suficiente para acreditar la mala *praxis* invocada por el reclamante.

Por el contrario, en el expediente obra el Informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario Dr. Negrín de 3 de octubre de 2022, en el que se da cumplida respuesta a las cuestiones planteadas por el interesado a la par que se razona y concluye que no existe fundamento para afirmar que se haya actuado de modo disconforme con la *lex artis,* exponiendo lo siguiente:

«(...) fue diagnosticado en abril de 2022 de hernia inguinal izquierda tras valoración por el cirujano del CAE de Gáldar. El 13 de mayo de 2022 el mismo cirujano le practicó una herniorrafía tipo Nyhus con malla (corrección quirúrgica de la hernia y refuerzo con la colocación de una malla). Tal como habitualmente se hace con todos los pacientes operados por este motivo, se le dio el alta a su domicilio ese mismo día por la tarde.

No obstante, tras el alta, el cirujano fue informado que el paciente aquejaba la presentación de un dolor excesivo en la zona operada con irradiación a la pierna. Llamó al paciente, recomendándole que volviera a la clínica para ser ingresado y quedar en observación. Tras ser valorado al día siguiente por el cirujano, ante la ausencia de signos preocupantes, fue dado de alta al día siguiente y se le emplazó para una nueva revisión el 18 de mayo (4 días después).

En la madrugada del día 18 de mayo, ante persistencia de dolor en la zona operada, acude al centro de salud de Gáldar, desde dónde se le envía al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín, siendo diagnosticado de Trombosis Venosa Profunda (TVP) y se le da el alta ese mismo día con el tratamiento habitual para este tipo de patología.

Ese mismo día tenía prevista la revisión con el cirujano, por lo que, tras ser dado de alta del servicio de urgencias, acudió a su consulta externa. Tras valoración por el cirujano, según refiere el paciente, le informó que, al fijar la malla (se hace colocando puntos de sujeción), uno de estos puntos podría haber englobado a un nervio (dolor) y parcialmente a la vena estrechándola, lo cual podría haber condicionado una situación de estasis de la sangre y su posterior trombosis.

El día 20 de mayo (7 días después de la operación), a instancias del cirujano ingresó en el Hospital Dr. Negrín para completar estudio y reintervención. Antes de la reintervención se le realizó analítica general, una ecografía de la zona operada y un scanner para completar el estudio. Con esta última prueba se evidenció definitivamente la estrechez de la vena a su paso por la región inguinal y su trombosis parcial y la necesidad de reintervenir quirúrgicamente.

El día 24 de mayo se reintervino quirúrgicamente, por el mismo cirujano, evidenciándose un seroma (= colección de líquido no infectado) y compresión del paquete vasculonervioso femoral y obturador por la malla quirúrgica y sus elementos de fijación. Fue preciso retirar la malla dichos elementos de fijación.

Fue dado de alta a posteriori con anticoagulación hasta que los trombos se resuelvan y sigue sus revisiones habituales. El paciente, según refiere, continúa aquejando dolor en la zona operada.

Presenta un Expediente de Reclamación Patrimonial solicitando una indemnización "por los daños y perjuicios presuntamente derivados de la asistencia que le fue prestada".

Desde mi punto de vista el paciente presentó tras la intervención quirúrgica (Herniorrafía de Nyhus) dos complicaciones: una posible lesión nerviosa que le ha causado el dolor y una estenosis (= estrechez) de la vena femoral que le originó una trombosis venosa profunda.

Si bien son dos circunstancias cuya aparición conjunta es muy poco frecuente, ambas se recogen en el consentimiento informado firmado preoperatoriamente por el paciente: "dolor postoperatorio prolongado por afectación nerviosa" y "lesión vascular" (página 1, párrafo 10).

El dolor persistente postoperatorio se está presentando cada vez con mayor frecuencia debido a la utilización de las mallas. Está recogido como complicación del tratamiento quirúrgico de las hernias en la literatura médica. Puede ser debido a la lesión directa o indirecta de los nervios sensitivos de la zona. La lesión directa se produciría cuando el cirujano inadvertidamente secciona alguna de estas ramas o se afecta por el calor desprendido por el bisturí eléctrico. La lesión indirecta se produce cuando queda atrapado de forma indefectible por las suturas o por la malla o, quizás más frecuentemente, por la

reacción inflamatoria que produce estas mallas en la zona operatoria. A veces el dolor que se presenta tras la operación se relaciona directamente con la presencia de la malla y sin afectación del nervio.

Habría que añadir que la sección inadvertida de alguna rama nerviosa como causa de dolor (lesión directa) también es discutida, es decir, no se sabe por qué se presenta en unos pacientes y en otros no. Independientemente de que los cirujanos de nuestro hospital aíslan y respetan dichos nervios de forma sistemática y este caso no ha debido ser una excepción, otros cirujanos recomiendan seccionar el nervio para evitar la aparición ocasional de la inguinodinia (= dolor inguinal postoperatorio). Es decir, proponen como remedio una de las posibles causas del dolor.

En cuanto a la lesión vascular, la compresión extrínseca de la vena por la malla o por algún punto de fijación de esta, también se ha descrito en la literatura. Incluso se han llegado a publicar varias series de casos muy similares al que presentó el paciente. No obstante, se considera una complicación muy poco frecuente.

La pregunta que plantear es por qué se ha producido este evento en este paciente. Se descarta la mala praxis o falta de conocimiento por parte del cirujano que lo operó puesto que este cirujano ha operado cientos de hernias, siendo la técnica de Nyhus la más empleada por él, y esta es la primera vez que le ocurre esta complicación. Deben haber concurrido otros factores. Hay que tener en cuenta que la técnica de Nyhus es una técnica considerada por muchos como más efectiva la hora de prevenir las recidivas de las hernias, pero más difícil de ejecutar técnicamente por su característica forma de abordar la ingle. El cirujano que intervino al paciente tenía una amplia experiencia en este tipo de técnica. Quizás lo que haya influido más en este caso sea la peculiar anatomía del paciente: pelvis muy estrecha y profunda que dificultaron enormemente las maniobras reparadoras de la hernia. Esta circunstancia, en la mayoría de los casos, solamente se hace patente una vez que se accede quirúrgicamente a la zona donde se encuentra la hernia.

En el ERP presentado se hace referencia a una serie de circunstancias que conviene aclarar:

1) En página 3, párrafo 3, se afirma: "He estado 5 días con el trombo sin saberlo, ya que en (...) no me realizaron ninguna prueba, con el riesgo que supone tener un trombo sin tratar". El diagnóstico de la TVP se basa principalmente en los síntomas (dolor, hinchazón y aspecto de la pierna afectada) y en los resultados de una prueba denominada "eco-Doppler". En un postoperatorio inmediato de una hernia, ante la presencia de dolor, no se suele realizar ninguna prueba a no ser que se acompañe de algún otro tipo de síntomas que sugieran la presencia de complicaciones, como la hinchazón. En el momento del segunda alta de la Clínica (...), presentaba dolor, pero no presentaba hinchazón de la pierna. El dolor postoperatorio es un síntoma cuya intensidad es muy variable según los pacientes y, en principio, puede considerarse normal en el tras ser operado de una hernia. Cuando, 3 días

después, acudió al centro de salud y al hospital Dr. Negrín, ya presentaba síntomas evidentes de una TVP (hinchazón) que al día siguiente del postoperatorio no estaban. Es decir, si tuviera dolor e hinchazón al día siguiente en la Clínica (...), se le hubieran hecho las pruebas pertinentes.

2) En la página 3, párrafo 8, se indica: "pero, aun así, el Dr. (...) no hizo nada, no me operó de urgencia ni en (...) ni en el Hospital Dr. Negrín." Para decidirse a reoperar a un paciente con estas características se precisa primero obtener el máximo de información en relación con el cuadro que presenta el paciente, bien observando la evolución clínica o bien solicitando pruebas radiológicas. Resaltar que diariamente llegan 2-3 enfermos al Servicio de Urgencias con TVP sin haber sido operados de hernia. Aunque es lógico pensar que en este caso sí tenía relación con la operación, podría haberse desarrollado espontáneamente en un paciente predispuesto a formar coágulos por padecer determinadas enfermedades hematológicas previamente n detectadas.

3) En los "Fundamentos de Derecho", página 5, punto SEGUNDO, se fundamenta la solicitud del ERP en que " (...) queda patente por la existencia de un funcionamiento anormal del servicio, al no prestar la asistencia y tratamiento debido, ni en tiempo (falta de realizar todas las pruebas necesarias) ni en forma". Desde mi punto de vista en ningún momento se observa un funcionamiento anormal del servicio. La continuidad asistencial del paciente ha sido un hecho perfectamente escrutable: a) reingreso en Clínica (...) para observación el mismo día del alta por la tarde, b) atención correcta al 4º día en el servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín, donde se le diagnosticó y se le puso tratamiento al cuadro de TVP, c) nueva valoración ese mismo día por el cirujano en la consulta externa, y d) posterior ingreso en el Hospital Dr. Negrín para completar el estudio y llevar a cabo la reintervención con todos los medios disponibles al alcance del cirujano.

4) En el punto TERCERO de los Fundamentos de Derecho se insiste en que "constituye infracción de la lex artis ad hoc por parte del facultativo en el postoperatorio cuando `a pesar de los gravísimos síntomas aparecidos (...) no efectuó actuación alguna y ni siquiera prueba médica algún´". No sabemos a qué "gravísimos síntomas" se refiere. El dolor postoperatorio es común y muy variable dependiendo de las personas. No se suelen realizar pruebas en estas circunstancias. En el postoperatorio inmediato no se objetivó la hinchazón para poder sospechar una TVP. Una vez que apareció dicha hinchazón y el paciente acudió al Servicio de Urgencias, fue diagnosticado y tratado perfectamente en primera instancia para, días después, reintervenirse».

Asimismo, el informe del SIP realiza las siguientes observaciones y comentarios:

« (...) La revisión integral de la historia clínica, junto con los informes quirúrgicos, evoluciones de enfermería, interconsultas y documentación complementaria, permite

establecer una trazabilidad asistencial completa, en la que cada actuación médica fue coherente con la evolución del cuadro y se ajustó a las recomendaciones clínicas vigentes.

La herniorrafía tipo Nyhus con colocación de malla protésica se encuentra entre las técnicas más empleadas y seguras para la reparación de hernias inguinales. En este caso, la intervención se llevó a cabo con indicación adecuada, técnica correcta y sin incidencias intraoperatorias. El dolor postoperatorio inmediato, aunque más intenso de lo habitual, fue detectado y monitorizado de forma precoz, lo que demuestra una vigilancia asistencial continuada.

La trombosis venosa profunda (TVP) diagnosticada al quinto día del postoperatorio se enmarca en una complicación vascular descrita en la literatura tras procedimientos protésicos inguinales. Su fisiopatología puede deberse a estasis venosa secundaria a inflamación local o compresión mecánica del retorno venoso por la malla. En este caso, la realización de eco-Doppler y el inicio inmediato de anticoagulación con heparina de bajo peso molecular representan una actuación diligente y acorde con los protocolos de prevención y tratamiento de ETEV postquirúrgica.

La reintervención precoz (a los once días) permitió identificar y corregir una compresión del paquete vasculonervioso femoral y obturador por el material protésico, causa directa del dolor persistente y de la alteración sensitivo-motora posterior. Este hallazgo justifica clínicamente la evolución neurológica observada y pone de manifiesto una adecuada capacidad de respuesta del servicio quirúrgico, que actuó de forma proporcional y basada en criterios clínicos objetivos.

Las complicaciones neurológicas postherniorrafia —especialmente el atrapamiento o irritación del nervio femoral o femorocutáneo— son poco frecuentes (≤1%), pero reconocidas en series amplias y revisiones sistemáticas. Su presentación no implica necesariamente un error técnico, ya que pueden originarse por variaciones anatómicas, tracción durante la disección o reacción inflamatoria al material sintético, incluso en cirugías correctamente realizadas.

En este paciente, la cronología de los síntomas, la confirmación electromiográfica y la mejoría parcial tras la retirada de la malla sustentan la plausibilidad biológica de una lesión nerviosa postquirúrgica, pero no evidencian infracción de la lex artis ad hoc.

(…)

Por tanto, el proceso asistencial refleja actuación técnica correcta, respuesta rápida ante las complicaciones y seguimiento multidisciplinar completo (Cirugía, Hematología, Rehabilitación y Unidad del Dolor). No se identifican omisiones, retrasos ni desviaciones de la práctica clínica habitual.

En conclusión, la evolución del caso responde a una complicación reconocida y excepcional, de base fisiopatológica explicable y manejo clínico correcto, que no puede

atribuirse a deficiencia individualizada ni a funcionamiento anómalo del servicio, sino al riesgo inherente de la técnica quirúrgica utilizada».

En definitiva, siendo el presupuesto de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario que se produzca por el médico una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, valorado el material probatorio obrante en el expediente administrativo, consideramos que en el presente supuesto se empleó una técnica correcta -herniorrafía de Nyhus- para abordar la hernia inguinal izquierda que padecía el reclamante, sin que haya quedado acreditado que el abordaje quirúrgico se realizara inadecuadamente.

Asimismo, tras la intervención quirúrgica se llevó a cabo una vigilancia asistencial continuada y dentro de unos plazos relativamente breves, mediante su ingreso en la Clínica (...) -13 y 14 de mayo de 2022-; la atención en el Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín y la revisión por el cirujano que practicó la intervención quirúrgica -18 de mayo 2022-; y la práctica de pruebas diagnósticas y nuevo ingreso con reintervención en el Hospital Dr. Negrín -del 20 al 24 de mayo de 2022-. Además, una vez advertidas tanto la TVP como la lesión nerviosa fueron correctamente resueltas.

5. Por último, se ha de señalar que el Sr. (...) firmó el 22 de abril de 2022 el documento de consentimiento informado (DCI) en el que se exponía como riesgos generales y específicos del procedimiento lo siguiente:

«Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes: Infección, sangrado o colección de líquido en la herida quirúrgica. Flebitis. Retención aguda de orina. Hematoma. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Dolor postoperatorio prolongado por afectación nerviosa. Rechazo de la malla. Reproducción de la hernia. En hernias inguinales: inflamación y atrofia testicular. Lesión vascular.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte».

En relación con el DCI, se ha señalado insistentemente por este Consejo, desde el Dictamen 55/2014, de 26 de febrero, que uno de los elementos de la *lex artis* es el documento de consentimiento informado personalizado, documento en cuya virtud el paciente consiente la intervención médica con los riesgos inherentes a ella, siempre que se haya realizado la actuación médica misma de conformidad con las reglas de la *lex artis ad hoc*.

La regulación del consentimiento informado implica que la responsabilidad por las consecuencias que puedan surgir de los posibles riesgos derivados de las actuaciones médicas, siempre y cuando se haya actuado conforme a la «*lex artis ad hoc*», será asumida por el propio paciente.

Por tanto, el consentimiento informado constituye otro de los presupuestos necesarios para una adecuada práctica médica, encontrándose regulado en los arts. 8 y siguientes de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, y respecto del cual la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Burgos 136/2017, de 31 de julio, ha señalado:

«Debe también recordarse la doctrina sobre el consentimiento informado, y para ello es válida la cita de la STS Sala 3ª, sec. 4ª, S 7 de abril de 2011, rec.3483/2009 que recuerda que la falta de consentimiento informado constituye una infracción de la lex artis ad hoc, pero que para que la misma sea merecedora de indemnización se precisa que a quien la invoca se le haya producido un daño antijurídico que no esté obligado a soportar. Pero, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (RCL 2002, 2650), básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula en el artículo 4 lo que denomina el derecho a la información asistencial y expresa en su número 1 que: "los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley" y añade en los números 2 y 3 de ese precepto que: "la información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad", y que "el médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle". Ese derecho se materializa en lo que se denomina consentimiento informado y del que se ocupa el artículo 8 de la Ley cuando dispone que "1. 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 art. 4, haya valorado las opciones propias del caso. 2. El consentimiento será verbal por

regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente".

Es obvio, puesto que así expresamente lo afirma la Ley, que el consentimiento "será verbal por regla general", para añadir a continuación aquellos supuestos en los que esa regla cede ante la necesidad de que el consentimiento sea por escrito cuando se trate de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente».

También, en relación con el consentimiento informado, indicaba este Consejo Consultivo en sus Dictámenes 60/2024, de 1 de febrero, 412/2021, de 9 de septiembre, 429/2021, de 16 de septiembre, y 114/2022, de 24 de marzo, lo siguiente:

« (...) En este sentido, procede señalar que, efectivamente, integra la lex artis el deber para los servicios sanitarios de prestar a los pacientes información adecuada acerca de su enfermedad, de los tratamientos que pueden ser aplicados y de los posibles riesgos que estos conllevan, tal como dispone la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. El correcto entendimiento del deber que esta Ley impone exige que los pacientes reciban cumplida información acerca de las opciones clínicas disponibles y de los riesgos que las mismas engendran, ya que el contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos.

Esta regulación legal implica, además, que el defecto de consentimiento informado se considera como incumplimiento de la lex artis y revela una manifestación de funcionamiento anormal de la Administración. Por el contrario, su cumplimiento en debida forma supone que es el paciente quien asume las consecuencias derivadas de las actuaciones sanitarias, siempre y cuando estas hayan sido conformes a la lex artis ad hoc. El consentimiento informado constituye así uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía. De esta forma, los pacientes, en cuanto asumen los beneficios que se derivan de una intervención quirúrgica, asumen igualmente los riesgos cuya concreción resulte posible a pesar de que el acto médico fuera correctamente practicado. El deber de soportar que no se alcance un éxito terapéutico completo resulta de la asunción voluntaria de ese riesgo, por lo que de concretarse este la lesión no revestiría el carácter de antijurídica (...) ».

En el presente caso, los riesgos de lesión vascular, dolor postoperatorio prolongado por afectación nerviosa y reintervención, estaban expresamente contemplados en el DCI como riesgo de la intervención.

Por ello, se puede concluir que el reclamante al firmar el DCI conocía, comprendía y aceptaba la intervención quirúrgica, asumiendo de esta forma que podían presentarse riesgos o complicaciones. Complicaciones que, por otro lado, fueron adecuadamente resueltas por los servicios médicos, tal como ha quedado acreditado con la documental obrante en el expediente.

De esta forma, el riesgo de que se produjeran las complicaciones que el reclamante ha experimentado no era un riesgo generado por el funcionamiento del servicio de salud sino de las consecuencias de la intervención, de lo que se le informó convenientemente, asumiéndolo con su firma, lo que obliga al perjudicado a soportar el daño, por lo que el perjuicio no es antijurídico y, por ende, no es indemnizable, ya que se considera que la asistencia se realizó, como se dijo, de acuerdo a la *lex artis*.

En virtud de lo expuesto, debemos concluir que en el presente caso no ha quedado acreditado que la actuación del profesional sanitario que intervino quirúrgicamente al reclamante y supervisó el seguimiento de aquella, sea contraria a la *lex artis*.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria del interesado al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, se considera conforme a Derecho.