Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 6 5 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 5 de mayo 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. 127/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva pues, pues la interesada reclama en concepto de indemnización 127.742,11 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

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; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y 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.

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, 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 SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la afectada la condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

En lo que se refiere a 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, mediante el SCS, aun cuando, en este caso, la asistencia sanitaria objeto de reclamación se prestó por (...) ((...)). Por ello, se le atribuye también la legitimación pasiva en el presente procedimiento.

Como se ha manifestado en numerosos dictámenes de este Consejo Consultivo [DDCC 31/1997, de 20 de marzo; 554/2011, de 18 de octubre; 93/2013, de 21 de marzo; 154/2016, de 16 de mayo y 48/2017, de 13 de febrero, entre otros], los conciertos sanitarios, cuya regulación específica se encuentra en los arts. 90 y siguientes de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, pertenecen al género del contrato administrativo típico denominado concierto para la gestión indirecta de los servicios públicos.

Conforme a la legislación de contratación administrativa, si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Por ello, en los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud -el SCS en este caso-, como el centro sanitario privado concertado; porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de éste, entonces estará obligado a resarcirlo.

En definitiva, en el presente procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del SCS, junto a éste, está legitimado pasivamente el centro sanitario privado concertado. Estas razones explican que el instructor haya llamado a dicha empresa contratista al procedimiento -en su calidad de presunto responsable del daño alegado- y le haya dado vista del expediente y trámite de audiencia.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó su reclamación el día 23 de octubre de 2023, finalizando el proceso médico por el que reclama en enero de 2023.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste 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).

II

1. En relación con los antecedentes de hecho, en la Propuesta de Resolución, se resume los extensos antecedentes expuestos en la reclamación, debidamente documentados, de la siguiente manera:

«Con fecha 17 de mayo de 2019 la interesada es intervenida de colelitiasis en (...) a cargo del SCS. A la exploración física presenta posible hernia umbilical asintomática, pero no se corrige durante la intervención quirúrgica

.- En ecografía de 3 de julio de 2019 se valora la presencia de hernia umbilical y otra periumbilical, e ingresa en (...) para ser intervenida

.- El 18 de agosto de 2019, acude a urgencias de (...) por secreción amarillenta en borde de herida quirúrgica. Se diagnostica de seroma postquirúrgico, el cual se confirma en ecografía de 17 de marzo de 2020, la cual descarta recidiva de hernia

.- En TAC de 13 de julio de 2020 no se aprecia seroma ni cambios relacionados con reparación de hernia

.- El día 30 de noviembre de 2020 acude a consulta de Cirugía Plástica y Reparadora, derivada del Servicio de Cirugía General. Se registra una tórpida evolución y presencia de adherencias cicatriciales periumbilicales

.- En TAC de 18 de diciembre de 2020 se aprecia presencia de seroma de 30 mm de espesor.

.- Con fecha 1 de marzo de 2021 se realiza Abdominoplastia en (...) por persistencia de dolor y deformidad local sintomática (dermolipectomía funcional), haciendo referencia al TAC de julio de 2020 (no se aprecia seroma), pero sin referirse al de diciembre del mismo año en el que sí se apreciaba seroma

.- En curas durante el mes de marzo de 2021 se observa epidermolisis de ombligo y dehiscencia de 1 cm de herida quirúrgica que se sutura y se pauta antibioterapia.

.- Durante el mes de abril de 2021 se continúan las curas y se sutura dehiscencia de 3 cm. Buena evolución en general

.- El 23 de agosto de 2021 la paciente presenta intenso dolor periumbilical. Tras realizar ecografía se observa seroma bajo la cara profunda de malla quirúrgica

.- El 15 de noviembre de 2021 ingresa en (...) para nueva remodelación abdominal por exceso de grasa en flancos y extirpación de tumoración quística supraumbilical.

.- Durante el mes de diciembre se suturan dehiscencias y se recoge cultivo de herida previo a la pauta antibiótica. Posteriormente el cultivo resulta positivo en Staphilococcus aureus

.- En el mes de mayo, presenta mejoría pero abdomen globuloso y tras pruebas de imagen se observa pequeña hernia umbilical de contenido graso, que se interviene el 25 de noviembre de 2022. En ecografía de 27 de enero de 2023 no se aprecian recidivas herniarias

Por iniciativa privada acude a Clínica (...) a realizarse ecografía que revela diastasis de músculos rectos anteriores y hernia supraumbilical

En TAC realizado en otro centro privado (Hospital (...)) el 4 de abril de 2023 se confirma el resultado anterior.

En la actualidad la paciente requiere de otra intervención quirúrgica.

La interesada reclama por retraso en tratamiento, error en pruebas diagnósticas con pérdida de oportunidad en la curación, y entiende que la deficiente asistencia sanitaria viene arrastrándose desde la primera intervención y que sigue sufriendo en la actualidad, pues desde la primera cirugía debió ser intervenida de la hernia umbilical que sigue padeciendo tras cinco intervenciones. Además, padeció un seroma que le producía dolor y que mantuvo hasta marzo de 2021, (16 meses desde la primera cirugía).

Además, tuvo que acudir a dos centros privados para ser diagnosticada de diástasis de músculos rectos anteriores y hernia supraumbilical que no se vieron en ecografía de 27 de enero de 2023, y que hacen que requiera una nueva intervención.

Cuantifica la indemnización solicitada en 125.742, 11 euro»

2. Con la finalidad de completar adecuadamente los antecedentes de hecho expuesto, es preciso tener en cuenta el primero de los dos informes del Servicio de

Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, emitido el día 2 de junio de 2025, en el que se señala al respecto que:

«1.- Según historia clínica, informes, y documentación aportada, la paciente con fecha de nacimiento 17/05/1983 (36 años en el momento de los hechos), tiene antecedentes personales entre los que destacan: Trastorno Depresivo Ansioso reactivo a problemática personal, familiar, económica-laboral tratada con apoyo psicológico y farmacológico, de años de evolución (al menos desde 2016). Diabetes Mellitus tipo II tratada con fármacos orales. Tabaquismo. Hernia discal lumbar con procesos de lumbociatalgia. Condropatía rotuliana izquierda diagnosticada por RMN (noviembre/2019), tras presentar rodilla dolorosa. Tres partos, al menos uno mediante cesárea, además de lipomatosis difusa, con cirugía de extirpación de lipomas (acúmulos de grasa): abdominal (julio/2016), en antebrazo (12/2017) y lipomectomía mamaria posterior, como antecedentes quirúrgicos a destacar.

2.- Dado concierto del S.C.S. con HUHB, la paciente, con antecedentes de litiasis vesicular sintomática había sido derivada para intervención quirúrgica de colecistectomía por el Servicio de Cirugía de HUHB.

3.- En consulta de Cirugía del HUHB, en fecha 07/05/2019, consta en exploración física que, se aprecia obesidad grado II y posible hernia umbilical no sintomática. Queda reflejado que, en ecografía abdominal de fecha 13/02/2019 presenta litiasis vesicular de 18 mm sin dilatación de la vía biliar principal. Queda descrito la paciente queda informada, firmándose consentimiento informado y quedando planificada la cirugía de colecistectomía.

4.- Previos estudios preoperatorios que no contraindicaban la cirugía, ingresa de forma programada el 17/05/2019, realizándose la intervención quirúrgica propuesta con anestesia general. En protocolo de intervención se describe colelitiasis única, colecistitis (inflamación) crónica, vesícula en gorro frígeo (anomalía congénita), efectuándose colecistectomía laparoscópica previa identificación y clips del conducto cístico y arteria cística. Se realiza lavado y hemostasia. Se deja redón (drenaje) subhepático. Se realiza extracción de pieza quirúrgica por puerto umbilical con bolsa específica. Se realiza cierre de defectos. Se utilizan sutura vicryl y grapas. No se describen incidencias.

5.- Tras postoperatorio favorable, es emitida su alta el 18/05/2019, con las recomendaciones sobre cuidados, tratamiento y seguimiento.

6.- En su seguimiento posterior se aprecia hernia paraumbilical, que se confirma mediante ecografía (03/07/2019), en relación con hernia incisional (hernia en la zona de la incisión) de puerto laparoscópico (de la zona de acceso del trócar laparoscópico).

7.- En su caso, tras valoración preoperatoria que no contraindica cirugía y, previa información y firma de consentimiento informado, se le realiza en fecha 29/07/2019, intervención quirúrgica de la hernia incisional. En protocolo quirúrgico se describe hernia a

nivel umbilical de trócar de acceso laparoscópico (en la zona de incisión o puerto de entrada de trócar laparoscópico), con hernia epigástrica adyacente incarcerada. Se realiza unificación de defectos, reducción de saco herniario, rafia con prolene y reforzamiento con malla plana de prolene sobre aponeurosis fijada en periferia con vicryl, y posteriormente cierre por planos.

8.- Tras evolución postoperatoria satisfactoria, se emite el alta hospitalaria el 30/07/2019, con las recomendaciones sobre cuidados, tratamiento y seguimiento.

9.- Fue valorada a través del servicio de Urgencias (18/08/2019) por escasas secreciones amarillentas (infección superficial) de la herida quirúrgica que resolvieron con antibioterapia, y en su seguimiento postoperatorio en consultas de Cirugía se confirma seroma en región umbilical de moderado tamaño e integridad de la reparación de plano muscular, según TAC (26/11/2019), decidiéndose tratamiento conservador (punciones del seroma, curas compresivas, automasajes) con reducción del volumen del seroma sin resolución completa, realizándose controles evolutivos de imagen con ecografías y TAC, sin apreciarse alteraciones significativas en relación con la reparación de la hernia, y en TAC evolutivo de fecha 18/12/20, un pequeño seroma a nivel de grasa subcutánea umbilical, que fue evolucionando en el tiempo hacia tejido cicatricial con persistencia de una delgada capa de líquido en la zona quirúrgica (ecografías de fechas 02/09/2021, 04/10/2021, 25/05/2022).

10.- En su seguimiento en consultas de Cirugía, el 19/12/2019, se le comenta a la paciente puede incorporarse a su actividad laboral en los próximos dos meses, lo cual se confirma en la siguiente consulta el 28/02/20, donde la paciente refiere estar trabajando.

11.- Se continúa su seguimiento regular en consultas de Cirugía y, en el contexto de acúmulo graso umbilical y suprapúbico (faldón dermograso de pliegue abdominal), y molestias persistentes, el servicio de Cirugía General interconsulta al servicio de Cirugía Plástica y Reparadora del propio hospital, decidiéndose conjuntamente remodelación abdominal o abdominoplastia (dermolipectomía funcional), cirugía que asume por ser de su competencia el servicio de Cirugía Plástica, constando controles en dicha consulta en fechas 30/11/20, 14/12/20, 28/12/20.

12.- En fecha 01/03/2021, previa información y firma del consentimiento informado y con el diagnóstico de acúmulo graso umbilical y suprapúbico se le realiza intervención quirúrgica. En protocolo de intervención se describe acúmulo de grasa severo en región periumbilical y suprapúbico para lo cual se realiza remodelación mediante abdominoplastia con onfaloplastia funcional (en el propio consentimiento informado se detalla que lo habitual durante el procedimiento es realizar la sutura de los músculos rectos abdominales para reforzarlos en la línea media y recolocar el ombligo). Se dejan 2 redones para drenaje y se realiza sutura por planos, sin describirse incidencias.

13.- Tras evolución posquirúrgica favorable fue emitida su alta el 04/03/21, con las recomendaciones sobre cuidados, tratamiento y seguimiento.

14.- En su evolución presentó epidermolisis (ampolla) del ombligo y deshicencias de la herida quirúrgica a nivel suprapúbico que se desbridaron y suturaron, a la vez que recibió antibioterapia por infección de la herida, estando las heridas totalmente epitalizadas según se describe en consulta de 07/06/2021.

15.- Tras abdominoplastia, se le realiza seguimiento y, en fecha 15/11/21, dado exceso cutáneo en flancos y tumoración quística subcutánea supraumbilical (cicatriz de reimplantación dolorosa), previo consentimiento informado para cirugía de corrección de las cicatrices, se le realiza remodelación de abdominoplastia funcional y extirpación de dicho quiste supraumbilical (tratamientos adicionales ya contemplados en el consentimiento de la cirugía plástica previa realizada). En dicha intervención no se describen incidencias.

16.- Tras evolución favorable, se emite su alta hospitalaria el 18/11/21, con las recomendaciones sobre cuidados, tratamiento y controles pertinentes.

17.- En su evolución presentó dehiscencias e infección en las heridas quirúrgicas por las que recibió tratamiento y seguimiento hasta su cicatrización. En consulta de Cirugía Plástica de 12/05/22, se anota el abdomen está bien, algo globuloso, indicando a la paciente debe esperar varios meses para apreciar el máximo resultado. En ecografía (25/05/22), se aprecia tejido fibrocatricial debajo de la cicatriz de abdominoplastia en hipogastrio, sin complicaciones asociadas.

18.- Asimismo, en su evolución presenta una recidiva de la hernia ventral incisional, confirmada en dicha ecografía de fecha 25/05/22 (disrupción focal en la línea media de la pared abdominal por debajo de la cicatriz umbilical, que condiciona hernia), para lo cual se le indica cirugía abierta (laparotomía) de la hernia y reparación con malla protésica, procedimiento quirúrgico que le es explicado y previa firma del consentimiento informado le es realizado el 25/11/22 de forma programada. En protocolo quirúrgico consta se le realiza incisión infraumbilical longitudinal apreciando induración del complejo infraumbilical y debilidad de la fascia subyacente, con resto de capsulitis distal. Se libera fascia sana en mesogastrio, se extirpa capsulitis. Se realiza hemostasia (se detiene el sangrado). Se realiza reparación con malla parietex progrip fijada en periferia (hernioplastia con malla). Se deja redón (drenaje) y se realiza cierre por planos. Cirugía que se realiza sin incidencias.

19.- Su evolución postquirúrgica es favorable, por lo que tras retirada de drenaje, es alta el 28/11/22, con las recomendaciones sobre cuidados, tratamiento y controles.

20.- Se realiza seguimiento en consultas, con buena evolución de la herida y retirada de puntos de sutura el 12/12/22.

21.- Se realiza control ecográfico en fecha 27/01/23, apreciando tejido fibroso cicatricial subcutáneo por debajo de la cicatriz quirúrgica, con delgada lámina de líquido en la zona quirúrgica, es decir, en su evolución el seroma se ha ido reabsorbiendo, y no se

identifica ni durante el reposo ni durante las maniobras de valsalva imágenes que evidencien recidiva herniara en la zona, tampoco se describe la presencia de diástasis de rectos abdominales.

22.- En consulta de Cirugía de HUHB de fecha 27/01/23, se informa los resultados ecográficos a la paciente y, dado que no hay recidiva herniaria, se emite su alta.

23.- Según relato y documentación aportada por reclamante, se realiza de forma privada por iniciativa propia, una nueva ecografía en fecha 21/03/23 donde se informa de diástasis de rectos anteriores abdominales y protrusión de asas intestinales (eventración/hernia) a nivel supraumbilical, de más de 4 cm, con valsalva y bipedestación que no se reduce con la compresión del transductor, para lo cual se recomienda realizar TAC abdominal.

24.- Dado el resultado de dicha ecografía, que recomendaba la realización de TAC, este fue realizado el 04/04/23, informándose de cambios inflamatorios en subcutáneo de pared abdominal en línea media periumbilical con imagen lineal supraumbilical que presenta disrupción en su margen caudal, sugiriendo malla quirúrgica con despegamiento/rotura, a correlacionar con los antecedentes. La propia pared aparece íntegra, probable eventración en maniobras que aumenten la presión abdominal.

25.- La paciente vuelve a ser valorada en consultas de Cirugía del HUC el 25/09/23, constando en exploración física la presencia de obesidad grado 2 (IMC 31,5), abdomen tenso a la palpación por abdominoplastia, sin palparse claramente eventración y con molestias difusas a la palpación. Presencia de diástasis de rectos que se objetiva sobre todo en bipedestación. Tras la consulta se le indica a la paciente debe disminuir peso (al menos hasta 30 de IMC) para poder indicar cirugía.

26.- En notas de Atención Primaria, de fecha 09/04/2024, se describe informe de Cirugía General (22/03/2024), en el que a la paciente se le explica que no tiene indicación de cirugía por ausencia de hernias, dándose de baja de la lista de espera quirúrgica con diagnóstico de diástasis de rectos sin hernia y derivación a Unidad del dolor.

27.- En notas de Atención Primaria, de fecha 21/08/2024, se describe el informe de resultados de la interconsulta realizada a Unidad del dolor (20/08/2024), en donde se aprecia en la exploración física realizada por dicha Unidad, no presenta alodinia (hipersensibilidad al tacto-palpación de la pared abdominal), presentando a la valsalva (maniobras que aumentan la presión intraabdominal) diástasis de rectos abdominales a nivel epigátrico (zona por encima del ombligo), sin hernias. Por ello, se le recomendó bajar de peso y realizar ejercicios que refuercen la pared abdominal como pilates, yoga, además de ajuste de tratamiento frente a episodios de dolor.

28.- Según resoluciones del INSS, la paciente estuvo en situación de IT hasta el 23/11/21 (365 días), fecha en la que se le prorrogó la IT por 180 días. En fecha 02/05/22, en Resolución dictada por el INSS, se aprobó la incapacidad permanente total para su profesión

habitual (limpieza), si bien, revisable a partir del 07/04/23. En fecha 23/10/23, según la propia reclamante se le entrega Resolución de revisión de dicha incapacidad donde se resuelve que, la paciente no se encuentra en situación de incapacidad permanente en ninguno de sus grados».

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 23 de octubre de 2022, como ya se dijo.

El día 6 de noviembre de 2023 se dictó la Resolución n.º 599/2023 de la Dirección del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación presentada por la representante del interesado.

2. En cuanto a los informes obrantes en el expediente, se emitió dos informes del SIP, ya referido y el informe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo de (...).

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no practicándose prueba alguna, si bien aportó informe médico-pericial.

Después, se le otorgó el trámite de vista y audiencia a la interesada y a la empresa propietaria del referido Centro hospitalario, formulando alegaciones exclusivamente la interesada.

Posteriormente, se emitió un informe complementario del SIP, respondiendo al informe médico-pericial aportado por la interesada; después se les volvió a otorgar el trámite de audiencia a ambas interesadas, y sólo la reclamante presentó alegaciones, reiterando lo ya manifestado con anterioridad.

4. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución, emitida el día 11 de marzo de 2026.

En dicha Propuesta de Resolución se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental que *«Conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, los Servicios Jurídicos emitirán informe preceptivo en*

materia de responsabilidad patrimonial, únicamente sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente».

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

2. En el Dictamen de este Consejo Consultivo 26/2026, de 26 de enero, entre otros muchos, se ha manifestado con carácter general acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, que:

«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 con relación a 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".

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 el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

"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 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», doctrina que resulta ser aplicable al presente supuesto.

3. En el presente asunto, a la hora de abordar la cuestión de fondo, que no es otra que la correspondiente a determinar si ha habido *mala praxis* o no, la cual se concreta a juicio de la interesada en un conjunto de actuaciones inadecuadas a lo largo de un proceso médico extenso, que se concretan en errores de diagnóstico y retrasos en diferentes actos médicos.

Además, su reclamación se sustenta en el informe médico-pericial que aporta, en el que se concluye manifestando que:

«Es decir no se puede explicar cómo después de dos cirugías continúa con la malla rota y viendo que había continuamente una recidiva herniaria una opción habría sido una sutura de cada tejido por planos sin poner nueva malla aunque el postoperatorio fuera más complicado pero con menos posibilidad de recidivas. Además presentó una diástasis de rectos anteriores

diagnosticada desde marzo 2021 que no fue reparada y persiste actualmente lo cual explicaría una parte del dolor y el no poder realizar esfuerzos.

En conclusión es operada en 3 ocasiones para reparación de hernia umbilical y reparación de la zona abdominal-periumbical pero ninguna de las cirugías fue satisfactoria al persistir la malla rota, diástasis de rectos y gran deformidad abdominal por lo cual si no hubiera habido un fracaso en las cirugías no hubiera sido valorada por el INSS como una Incapacidad Permanente Total más el perjuicio económico que le ha supuesto a la trabajadora.

En los TAC de abdomen realizados en 2024 se confirma el diagnóstico de la diástasis de rectos anteriores y rotura de la malla quirúrgica los cuales explican el dolor que presenta y que se podrían haber evitado si se hubiera reparado desde marzo 2021.

Es decir se considera que hay una mala praxis debido a que desde la primera cirugía tenía una hernia umbilical que después de 5 cirugías sigue teniéndola, seroma que le producía dolor sin resolverse hasta la cirugía de marzo 2021, es decir 16 meses desde la primera cirugía. Además de una diástasis de rectos abdominales no operadas ni resueltas más las cicatrices con deformidad del abdomen que con cada cirugía en vez de mejorar están peor».

4. En los informes emitidos por el SIP, informes extensos y pormenorizados basados en la documentación médica obrante en el expediente, se contesta las cuestiones planteadas por la interesada, con base en el referido peritaje médico, y se hace de manera concreta y precisa.

4.1. Así, en lo que se refiere a la cuestión correspondiente a la hernia umbilical y sus recidivas se señala lo siguiente:

«1.- La paciente presentaba litiasis en vesícula biliar sintomática, cuyo tratamiento de elección es la colecistectomía, que fue el tratamiento indicado y aceptado por ella. En la exploración física previa a la cirugía queda descrito la presencia de obesidad grado 2 y una posible hernia umbilical, hernia que no se aprecia en la ecografía realizada (13/02/2019), previa a la cirugía y de la cual tampoco existe certeza a la exploración física de una paciente obesa.

(…)

3.- Durante el protocolo quirúrgico de la colecistectomía laparoscópica realizada (17/05/2019), y en el informe de Cirugía, queda objetivado que, el acceso de rutina, tal como se realizó, es por una herida en la piel adyacente al ombligo (puerto umbilical) a través del cual accede el trócar laparoscópico, quedando descrito en dicho informe que, si se aprecia una debilidad o defecto herniario en la musculatura se abre camino a través de ella con el trócar específico a la cavidad abdominal, defecto que al finalizar la intervención se

cierra o repara siempre. En este caso consta en protocolo quirúrgico que, se realiza cierre de defecto una vez se extrae la pieza quirúrgica, siendo la cirugía realizada por especialista acreditado, aplicando las normas y protocolos vigentes.

4.- En su seguimiento posterior se aprecia hernia paraumbilical, que se confirma mediante ecografía (03/07/2019), en relación con hernia incisional (hernia en la zona de la incisión) de puerto laparoscópico (de la zona de acceso del trócar laparoscópico).

5.- Una hernia incisional o eventración (también llamada hernia ventral incisional) es un defecto de la pared abdominal en el área de una incisión quirúrgica (en la zona operada con anterioridad), a través de la cual protruye el peritoneo (el tejido que recubre la cavidad abdominal), pudiendo contener o no una víscera abdominal. Dicha hernia es una de las complicaciones más frecuentes que aparecen posteriormente a una intervención quirúrgica abdominal de cualquier tipo. Aunque no siempre puede establecerse una causa concreta, su desarrollo se ha relacionado entre otros, con factores inherentes al propio individuo como la calidad de las fascias musculares y del colágeno que la componen, así como la diabetes mellitus y/o tabaquismo que interfieren en la cicatrización y, la obesidad y embarazos que, al aumentar la presión abdominal causan debilitamiento de los músculos abdominales, factores estos, presentes en la paciente. Por tanto, la aparición de una hernia incisional, podía suceder, a pesar del uso de una técnica adecuada.

6.- A la aparición de hernia incisional (también llamada eventración), se le dio una respuesta adecuada, indicándose reparación de la misma mediante hernioplastia con malla, cirugía abierta que le fue explicada a la paciente, constando en el documento de consentimiento informado suscrito por ella, los riesgos o complicaciones que le son inherentes, como lo son entre otros, la infección, sangrado, o colección de líquido (seroma) en la herida quirúrgica, así como también, el rechazo de la malla o la reproducción de la hernia.

7.- La cirugía propuesta y aceptada por la paciente le fue realizada el 29/07/2019. En protocolo quirúrgico consta se realiza unificación de defectos, reducción de saco herniario, rafia con prolene y reforzamiento con malla plana de prolene sobre aponeurosis fijada en periferia con vicryl, y posteriormente cierre por planos. La intervención quirúrgica que cursó sin incidencias, fue realizada por especialista acreditado con aplicación de técnicas, normas y protocolos vigentes.

8.- Posteriormente se le hizo seguimiento adecuado en consultas de cirugía, en una ocasión puntual (18/08/2019), acudió a urgencias motivadas por escasas secreciones amarillentas por herida quirúrgica (infección superficial), lo cual fue resuelto con antibioterapia, y, presentó seroma postoperatorio (acumulación o colección de líquido seroso no infectado en el tejido subcutáneo, condición que es muy frecuente en este tipo de cirugías, prácticamente en el 100 % de los pacientes, según las guías clínicas consultadas) en

región umbilical, de moderado tamaño e integridad de la reparación de plano muscular, según TAC (26/11/2019), decidiéndose tratamiento conservador (punciones del seroma, curas compresivas, automasajes) con reducción del volumen del seroma sin resolución completa, realizándose controles evolutivos de imagen con ecografías y TAC, sin apreciarse alteraciones significativas en relación con la reparación de la hernia, con TAC evolutivo de fecha 18/12/20, con un pequeño seroma a nivel de grasa subcutánea umbilical, que fue evolucionando en el tiempo hacia tejido cicatricial con persistencia de una delgada capa de líquido en la zona quirúrgica (ecografías de fechas 02/09/2021, 04/10/2021, 25/05/2022).

9.- Tanto la aparición de una infección de la herida como de un seroma, eran riesgos informados, conocidos, entendidos y asumidos por la paciente, riesgos estos que se materializaron y que fueron tratados adecuadamente desde que se presentaron, la antibioterapia puntual que resolvió las secreciones, y en el caso del seroma, se utilizó tratamiento conservador, que es el tratamiento de elección, en seromas moderados-pequeños o que se van resolviendo, y que de forma cauta fue el utilizado por el cirujano.

10.- En su seguimiento regular y adecuado en consultas de Cirugía, y, en el contexto de acúmulo graso umbilical y suprapúbico (faldón dermograso de pliegue abdominal), y molestias persistentes, el servicio de Cirugía General interconsultó al servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, decidiéndose conjuntamente remodelación abdominal o abdominoplastia (dermolipectomía funcional), cirugía que asume por ser de su competencia el servicio de Cirugía Plástica, constando controles en dicha consulta en fechas 30/11/20, 14/12/20, 28/12/20.

(...)

16.- La paciente, fumadora y diabética, que son riesgos que aumentan el riesgo de cicatrización anómala, presentó dehiscencias e infección en las heridas quirúrgicas, recibiendo de forma adecuada tratamiento y seguimiento hasta su cicatrización, con observación de tejido fibrocatricial debajo de la cicatriz de abdominoplastia, sin complicaciones asociadas en estudio de ecografía de fecha 25/05/22, siendo alta de consultas de Cirugía Plástica, una vez se había resuelto el motivo que la llevó hasta allí. Considero tanto las cirugías y tratamientos aplicados se realizaron de forma rigurosa, con observancia de las normas y protocolos, y con conocimiento por parte de la paciente, tanto de la cirugía a realizar como de los riesgos o complicaciones que le son inherentes, de lo que es prueba la historia clínica y los consentimientos informados suscritos por ella.

17.- También en dicha ecografía de fecha 25/05/22, se detectó recidiva herniaria de la hernia ventral (incisional), previamente operada, algo que ocurre en aproximadamente el 30 % de los pacientes, recidiva que es de origen multifactorial, con influencia relevante en su origen de factores genéticos como la calidad de las fascias musculares y del colágeno que la componen, así como factores individuales como la obesidad, tabaquismo, embarazos, que provocan laxitud y debilitamiento de la pared abdominal.

18.- También a la recidiva herniaria se le dio respuesta, indicándose reparación con malla protésica, para lo cual previamente se le explicó la intervención a realizar y los riesgos o complicaciones inherentes al procedimiento quirúrgico, donde constan entre otras, los seromas (líquido) en la zona quirúrgica, así como el dolor prolongado, problemas con la malla protésica o reproducción de la hernia, riesgos que la paciente conoció, entendió y asumió, siendo prueba de ello el consentimiento informado suscrito.

19.- La cirugía aceptada por la paciente se realizó de forma programada el 25/11/22, siendo la misma ejecutada sin incidencias por especialista acreditado, con aplicación de técnicas, normas y protocolos vigentes.

20.- Su seguimiento postoperatorio fue regular y adecuado, con buena evolución de la herida y retirada de puntos de sutura el 12/12/22.

21.- Se realiza control ecográfico en fecha 27/01/23, apreciando tejido fibroso cicatricial subcutáneo por debajo de la cicatriz quirúrgica, con delgada lámina de líquido en la zona quirúrgica, es decir, en su evolución el líquido (seroma) que se haya podido producir tras las diferentes cirugías de la zona, es mínimo, es decir con el tiempo se va reabsorbiendo espontáneamente. En el estudio no se identifica ni durante el reposo ni durante las maniobras de valsalva (maniobras que aumentan la presión abdominal), imágenes que evidencien recidiva herniara-eventración en la zona. Tras informar a la paciente, y dado que no hay recidiva herniaria se emite su alta.

22.- Tanto el seguimiento como los estudios diagnósticos y el tratamiento, así como la respuesta a las complicaciones que fueron surgiendo se realizaron de forma adecuada, con información y aceptación de la paciente, por profesionales habilitados, siguiendo las normas y protocolos al uso.

23.- Dos meses después (marzo/23), por iniciativa propia la paciente se realizó ecografía abdominal que mostró diástasis de rectos anteriores abdominales e imágenes que sugieren eventración de asas intestinales a nivel supraumbilical (zona de epigastrio), por lo que se le recomienda realizar TAC abdominal, que una vez realizado en abril/23, aprecia que la propia pared aparece íntegra, con probable eventración en maniobras que aumenten la presión abdominal

(...)

28.- No se demuestra que la paciente tenga nueva recidiva herniaria, lo que presenta es diástasis de rectos abdominales a nivel de epigastrio (zona media por encima del ombligo). Esto es la separación de las fascias o de esa goma elástica formada por fibras de colágeno, que envuelve los músculos, de lo cual se hace mención en el informe pericial aportado por la reclamante. Esa diástasis no está provocada por las cirugías realizadas, sino que la presenta a pesar de ellas, y ello está relacionado con factores genéticos como la calidad de las fascias

musculares y del colágeno que la componen, así como factores individuales como la obesidad, tabaquismo, embarazos, que provocan laxitud y debilitamiento de la pared abdominal. También, en esta etapa se le ha revisado en consultas y se le ha dado un diagnóstico basado en la evidencia, y en base a ello se le ha recomendado lo propio, en su caso debe tener parte activa en el tratamiento bajando de peso y realizando ejercicios físicos que favorezcan tener una pared abdominal más fuerte, no siendo subsidiaria de nuevas cirugías».

4.2. En relación con las restantes cirugías abdominales y la diástasis que padece la interesada, además de lo expuesto, en el informe complementario del SIP, se señala que:

«11.- Previa cirugía derivada del acúmulo graso abdominal, la paciente es informada de la intervención a realizar quedando constancia de que, de lo que se trata, es de eliminar el faldón dermograso, y que también, de forma habitual, se refuerza los músculos rectos abdominales en la línea media, recolocando el ombligo. A la vez se le hace saber que quedará con cicatrices, que le son informadas. Asimismo, se le informa de los riesgos o complicaciones inherentes a dicha intervención como los son entre otros: la formación de seromas, dolor incluso crónico, alteraciones de la sensibilidad, hemorragias, infecciones. También irregularidades en el contorno de la piel, asimetrías, cicatrización inestética, anómala (retardos, apertura o dehiscencia, necrosis (...)), cicatrización excesiva, inestética, maloposición o incluso pérdida del ombligo, que pueden requerir tratamientos y cirugías adicionales. También se informa que, los fumadores, ella lo es, tienen mayor riesgo de complicaciones en la cicatrización.

12.- En fecha 01/03/2021, previa información y firma del consentimiento informado y con el diagnóstico de acúmulo graso umbilical y suprapúbico se le realiza intervención quirúrgica. En protocolo de intervención se describe acúmulo de grasa severo en región periumbilical y suprapúbico para lo cual se realiza remodelación mediante abdominoplastia con onfaloplastia funcional. Se dejan 2 redones para drenaje y se realiza sutura por planos, sin describirse incidencias.

13.- Considero, al igual que el servicio de Cirugía General que, el faldón dermograso de pliegue abdominal no es una consecuencia directa de la cirugía realizada de reparación de la hernia, sino es más bien consecuencia de la propia obesidad de la paciente, con acúmulos de grasa severos (lipomatosis -condición que incluso consta en sus antecedentes y por la que ha sido operada en otras ocasiones) que se redistribuyen posteriormente a la cirugía, además de una pared abdominal con laxitud por el propio sobrepeso y embarazos previos que favorece el debilitamiento de la musculatura del abdomen, la aparición de diástasis y los abombamientos presentados.

14.- Tras la cirugía, que fue realizada por especialista en Cirugía Plástica, y por tanto acreditado para la realización de dichas técnicas, se hizo un seguimiento adecuado con curas, tratamiento y seguimiento de la evolución de las complicaciones que fueron surgiendo en la

cicatrización a nivel del ombligo y de las heridas quirúrgicas, que se encuentran totalmente epitalizadas el 07/06/2021.

15.- En su seguimiento, el 15/11/21, dado exceso cutáneo en flancos y tumoración quística subcutánea supraumbilical (cicatriz de reimplantación dolorosa), complicaciones que conocía la paciente podían presentarse, se le realiza, igualmente, previa explicación y firma del consentimiento informado, cirugía de corrección de las cicatrices, realizando remodelación de abdominoplastia funcional y extirpación de dicho quiste supraumbilical. Cirugía que fue indicada y realizada por especialista en Cirugía Plástica, y por tanto, con conocimiento acreditado para ello.

(...)

23.- Dos meses después (marzo/23), por iniciativa propia la paciente se realizó ecografía abdominal que mostró diástasis de rectos anteriores abdominales e imágenes que sugieren eventración de asas intestinales a nivel supraumbilical (zona de epigastrio), por lo que se le recomienda realizar TAC abdominal, que una vez realizado en abril/23, aprecia que la propia pared aparece íntegra, con probable eventración en maniobras que aumenten la presión abdominal.

24.- La paciente vuelve a ser valorada en consultas de Cirugía del HUC el 25/09/23, constando en exploración física la presencia de obesidad grado 2 (IMC 31.5), abdomen tenso a la palpación por abdominoplastia, sin palparse claramente eventración y con molestias difusas a la palpación. Presencia de diástasis de rectos que se objetiva sobre todo en bipedestación. Tras la consulta se le indica a la paciente debe disminuir peso (al menos hasta 30 de IMC) para poder indicar cirugía.

25.- Se le realiza TAC abdominal, el 26/02/24, que concluye que no hay hernias, apreciándose solo diástasis de músculos rectos anteriores a nivel epigástrico (zona por encima del ombligo), sin otros hallazgos significativos. Dado ausencia de hernias, en consulta de Cirugía de 22/03/24, se le explica a la paciente que no tiene indicación quirúrgica, dándose de baja de la lista de espera quirúrgica, y remitiéndose a la Unidad del dolor.

26.- En interconsulta realizada a Unidad del dolor (20/08/2024), se aprecia en la exploración física realizada, no presenta alodinia (hipersensibilidad al tacto-palpación de la pared abdominal), presentando a la valsalva (maniobra que aumenta la presión intraabdominal) diástasis de rectos abdominales a nivel epigástrico, sin hernias. Por ello, se le recomendó bajar de peso y realizar ejercicios que refuercen la pared abdominal como pilates, yoga, además de ajuste de tratamiento frente a episodios de dolor.

27.- Se le vuelve a realizar TAC en el HUC en fecha 27/03/25, que tampoco aprecia la presencia de hernias en la pared abdominal (tampoco rotura de malla), ni cambios con respecto a TAC anterior; informándose a la paciente en consulta de Cirugía de fecha

12/06/25, que no hay hallazgos en el TAC que justifiquen el dolor que refiere en la pared abdominal, explicándole que, el dolor referido pudiera estar relacionado con las cirugías previas y las mallas colocadas (imprescindibles en su caso para el tratamiento herniario) en la pared abdominal (cirugías que se realizaron ante complicaciones surgidas y alteraciones relacionadas con las propias condiciones de la paciente, y con conocimiento y aceptación de los riesgos), pero que no hay indicación quirúrgica actual dada la ausencia de hernias, no recomendándose nueva cirugía ante sintomatología referida porque no garantiza mejoría y le puede producir agravamiento».

5. Pues bien, lo expuesto en este informe demuestra suficientemente que durante todo el proceso médico la Administración cumplió con su obligación de medios, poniendo a disposición de la interesada todos los medios personales y materiales con los que cuenta el SCS, efectuándose en el momento adecuado las pruebas diagnósticas que fueron precisas, haciéndose un seguimiento y tratamiento constante de las dolencias de las interesada; pero, pese a ello y a que siempre se actuó conforme a *lex artis*, no fue posible evitar la recidiva en la hernia umbilical, ni la diástasis que sufre la paciente.

Ha quedado acreditado que tanto la recidiva, como la diástasis que sufre la interesada, al igual que otras patologías acontecidas durante el referido proceso médico, como el seroma, son riesgos propios e inevitables de las cirugías a las que se sometió, riesgos que conocía al constar en la documentación correspondiente al consentimiento informado que ella firmó y que obra en el expediente remitido a este Consejo Consultivo, y, además, dichos riesgos están directamente relacionados con las características física y antecedentes médicos de la propia paciente, incluyendo patologías previas tales como la diabetes que la misma sufre, así como el sobrepeso.

Por último, se ha de manifestar que la interesada no ha presentado prueba alguna que permita considerar acreditadas sus alegaciones, como tampoco el informe médico-pericial aportado por la interesada logra rebatir lo manifestado en los informes médicos emitidos por el SCC.

6. Además de todo ello, ha resultado demostrado no sólo que siempre se actuó conforme a *lex artis*, sino que, además, tampoco se ha omitido acto terapéutico o prueba diagnóstica, razón por la que no se considera que haya habido perdida de oportunidad alguna. Sobre esta cuestión nos remitimos a la doctrina de este Consejo Consultivo emitida en relación con la pérdida de oportunidad, expuesta, entre otros, en el Dictamen 439/2025, de 20 de octubre.

7. Por último, en relación con la carga de la prueba en el ámbito de la responsabilidad patrimonial cabe señalar, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 137/2025, de 3 de abril), que según el actual art. 32.1 LRJSP es requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos, 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 la *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, RJ\2013\2430).

8. En conclusión, no se ha probado por la reclamante la concurrencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del Servicio y los daños reclamados por el mismo, sin que se haya observado en el estudio del presente dictamen infracción alguna de la *lex artis*.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial que desestima la reclamación formulada, en virtud de los razonamientos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen.