Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 6 6 / 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. 129/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 26 de marzo de 2026 (con registro de entrada en este Organismo al día siguiente), 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 175.787,13 euros, cantidad que determina el carácter preceptivo 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 carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

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

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

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. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

4.1. En cuanto a la legitimación activa, 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].

4.2. 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. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicios Canario de la Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. 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.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por el interesado en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 18 de octubre de 2024 respecto de un daño cuya alta médica se produjo el día 29 de enero de 2024.

8. 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).

9. 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, expone en su reclamación inicial los siguientes hechos:

«PRIMERO. - El dicente de 62 años, en su condición de afiliado a la Seguridad Social, fue declarado en situación de Incapacidad Permanente Absoluta el 07/02/2022, (...) . Limitaciones orgánicas y funcionales siguientes: Proceso Digestivo en seguimiento especializado Portador de Bolsa de Colostomía. Proceso Renal en seguimiento especializado con Nefrectomía Renal Izquierda (09/11/2021), Riñón derecho normo funcionante.

SEGUNDO. - HISTORIA CLÍNICA EVOLUCIÓN.

El paciente presentaba catéter de nefrectomía (drenaje colocado en riñón para evacuación directa de la orina producida) en riñón izquierdo, por cuyo motivo estaba siendo seguido en consultas de urología del Hospital Dr. Negrín. En enero de 2021 se decidió en sesión clínica de dicho servicio, la realización de nefrectomía (extirpación quirúrgica del riñón) debido a que existían criterios de anulación funcional de dicho riñón (había evidencias que ese riñón no funcionaba en absoluto) asociado a datos de complicación en el mismo, por cuyo motivo se incluyó en Lista de espera quirúrgica. El paciente refiere que se le refirió el procedimiento que se le iba a realizar verbalmente, pero no las complicaciones de este, refiriendo que firmó el consentimiento de la cirugía el mismo día de la misma, mientras estaba en la camilla cuando iba a entrar en el quirófano, sin que nadie se lo explicase.

El día 09/11/2021 fue intervenido quirúrgicamente, describiéndose en informe de alta: buena evolución, dándose de alta hospitalaria el 12/11/2021.

El paciente refiere en los días posteriores, cuadro de progresivo dolor abdominal, y comenzó. A presentar secreción purulenta por la herida quirúrgica, decidiéndose en seguimiento evolutivo manejar de forma conservadora, con curas diarias, presentando el paciente empeoramiento progresivo de estado general y dolor abdominal, con un cada vez mayor drenaje purulento por la herida; el 22/11/2021 (13 días tras la intervención) fue valorado en urgencias de Hospital Dr. Negrín, decidiéndose cura local + tratamiento médico antibiótico y fue dado de alta hospitalaria. El día siguiente 23/11/2021 acudió nuevamente a Urgencias de Hospital, ya por salida de material maloliente de aspecto fecaloide, por lo que

se realizó TAC de abdomen ese día, que mostró una colección purulenta intraabdominal, con imagen sugestiva de perforación de colon, por lo que se decidió intervención quirúrgica urgente ese día por cirugía general, consistente en laparotomía exploradora, procediéndose a realizar resección segmentaria del ángulo esplénico del colon y colostomía (colocación del colon o intestino grueso en un orificio en la piel para la expulsión de heces por el mismo). El paciente se mantuvo ingresado en el Hospital hasta el 21/12/2021. Posteriormente, recibió seguimiento en consultas de cirugía, con realización de curas (incluyendo terapia VAC en la herida de la cirugía) debido a infección de la herida de la lumbotomía (la realizada inicialmente para la extirpación del riñón), en contexto de la perforación intestinal sufrida, manteniendo evolución hasta el 12/02/2022, planteándose para más adelante (varios meses) una nueva intervención para la reconstrucción del tránsito intestinal.

El día 01/04/2022 se le concedió por el INSS una incapacidad absoluta para todo trabajo derivada de la perforación de ángulo esplénico de colon con íleo paralítico postoperatorio, herida quirúrgica infectada, tras nefrectomía izquierda por riñón atrófico, portador de bolsa de colostomía.

El 18/01/2023 el paciente ingresó en cirugía general nuevamente, para proceder a la reconstrucción del tránsito, pero objetivándose la existencia de una eventración (hernia incisional) gigante en la herida de lumbotomía (que previamente se había infectado); el día 19/01/2023 se realizó la mentada intervención quirúrgica de reconstrucción intestinal, pautándose posteriormente seguimiento con curas locales hasta el 13/02/2023, en donde se derivó a consulta de cirugía de pared abdominal; en 13/06/2023 se realizó un TAC de abdomen, que mostró un saco herniario en la zona de la intervención previa (lumbotomía) compatible con eventración gigante (no visible en TAC previo), por lo que se decidió programar la reparación de la eventración (siendo incluido en lista de espera quirúrgica).

El día 19/01/2024 ingresó nuevamente en cirugía general de Hospital Dr. Negrín, procediéndose a realizar reconstrucción de pared abdominal, con recomendación de uso de faja abdominal y reposo durante seis semanas tras la cirugía; se retiraron las grapas de la cirugía el día 29/01/2024.

(...)

TERCERO. - Sobre la continuidad terapéutica: desde 2021 El dicente, en el marco de seguimiento especializado del proceso digestivo y del proceso renal ya considerado en la Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social, previamente referida, y como limitación orgánica y funcional, ha sido objeto de reiteradas intervenciones quirúrgicas citadas en Historia Clínica. La penúltima de ellas el día 19/01/2023, evidenciado mediante TAC de Abdomen (13/06/2023), que mostró un saco herniario en la zona de intervención previa (lumbotomía) compatible con eventración gigante (no visible en TAC previo) y, programada la reparación de eventración fue incorporado en lista de espera quirúrgica para que el 19/01/2024 ingresara nuevamente en cirugía general del Hospital Doctor Negrín y

realizada la reconstrucción de pared abdominal, se retiraran las grapas de cirugía el 29/01/2024.

La segunda y tercera intervención (19/01/2023 y 19/01/2024) vienen de la mano y de las resultas de la primera de las intervenciones, la llevada a cabo el 09/11/2021. (alta 12/11/2021).

CUARTO. - Sobre la intervención de 09/11/2021.

- El consentimiento no fue informado con suficiencia, recibiendo tan sólo explicaciones verbales sobre la intervención a sufrir, pero no las complicaciones de este.

- El documento de expresión de tal consentimiento lo suscribió, mientras estaba en la camilla ya de entrada en el quirófano son explicación detallada del mismo. En el documento firmado por el dicente Historia Clínica) no consta nombre del médico actuante ni número de colegiado y carece de fecha de firma por este.

- El dicente sufrió un evento adverso derivado de exéresis renal, perforación del colon (intestino grueso) producido durante el procedimiento quirúrgico cuya posibilidad de acontecer resulta lógica desde el punto de vista médico, pero es de señalar que, al caso, resulta relevante y sorprendente, porque la zona sobre la que se estaba interviniendo era la región para lumbar izquierda para poder acceder al riñón por ese lado (víscera de localización retroperitoneal) y por lo tanto bastante alejado de la región intestina.

- No consta en Historia Clínica la adopción de precaución durante la intervención para evitar la posibilidad de una lesión de este tipo, ni que tampoco se realizase una inspección posterior del intestino tras haber finalizada la extracción del objeto de comprobar su indemnidad. Es por ello por lo que el daño infringido debe considerarse como "daño desproporcionado".

- No fue hasta el 23/11/2021 en que ya se llegó al diagnóstico de la perforación (TAC Abdominal).

- Las posteriores intervenciones, referidas como segunda y tercera (29/01/2024 conectan con la continuidad de síntomas y sanación de daños), siendo por ello la fecha de estabilización lesional el 29/01/2024, fecha de retirada de las grapas de la última cirugía realizada el 19/01/2024 para reparar la eventración de la herida quirúrgica lumbotomía.

QUINTO. - Defiende esta parte que el error en las medidas terapéuticas tomadas está claramente relacionado (en términos de causalidad) con el resultado final (al caso, las secuelas presentadas por el paciente y ello haciendo valer criterios de:

- Plausibilidad biológica: mecanismo posible que explica la aparición de las secuelas.

- Cronológico: relación temporal entre el resultado dañino y el acto profesional al que se atribuye responsabilidad.

- Topográfico: relaciones especiales de proximidad entre localizaciones de la lesión y acción de la energía lesiva y consecuencia del acto profesional.

- Intensidad: relación entre el grado de actuación profesional y las secuelas aparecidas.

- Adecuación o coherencia entre tipo de lesión observada y los posibles resultados del acto profesional.

- Continuidad fenomenológica: "continuum" a partir del acto profesional objeto de responsabilidad.

- Exclusión de otras concausas.

- Continuidad sintomatológica 2021-2024.

SEXTO. - En cuanto valoración del daño, es de considerar:

- Fecha de estabilización lesional: 29/01/2024 fecha de retirada de grapas de la última actuación médica reparadora el 19/01/2024

- Días de perjuicio grave: 39 días graves 23/11/2021 a 21/12/2021; 18/01/2023 a 24/01/2023 y 19/o/24 al 24/01/2024.

- Días de perjuicio moderado: el resto de los días del periodo de sanidad (limitación tareas laborales, bajas IT, incluyendo su calificación como incapacitado permanente Absoluto, descontando dos días moderados anteriores hasta la estabilización lesiva (29/01/2024) total de 758 días moderados.

- Secuelas:

** Colectomía sin repercusión funcional: 5 puntos*

** Perjuicio estético medio: 15 puntos.*

** Perjuicio moral por perdida de calidad de vida grave: discapacidad Permanente Absoluta.*

- Perjuicio personal por intervenciones quirúrgicas

· Colectomía segmentaria de parte del ángulo esplénico del colon: Grupo IV OMC.

· Cirugía de reconstrucción del tránsito intestinal: Grupo IV OMC.

·Plastia de pared abdominal para corrección de eventración Grupo III OMC.

TOTAL: 55.651 € (Lesiones Temporales) + 120.146 (Secuelas): 175.787,13 €».

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 14 de febrero de 2025, emitido con ocasión del presente expediente de responsabilidad patrimonial, en el que se expone lo siguiente:

« (...) RELACIÓN DE LOS HECHOS

1.- Según historia clínica, informes y documentación aportada, el paciente con fecha de nacimiento 03/11/1961 (60 años en el momento de los hechos), tiene antecedentes personales de colitis isquémica (2011) e historia de patologíaía renal izquierda crónica con infecciones crónicas e inflamaciones persistentes, que habían requerido cirugía y tratamientos conservadores, siendo portador de nefrostomía (catéter colocado en el riñón para drenar la orina directamente a una bolsa externa) y seguimiento en consultas de Urología.

2.- Dado antecedentes y criterios de anulación funcional del riñón izquierdo, con riñón derecho funcional, se decide que el paciente requiere como mejor opción terapéutica, la intervención quirúrgica mediante nefrectomía renal izquierda (extirpación quirúrgica del riñón izquierdo), tratamiento que el paciente acepta en la consulta de Urología de fecha 05/01/2021.

En esa consulta le es entregado tanto el documento de inclusión en la lista de espera quirúrgica como el consentimiento informado (CI), quedando ambos firmados tanto por el Urólogo solicitante el Dr. (...) como por el paciente. Dichos documentos tal como se afirma en el informe aportado por el Servicio de Urología fueron escaneados y archivados en su fichero electrónico el 07/01/2021, lo cual consta en el registro correspondiente que figura dentro de la historia clínica (página 101).

3.- En fecha 09/11/2021, se le realiza nefrectomía izquierda. En hoja operatoria se describe la presencia de múltiples adherencias y en zona de nefrectomía débito purulento. Las adherencias se diseccionan y liberan sin objetivarse mayores inconvenientes, realizándose control de hemostasia. Al finalizar el procedimiento se efectúa lavado de la zona con solución hipertónica. No se describen complicaciones intraoperatorias ni en el postoperatorio inmediato, lo que motivó su alta hospitalaria el 12/11/21, con las recomendaciones sobre cuidados, curas, tratamiento y seguimiento posterior.

4.- Las adherencias o fibrosis son bandas de tejido cicatricial. Estas adherencias se forman como parte del mecanismo de reparación natural del cuerpo en respuesta a cualquier alteración de los tejidos, ya sea infecciosa, inflamatoria, quirúrgica, etc.

5.- El 23/11/21, acude al servicio de urgencias hospitalario. En valoración de Urología, el paciente refiere secreción espontánea por herida quirúrgica desde hace dos días, siendo ese día sospechoso de fecaloideo. Se retiran grapas quirúrgicas en tercio posterior de la herida con salida de contenido purulento y maloliente del cual se recogen muestras para laboratorio. Se realiza lavado y se solicitan TAC urgente.

6.- En prueba de imagen, se identifica colección retroperitoneal izquierda en el lecho de la nefrectomía, que contacta con el ángulo esplénico del colon, sugestiva de perforación de este.

7.- Dado exploración física y estudio de imagen con sospecha de perforación intestinal, es valorado por Cirugía General y Digestiva (Cirugía), que le realiza con carácter urgente y previa información y aceptación del paciente, laparotomía exploratoria (media supraumbilical), objetivándose en hoja quirúrgica: la nefrectomía izquierda ya realizada, quedando detallado que, el ángulo esplénico colónico, profundo, está adherido a plastrón en celda renal izquierda (es decir, esa zona del colon se encuentra situada en la misma región retroperitoneal donde estaba localizado el riñón extirpado) y a herida de lumbotomía del que forma parte el epiplón mayor, con contenido fecaloideo, sin presencia de pus ni líquido libre en cavidad abdominal.

8.- Detectada la perforación en el ángulo esplénico del colon, le es realizada resección colónica segmentaria + Hartmann (se deja colostomía terminal temporal en flanco izquierdo para la defecación) + limpieza por perforación. En hoja quirúrgica se detalla la liberación dificultosa del ángulo esplénico colónico, dada la fibrosis (las adherencias) de los tejidos y la cirugía previa en celda renal izquierda.

9.- En fecha 16/12/21, en ecografía, la infección de la herida de lumbotomía con colección retroperitoneal drenada por herida quirúrgica ya no presenta colección residual drenable.

Dado mejoría evolutiva de herida de lumbotomía (que se dejó abierta para abordar la complicación y facilitar la curación) y buena evolución clínica, se emite alta hospitalaria el 21/12/21, con las recomendaciones de tratamiento, curas de las heridas, cuidados y seguimiento.

10.- Posteriormente se realiza seguimiento en consultas de Cirugía, además, de las de Urología.

11.- En consulta de Urología de fecha 11/01/22, se describe aún recibe curas de la herida de lumbotomía en su centro de salud, (aún en fase de cicatrización) que presenta buen aspecto.

12.- Según relato del reclamante, fue declarado en situación de Incapacidad Permanente Absoluta el 07/02/2022 por:

a) proceso renal: nefrectomía renal izquierda con riñón derecho normo funciónate (cirugía necesaria y aceptada por el paciente.

b) proceso digestivo: portador de colostomía (temporal, posteriormente retirada).

13.- En consulta de fecha 14/02/22, se describe la herida de lumbotomía está cerrada y la cicatriz de la laparotomía media no está eventrada.

14.- En ECO abdominal de julio/2022, se describe hernia incisional en cicatriz de lumbotomía izquierda.

15.- En consulta de Cirugía de fecha 03/10/22, se describe presenta gran eventración subcostal izquierda (hernia incisional), quedando en lista de espera para cirugía de reconstrucción del tránsito y eventroplastia.

16.- Ingresado para su preparación prequirúrgica el 18/01/2023, al día siguiente (19/01/23), se realiza cirugía programada de reconstrucción del tránsito intestinal. Queda cerrada la colostomía. Se visualiza eventración (hernia incisional) gigante en cicatriz de lumbotomía izquierda previa que se deja para operar en un segundo tiempo. Tras evolución satisfactoria se tramita su alta hospitalaria en fecha 24/01/23.

17.- Posteriormente se sigue evolución en consultas de Cirugía, constando el 13/02/23, la herida de la laparotomía está bien cicatrizada.

18.- En consulta de Cirugía de pared abdominal de fecha 14/05/23, se describe gran eventración de lumbotomía izquierda, quedando solicitado TAC abdominal previo a planificación quirúrgica de eventroplastia.

19.- En consulta de Cirugía de fecha 06/07/23, tras resultado del TAC abdominal realizado en junio/2023, se objetiva gran eventración abdominal lateral izquierda, por lo que se propone eventroplastia abierta sublay tipo TAR reverso con anclaje de malla, que el paciente acepta, una vez se le explica las características de la intervención y sus riesgos, informando a su vez de la posibilidad de denervación parietal que pueda provocar bulging (abultamiento por atrofia y debilidad muscular) postoperatorio sin que necesariamente se trate de recidiva herniaria.

20.- La eventración es una hernia de la pared abdominal (anterior, lateral, lumbar) que se produce por defecto en el cierre, debido a trastornos en la cicatrización en la zona de la incisión de la cirugía, que puede estar en relación con complicaciones locales de la herida como la infección presentada en este paciente.

21.- En fecha 19/01/2024, se realiza eventroplastia abierta con separación de componentes posterior tipo TAR reverso, es decir, se cierra-repara el defecto y se refuerza la pared abdominal. En hoja quirúrgica se describe como hallazgos gran síndrome adherencial (adherencias o fibrosis tisular) que dificulta la cirugía y la hace laboriosa. Tras evolución postquirúrgica satisfactoria y heridas quirúrgicas en buen proceso de cicatrización se emite su alta hospitalaria el 24/01/2024.

22.- Tras buena evolución de la herida quirúrgica son retiradas las grapas de sutura el 29/01/2024. En consulta de seguimiento de Cirugía de fecha 20/11/24, se describe el paciente se encuentra subjetivamente bien y prácticamente asintomático salvo por abultamiento en región lumbar izquierda con exploración negativa para defecto herniario;

que se sospechó derivada de atrofia y debilidad muscular de la zona, circunstancia ya informada al paciente previo a la cirugía.

CONCLUSIONES

1.- El paciente presenta historia de patología renal izquierda crónica con infecciones crónicas e inflamaciones persistentes, que habían requerido cirugía y tratamientos conservadores, siendo portador de nefrostomía (catéter colocado en el riñón para drenar la orina directamente a una bolsa externa) y seguimiento por el servicio de Urología.

2.- Dado antecedentes y criterios de anulación funcional del riñón izquierdo, con riñón derecho funcional, se decide que el paciente requiere como mejor opción terapéutica, la intervención quirúrgica mediante nefrectomía renal izquierda (extirpación quirúrgica del riñón izquierdo), tratamiento que el paciente acepta en la consulta de Urología de fecha 05/01/2021, consulta destinada a dar las explicaciones correspondientes (sobre su patología, alternativas de tratamiento, características de la cirugía, riesgos, aclarando cualquier duda que el paciente tenga). En esa consulta le es entregado tanto el documento de inclusión en la lista de espera quirúrgica como el consentimiento informado (CI), quedando ambos firmados tanto por el Urólogo solicitante el Dr. (...) como por el paciente. Dichos documentos tal como se afirma en el informe aportado por el Servicio de Urología fueron escaneados y archivados en su fichero electrónico el 07/01/2021, lo cual consta en el registro correspondiente que figura dentro de la historia clínica, por tanto, al paciente si se le había entregado el documento de CI, con tiempo suficiente previo a la cirugía realizada, siendo esto prueba que contradice su argumento.

(...)

3.- Según queda plasmado en el documento de CI, el paciente no solo fue informado de en qué consistía la intervención a realizar de nefrectomía, sino que como consta en dicho documento, el paciente fue informado de que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables o complicaciones, tanto los comunes a toda intervención como los específicos del procedimiento, quedando reflejado en el documento:

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 como no conseguir la extirpación del riñón y la persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente; el desarrollo de una infección urinaria como consecuencia de la sonda vesical postintervención, si ésta fuera precisa; hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados; complicaciones

pulmonares como consecuencia de la apertura del tórax (neumonía, hemotórax o sangrado en la cavidad torácica, neumotórax o aire en la cavidad torácica, hernia diafragmática como consecuencia de la apertura del diafragma); parálisis diafragmática como consecuencia de la lesión del nervio frénico y con repercusiones respiratorias más o menos graves dependiendo de la intensidad de la lesión; piotórax o infección masiva de la cavidad torácica con posible resultado de muerte; insuficiencia respiratoria como consecuencia de complicaciones anteriores o patología previa, que oscilará desde muy leve a muy grave con resultado de muerte; problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura -apertura-, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, neuralgias -dolores nerviosos-, hiperestesias -aumento de la sensibilidad- o hipoestesias -disminución de la sensibilidad-); lesiones de otras vísceras (intestino, bazo, hígado (...)) a veces de consecuencias imprevisibles; lesión vascular importante (vena cava, aorta, arteria y vena suprarrenales, etc.); tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas y cuya gravedad depende de su intensidad.

4.- Por tanto, en el documento firmado por el paciente, se contempla la posibilidad de que ocurran lesiones de órganos como lo es el intestino, que por su cercanía queden dentro de la zona quirúrgica, así como también se contempla la infección de diferente gravedad de la herida quirúrgica lo cual puede generar alteraciones derivadas de procesos cicatriciales anómalos.

5.- Los riñones son órganos situados en el abdomen a ambos lados de la región dorsolumbar de la columna vertebral. La cara posterior de cada riñón se apoya en la pared abdominal posterior formada por los músculos posas mayor, cuadrado de los lomos y transverso del abdomen de cada lado, su cara anterior está recubierta por el peritoneo, de ahí que se consideren órganos retroperitoneales. A través de la membrana peritoneal, los riñones se relacionan con los órganos intraabdominales vecinos. El riñón izquierdo se relaciona con la arteria aorta abdominal, el estómago, el páncreas, el ángulo esplénico del colon y el bazo.

6.- En su caso, si bien se trataba de un procedimiento de elevada complejidad dado que involucraba riñones con antecedentes de infecciones crónicas e inflamaciones persistentes, lo que hace que se produzcan adherencias significativas y retracciones de los tejidos circundantes, la intervención de nefrectomía realizada el 09/11/2021, según informe operatorio se realizó sin complicaciones inmediatas, resolviéndose las adherencias presentes sin mayores inconvenientes y efectuándose lavado de la zona con solución hipertónica para identificar puntos de sangrado y posibles fugas, lo cual es una práctica habitual de seguridad

en cirugías de alta complejidad, especialmente en presencia de nefrostomía, condición que incrementa el riesgo de infección, no estando aceptada una revisión intestinal, en casos como este, en ausencia de signos que la justifiquen, dado que ello implicaría abrir la cavidad peritoneal y exponerla a un riesgo mayor e innecesario de contaminación.

7.- Asimismo, según la historia clínica e informe del servicio de Urología, se ejecutó un protocolo quirúrgico conforme a las normas con observancia de las técnicas quirúrgicas adecuadas, en donde como es natural se tiene en cuenta la anatomía del órgano a tratar así como su relación con el resto de órganos, siendo conocido que, la cara posterior del colon se encuentra situada en la misma región retroperitoneal donde estaba localizado el riñón extirpado y tuvo que ser separado para poder completar la cirugía, es decir, existe una estrecha vinculación anatómica entre el ángulo esplénico del colon donde se localizó la lesión colónica y el riñón izquierdo.

8.- En su caso, la no existencia de complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica o el procedimiento durante el ingreso postquirúrgico, incluso durante días después del mismo, sugiere que no se produjo una perforación del colon durante la cirugía, sino que ocurriera una afectación parcial de la pared colónica o de su vascularización, que días después resultó en la apertura diferida de la cavidad colónica (el colon en su ángulo esplénico) hacia el lecho quirúrgico (hacia la zona intervenida). Por otro lado, las dificultades previas de vascularización colónica según antecedente de colitis isquémica recogidos en la historia clínica, también pudo ser un factor que podría haber contribuido a esta complicación.

9.- El drenaje de la lesión colónica se produjo a través de la herida quirúrgica y su infección requirió curas prolongadas y la apertura de la zona para garantizar una adecuada evolución, lo que asoció cicatrización anómala y la aparición de una hernia incisional. Tanto la apertura de la herida quirúrgica como la colostomía fueron medidas temporales y necesarias para abordar la perforación colónica, complicación que es inherente a la cirugía realizada, y por ello está contemplada en el documento de CI, complicación y alteraciones derivadas de ella para lo que se han puesto a disposición del paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos requeridos a lo largo del proceso, siendo todos ellos realizados conforme a lex artis.

10.- Con anterioridad a la cirugía el paciente fue informado, siendo el documento de CI presente en la historia clínica, prueba de que había sido informado, conocía, entendía y había asumido no solo los beneficios de la intervención a realizar sino también los riesgos o complicaciones que le son inherentes y entre los que se encuentran los que allí se materializaron. Documento de CI firmado por el paciente y el médico, del cual existe constancia archivada, con tiempo suficiente previo a la cirugía, por lo que consideramos se ha cumpliendo con la normativa reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

11.- Se emite informe desfavorable».

III

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

- El procedimiento comenzó mediante la presentación el día 18 de octubre de 2024 del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada por (...), en el ámbito del Servicio Canario de la Salud.

- El día 25 de octubre de 2024 se identifica el procedimiento y se insta al interesado a mejorar su reclamación, de lo que recibe notificación el día 30 de octubre de 2024, viniendo a aportar el 6 de noviembre de 2024 escrito de subsanación.

- Mediante Resolución de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud n.º 772/2024, de 15 de noviembre, se acuerda la admisión a trámite de la reclamación.

- Con fecha 15 de noviembre de 2024 se requiere el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) «se recabe el historial clínico y el informe/s del Servicio/s cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable y que, a la vista de la documentación e informe remitidos, emita, si lo estima oportuno, informe con relación a la asistencia sanitaria prestada».

- Con fecha 14 de febrero de 2025 por parte del SIP emite Informe al que se acompaña copia de la Historia Clínica del reclamante obrante en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN) e Informe emitido por el jefe del Servicio de Urología del HUGCDN.

- Con fecha 7 de abril de 2025 se dicta acuerdo probatorio en el que se acuerda admitir a trámite la prueba documental propuesta por el reclamante.

- Con fecha 7 de abril de 2025 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, sin que se formularan alegaciones.

- Con fecha 18 de marzo de 2026, por el reclamante se presenta escrito denunciando la demora en resolver el procedimiento.

- Con fecha 25 de marzo de 2026 se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del interesado, que es remitida a este Consejo para ser sometida al preceptivo dictamen.

IV

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

2. En relación con el instituto de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, 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 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".

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 dice 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. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece "El motivo ha de ser

igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente".

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". Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

4. De otro lado, en relación con la carga de la prueba, 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).

5. Sentada la anterior doctrina, en el presente caso, el interesado sostiene que con fecha 9 de noviembre de 2021 fue sometido a una nefrectomía por anulación funcional del riñón izquierdo, siendo dado de alta de dicha operación el 12 de noviembre de 2021. Que, tras el alta, presentó dolor abdominal y secreción purulenta de la herida, por lo que acudió a los servicios sanitarios, quienes, tras realizarle un TAC, le diagnosticaron una perforación de colon, siendo intervenido el 23 de noviembre de 2021 para tratar dicha perforación, practicándosele una colostomía temporal. Posteriormente, con fecha 19 de enero de 2023, se interviene quirúrgicamente para la reconstrucción del tránsito intestinal y retirada de la colostomía, objetivándose la existencia de una eventración en la herida de la lumbotomía, la cual es intervenida el 19 de enero de 2024.

Alega el reclamante que, en la intervención practicada el 9 de noviembre de 2021, suscribió el documento de consentimiento informado (DCI) sin que se le explicaran las consecuencias y los riesgos de la cirugía; a lo que añade que dicho DCI no se encontraba firmado por el médico actuante, ni figuraba su número de colegiado.

Asimismo, señala que la perforación de colon fue un hecho sorprendente teniendo en cuenta que la zona por la que se realiza la intervención está alejada de la zona intestinal, por lo que no se adoptaron las medidas oportunas pare evitar la lesión, al tiempo que tampoco se revisó una vez finalizada la intervención la zona intestinal siendo, las intervenciones practicadas con posterioridad, consecuencia de esa cirugía de 9 de noviembre de 2021.

A pesar de las consideraciones efectuadas por el reclamante, este Organismo consultivo, una vez examinados los medios de prueba de que dispone -la Historia Clínica relativa a la atención recibida en el HUGCDN, el informe del Servicio de Urología y el informe del SIP-, no puede compartir tal conclusión.

De la prueba practicada en el presente procedimiento ha quedado acreditado que el reclamante tiene antecedentes personales de colitis isquémica e historia de patología renal izquierda crónica con infecciones crónicas e inflamaciones persistentes, que habían requerido cirugía y tratamientos conservadores, siendo portador de nefrostomía, estando en seguimiento en consultas de Urología.

Dados estos antecedentes y, apreciados criterios de anulación funcional del riñón izquierdo, con riñón derecho funcional, se decidió que el reclamante requería como mejor opción terapéutica la intervención quirúrgica mediante nefrectomía renal izquierda (extirpación quirúrgica del riñón izquierdo).

Con fecha 9 de noviembre de 2021, se le realiza nefrectomía izquierda, describiéndose en la hoja operatoria la presencia de múltiples adherencias, que se diseccionan y liberan sin objetivarse mayores inconvenientes, y, débito purulento en la zona de nefrostomía, realizándose control de hemostasia. Al finalizar el procedimiento se efectuó lavado de la zona con solución hipertónica.

Tal como consta en el Historial Clínico obrante en el expediente administrativo, no se describieron complicaciones intraoperatorias, ni tampoco en el postoperatorio inmediato. Además, al finalizar el procedimiento, se efectuó un lavado de la zona con solución hipertónica para identificar puntos de sangrado y posibles fugas, una práctica habitual de seguridad en cirugías de alta complejidad, especialmente en presencia de una nefrectomía que incrementa el riesgo de infección. Tal como señala el Jefe de Servicio de Urología del HUGCDN, la sugerencia de realizar una revisión intestinal, como se menciona en la reclamación, carece de viabilidad en ausencia de signos indirectos que la justifiquen, ya que implicaría abrir la cavidad peritoneal y exponer al paciente a un riesgo innecesario de contaminación.

Asimismo, en relación con la duda planteada por el reclamante sobre la localización anatómica de la lesión colónica en el ángulo esplénico y su vinculación con el riñón izquierdo, no existe controversia respecto a su íntima conexión anatómica, pues tal como informa el Jefe de Servicio de Urología del HUGCDN, la cara posterior del colon se encuentra situada en la misma región retroperitoneal donde estaba localizado el riñón extirpado y tuvo que ser separado para poder completar la cirugía. En este sentido, el SIP informa, igualmente, que los riñones son órganos situados en el abdomen a ambos lados de la región dorsolumbar de la columna vertebral. Y a través de la membrana peritoneal, los riñones se relacionan con los órganos intraabdominales vecinos. El riñón izquierdo se relaciona con la

arteria aorta abdominal, el estómago, el páncreas, el ángulo esplénico del colon y el bazo. Es decir, existe -informe del SIP-una estrecha vinculación anatómica entre el ángulo esplénico del colon donde se localizó la lesión colónica y el riñón izquierdo.

6. Tras la intervención quirúrgica descrita, el día 23 de noviembre de 2021, el reclamante acude al servicio de urgencias hospitalario refiriendo secreción espontánea por herida quirúrgica desde hacía dos días, siendo ese día sospechoso de fecaloideo, siendo valorado por el Servicio de Urología, quien procedió a retirarle las grapas quirúrgicas apreciando la salida de contenido purulento y maloliente, por lo que se le realizó un lavado y se solicitó un TAC urgente.

En dicha prueba de imagen, se identificó una colección retroperitoneal izquierda en el lecho de la nefrectomía, que contactaba con el ángulo esplénico del colon, sugestiva de perforación de este. A la vista de dicho resultado, es valorado por Cirugía General y Digestiva, quien le realiza con carácter urgente y previa información y aceptación del reclamante, una laparotomía exploratoria, objetivándose que el ángulo esplénico colónico profundo está adherido a plastrón en celda renal izquierda (es decir, esa zona del colon se encuentra situada en la misma región retroperitoneal donde estaba localizado el riñón extirpado) y a la herida de lumbotomía del que forma parte el epiplón mayor, con contenido fecaloideo, sin presencia de pus ni líquido libre en la cavidad abdominal.

Detectada, pues, la perforación en el ángulo esplénico del colon, le es realizada resección colónica segmentaria, se le deja colostomía terminal temporal en flanco izquierdo para la defecación, y se le realiza limpieza por perforación. Además, en la hoja quirúrgica se detalla la liberación dificultosa del ángulo esplénico colónico, dada la fibrosis (adherencias) de los tejidos y la cirugía previa en celda renal izquierda.

Con fecha 16 de diciembre de 2021, se le realiza una ecografía, en la que la infección de la herida de lumbotomía con colección retroperitoneal drenada por herida quirúrgica ya no presenta colección residual drenable, por lo que, dada la mejoría evolutiva de la herida de lumbotomía y la buena evolución clínica, se emitió alta hospitalaria el 21 de diciembre de 2021, con las recomendaciones de tratamiento, curas de las heridas, cuidados y seguimiento.

Como se puede advertir, durante el ingreso postoperatorio del 9 de noviembre de 2021 no se observaron signos de complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica o el procedimiento, no siendo hasta 14 días después de la intervención quirúrgica cuando aparecen los primeros síntomas de la perforación intestinal.

Tal como señala el Informe del Jefe de Servicio de Urología del HUGCDN, esto sugiere que no se produjo una perforación del colon durante la cirugía, considerándose probable que ocurriera una afectación parcial de la pared colónica o de su vascularización, que días después resultó en la apertura diferida de la cavidad colónica hacia el lecho quirúrgico. Además, conviene recordar que el reclamante presenta antecedentes de colitis isquémica y dificultades previas en la vascularización colónica, lo que podría haber contribuido a esta complicación.

7. Resuelto el anterior episodio, en ECO abdominal de julio de 2022, se describe hernia incisional en cicatriz de lumbotomía izquierda. Lo que es reiterado en la consulta de Cirugía de fecha 3 de octubre de 2022, en la que se describe que presenta una gran eventración subcostal izquierda (hernia incisional), quedando en lista de espera para cirugía de reconstrucción del tránsito y eventroplastia.

El día 19 de enero de 2023, se realiza cirugía programada de reconstrucción del tránsito intestinal, quedando cerrada la colostomía. Asimismo, en dicha intervención se visualiza eventración (hernia incisional) gigante en cicatriz de lumbotomía izquierda previa que se deja para operar en un segundo tiempo.

En consulta de Cirugía de fecha 6 de julio de 2023, tras el resultado del TAC abdominal realizado en junio de 2023, se objetiva gran eventración abdominal lateral izquierda, por lo que se propone eventroplastia abierta sublay tipo TAR reverso con anclaje de malla, que el reclamante acepta, una vez se le explica las características de la intervención y sus riesgos, informando a su vez de la posibilidad de denervación parietal que pueda provocar bulging (abultamiento por atrofia y debilidad muscular) postoperatorio sin que necesariamente se trate de recidiva herniaria.

En fecha 19 de enero de 2024, se realiza eventroplastia, describiéndose en la hoja quirúrgica como hallazgos gran síndrome adherencial (adherencias o fibrosis tisular) que dificulta la cirugía y la hace laboriosa. Tras una evolución postquirúrgica satisfactoria y heridas quirúrgicas en buen proceso de cicatrización se emite su alta hospitalaria el 24 de enero de 2024, retirándose las grapas de sutura el 29 de enero de 2024.

En consulta de seguimiento de Cirugía de fecha 20 de noviembre de 2024, se describe que el reclamante se encuentra subjetivamente bien y prácticamente asintomático salvo por abultamiento en región lumbar izquierda con exploración negativa para defecto herniario; que se sospechó derivada de atrofia y debilidad muscular de la zona, circunstancia ya informada al paciente previo a la cirugía.

8. Expuesto lo que antecede, consideramos que el reclamante, a quien incumbe la carga de la prueba sobre la existencia de infracción de la *lex artis*, únicamente indica en su reclamación que en la nefrectomía que se le practicó el 9 de noviembre de 2021 se le perforó el colon (intestino grueso), pero, sin embargo, no ha acreditado que tal perforación haya sido consecuencia de una inadecuada práctica médica.

En casos como el presente, y dado el carácter técnico de la cuestión que se plantea, es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues es indudable que estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Organismo consultivo carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse necesariamente en las pruebas periciales que figuren en el expediente administrativo. En estos casos, venimos obligados a dictaminar con tales medios de prueba, empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica, con el fin de zanjar el conflicto planteado.

Y con dicho material probatorio, no consta la existencia de inadecuada práctica médica. Más bien, al contrario, pues, ha quedado probado que este tipo de procedimientos presentan una elevada complejidad, ya que suelen involucrar riñones con antecedentes de infecciones crónicas e inflamaciones persistentes, como es el caso del reclamante. Estas condiciones producen adherencias significativas y retracciones de los tejidos circundantes, lo que dificulta la intervención quirúrgica. En este caso concreto, el análisis histopatológico de la pieza quirúrgica reveló una pielonefritis crónica severa, caracterizada por ulceraciones en los cálices y la médula renal, además de focos de pielonefritis aguda y fibrosis en los tejidos blandos periféricos. Siendo destacable la identificación de un fragmento de tejido pancreático, hallazgo que subraya la complejidad de la cirugía y la notable presencia de adherencias.

Además, el hecho de que los primeros síntomas de la perforación intestinal no aparecieran hasta transcurridos 14 días desde la nefrectomía, sugiere que la perforación del colon no se produjo durante la cirugía, sino que lo más probable es que ocurriera una afectación parcial de la pared colónica o de su vascularización, que días después devino en la apertura diferida de la cavidad colónica hacia el lecho quirúrgico, atendidos los antecedentes del reclamante.

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 -nefrectomía- para abordar la anulación funcional del riñón izquierdo que padecía el reclamante, sin que haya quedado acreditado que el abordaje quirúrgico se realizara inadecuadamente.

Asimismo, consideramos que se han puesto a disposición del paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos requeridos a lo largo del proceso, siendo todos ellos realizados conforme a *lex artis*. En este sentido, tras la intervención quirúrgica se llevó a cabo una vigilancia asistencial continuada y dentro de unos plazos breves, y la práctica de pruebas diagnósticas. Además, una vez advertidas tanto la perforación de colon como la hernia incisional, fueron correctamente resueltas.

9. Finalmente, el reclamante alega la insuficiencia del consentimiento informado para la realización de la nefrectomía.

En relación con esta cuestión se ha de señalar que el consentimiento informado se concibe como un acto unilateral del paciente o, en su caso, de sus familiares o allegados, que manifiestan su voluntad de someterse a un determinado tratamiento clínico o quirúrgico.

Descendiendo a su régimen jurídico, la regulación del derecho al consentimiento informado se contiene en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica -en adelante, Ley 41/2002-.

En el terreno en el que nos encontramos, hemos de destacar el art. 8 del referido texto legal que dispone lo siguiente:

«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 artículo 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.

3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento».

De esta manera, para que el consentimiento produzca el efecto de eximir a la Administración de responsabilidad, cualquiera que fuera la forma de manifestarse, es necesario que sea válido y que el hecho determinante del daño esté dentro del objeto del consentimiento. Toda persona tiene derecho a que se le dé en términos comprensibles a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y medidas de tratamiento. Asimismo, tiene derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso. También tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso.

En el ámbito sanitario es de suma importancia la elaboración de formularios específicos, puesto que sólo mediante un protocolo amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, seguido con especial cuidado, puede garantizarse la finalidad pretendida por la Ley. El contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo a una terapia por razón de sus riesgos.

Como hemos visto, el art. 8.2 de la Ley 41/2002 excluye el consentimiento verbal, como regla general, respecto de las intervenciones quirúrgicas, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aquellos procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Al hilo de esta cuestión y, en lo que ahora nos interesa, la Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 4 de diciembre de 2012, con cita de la de 26 de marzo del mismo año, entre muchas otras, declaraba lo siguiente:

«Resulta claro que tanto la vigente regulación, más detallada y precisa, como la anterior coinciden en un punto esencial, esto es la exigencia del "consentimiento escrito del usuario" (art. 10.6 Ley General de Sanidad, 14/1986,art. 8.2. Ley 41/2002) para la realización de intervenciones quirúrgicas. Si bien actualmente también se prevea respecto de 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. Todo ello, a salvo claro está de situaciones en que deban adoptarse decisiones urgentes adecuadas para salvar la vida del paciente o cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones.

Se ha recordado en la Sentencia de 29 de junio de 2010, recurso de casación 4637/2008 lo dicho en la Sentencia de 16 de enero de 2007, recurso de casación 5060/2002 sobre 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".

(...) / (...) Por ello la regulación legal debe interpretarse en el sentido de que no excluye de modo radical la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito. Sin embargo, al exigir que el consentimiento informado se ajuste a esta forma documental, más adecuada para dejar la debida constancia de su existencia y contenido, la nueva normativa contenida en la Ley General de Sanidad tiene virtualidad suficiente para invertir la regla general sobre la carga de la prueba, (según la cual, en tesis general, incumbe la prueba de las circunstancias determinantes de la responsabilidad a quien pretende exigirla de la Administración)".

Y una constante jurisprudencia (Sentencias de 16 de enero de 2007, recurso de casación 5060/2002, 1 de febrero de 2008, recurso de casación 2033/2003, de 22 de octubre de 2009, recurso de casación 710/2008, sentencia de 25 de marzo de 2010, recurso de casación 3944/2008) insiste en que el deber de obtener el consentimiento informado del paciente constituye una infracción de la "lex artis" y revela una manifestación anormal del servicio sanitario.

(...) En fecha reciente el Tribunal Constitucional ha declarado (FJ 7º) en su STC 37/2011 de 28 de marzo de 2011, estimando un recurso de amparo por quebranto de los arts. 15 y 24.1. CE que "no basta con que exista una situación de riesgo para omitir el consentimiento informado, sino que aquél ha de encontrarse cualificado por las notas de inmediatez y de gravedad".

Nuestra jurisprudencia (SSTS 29 de junio 2010, rec. casación 4637/2008, 25 de marzo de 2010, rec. casación 3944/2008), sostiene que no solo puede constituir infracción la omisión completa del consentimiento informado sino también descuidos parciales.

Se incluye, por tanto, la ausencia de la obligación de informar adecuadamente al enfermo de todos los riesgos que entraña una intervención quirúrgica y de las consecuencias que de la misma podían derivar una vez iniciada una asistencia hospitalaria con cambio de centro médico y tipo de anestesia.

Debe insistirse en que una cosa es la incerteza o improbabilidad de un determinado riesgo, y otra distinta su baja o reducida tasa de probabilidad, aunque sí existan referencias no aisladas acerca de su producción o acaecimiento.

Además, hemos desvinculado la falta o insuficiencia de consentimiento informado, de la existencia de mala praxis, pues el defecto o insuficiencia en el consentimiento constituye, en sí mismo, mala praxis. Así lo acabamos de afirmar en nuestra sentencia de fecha 30 de septiembre de 2011, recurso 3536/2007 y las que en ella se citan».

Hemos de añadir a lo anterior que el art. 10 de la Ley 41/2002, al regular las condiciones de la información previa al consentimiento por escrito, viene a señalar, indirectamente, el contenido mínimo de este, que será:

a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

d) Las contraindicaciones.

La jurisprudencia que ha interpretado el precepto citado, expresada, entre otras, en la Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 19 de septiembre de 2012, ha venido matizando que « (…) *no cabe, sin embargo, olvidar que la información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada -puesto que un acto clínico es, en definitiva, la prestación de información al paciente- y en un padecimiento innecesario para el enfermo. Es menester interpretar en términos razonables un precepto legal que, aplicado con rigidez, dificultaría el ejercicio de la función médica -no cabe excluir incluso el rechazo por el paciente de protocolos excesivamente largos o inadecuados o el entendimiento de su entrega como una agresión-, sin excluir que la información previa pueda comprender también los beneficios que deben seguirse al paciente de hacer lo que se le indica y los riesgos que cabe esperar en caso contrario*».

En definitiva, como recuerda a modo de resumen la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 17 de marzo de 2016, la doctrina jurisprudencial que se refleja en las Sentencias del Tribunal Supremo como la de 4 de diciembre de 2009, de 20 de noviembre de 2012, 21 de diciembre de 2013, o, 30 de abril de 2013, concluyen que:

1) El defecto del consentimiento informado es considerado por la jurisprudencia como incumplimiento de la *lex artis* en cuanto constituye una manifestación de funcionamiento anormal del servicio sanitario.

2) No todo incumplimiento del consentimiento informado comporta responsabilidad pues se requiere que se haya ocasionado un resultado lesivo, de manera que la intervención satisfactoria y sin daño deviene inocua la falta de consentimiento.

3) Si existe secuela previsible, pese a ajustarse la intervención a la *lex artis*, la falta de consentimiento informado comporta un daño moral, susceptible de resarcimiento. Se exceptúan de indemnización y reproche los casos de actuaciones médicas conformes con la *lex artis* en las que se origina un resultado dañoso por un riesgo atípico, imprevisible o de fuerza mayor, supuesto en el que la jurisprudencia entiende que se rompe el nexo causal entre la prestación del servicio y el resultado dañoso.

4) A falta del documento relativo a su prestación, incumbe a la Administración por inversión en la carga de la prueba la acreditación sobre el cumplimiento de las formalidades que exige el consentimiento informado, que comprenden, entre otros aspectos, no sólo los riesgos inherentes a la intervención sino también los posibles tratamientos alternativos.

5) En caso de daño derivado de la falta o insuficiencia de consentimiento informado sobre riesgos típicos, descritos como habituales en la literatura médica común, ha de determinarse una indemnización con referencia al derecho del paciente a obtener la información esclarecedora, debiendo ponderarse sólo el monto de una indemnización que responda a la privación de aquel derecho y de las posibilidades que, en otro caso, se tenía.

En el presente caso no se ha producido un incumplimiento por parte de la Administración sanitaria de su obligación legal de informar al reclamante sobre los riesgos y alternativas a la intervención quirúrgica practicada.

Contrariamente a lo que sostiene el interesado, lo cierto es que consta en el expediente administrativo el DCI por él firmado, en el que se le informa sobre los riesgos de la intervención quirúrgica de nefrostomía a la que iba a ser sometido.

En efecto, en el DCI firmado por el reclamante se hace constar en el apartado relativo a «*las complicaciones más importantes*», 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 como no conseguir la extirpación del riñón y la persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente; el desarrollo de una infección urinaria como consecuencia de la sonda vesical postintervención, si ésta fuera precisa; hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados; complicaciones pulmonares como consecuencia de la apertura del tórax (neumonía, hemotórax o sangrado en la cavidad torácica, neumotórax o aire en la cavidad torácica, hernia diafragmática como consecuencia de la apertura del diafragma); parálisis diafragmática como consecuencia de la lesión del nervio frénico y con repercusiones respiratorias más o menos graves dependiendo de la intensidad de la lesión; piotórax o infección masiva de la cavidad torácica con posible resultado de muerte; insuficiencia respiratoria como consecuencia de complicaciones anteriores o patología previa, que oscilará desde muy leve a muy grave con resultado de muerte; problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura -apertura-, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, neuralgias -dolores nerviosos-, hiperestesias -aumento de la sensibilidad- o hipoestesias -disminución de la sensibilidad-); lesiones de otras vísceras (intestino, bazo, hígado (...)) a veces de consecuencias imprevisibles; lesión vascular importante (vena cava, aorta, arteria y vena suprarrenales, etc.); tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas y cuya gravedad depende de su intensidad.

· El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros (...)) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo riesgo de mortalidad.

· El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades, aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

· También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia».

Asimismo, en el apartado «*Alternativas terapéuticas*» se hacía constar lo siguiente:

«El médico me ha explicado que otras alternativas son la embolización y la terapia médica, pero que en mi caso la mejor opción terapéutica es la nefrectomía simple (...) ».

Como se puede advertir, el DCI se encuentra redactado en términos completos, comprendiendo los posibles riesgos y complicaciones conocidos que pueden derivar de la nefrectomía simple, entre los cuales se encuentran expresamente contemplados los que posteriormente sufrió el reclamante como son: la lesión del intestino; la infección de la herida quirúrgica; y, los defectos estéticos derivados de las anteriores complicaciones.

Además, pese a que el reclamante sostiene que el DCI lo firmó en la camilla en el momento inmediatamente anterior a entrar en el quirófano y que no le explicaron los riesgos de la intervención quirúrgica, lo cierto es que no ha acreditado en modo alguno este extremo.

Por el contrario, la Administración sanitaria a pesar de que el DCI no está fechado y, si bien está firmado por el médico, no consta su identidad, ha acreditado con los documentos obrantes en el expediente administrativo que dicho DCI fue entregado y firmado por el reclamante el día 5 de enero de 2021 -tal como consta en la conclusión n.º 10 del Informe del SIP-.

Así, ha quedado acreditado que el documento de inclusión del reclamante en lista de espera quirúrgica está archivado en la historia clínica junto con el DCI firmado el mismo día. Estos documentos se entregaron al reclamante el 5 de enero de 2021 y fueron escaneados y archivados en el fichero electrónico del Servicio de Urología el 7 de enero de 2021, tal como consta en el registro correspondiente. Con ello se pone de relieve, además, que el reclamante fue informado con antelación más que suficiente al acto quirúrgico -10 meses-, por lo que tuvo ocasión de conocer, analizar y barajar los posibles beneficios y riesgos de la intervención a la que iba a ser sometido, y, en consecuencia, modificar libremente su elección.

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, máxime, teniendo en cuenta los antecedentes médicos del paciente afectado.

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*.

10. En atención a lo expuesto, la falta de prueba de la inadecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria del reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria del interesado, por los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.