Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 7 5 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 13 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. 134/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría 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. La cuantía indemnizatoria reclamada por la interesada [60.000 €] determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera 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 el art. 81.2 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 la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, 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; y la

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

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.

4. 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, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 [BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015] de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

5. En el presente procedimiento se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de la interesada, al haber sufrido en su esfera personal el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica; concretamente, al Servicio Canario de la Salud -organismo autónomo de dicha Administración-, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente [art. 21.1 y 6 LPACAP].

II

1. La 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 anormal funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia médica que le fue dispensada en el Hospital Universitario de Canarias -en adelante, HUC-.

A este respecto, la reclamante expone que, a partir del mes de agosto de 2018, fue atendida en dicho centro hospitalario por patología ginecológica, iniciándose un proceso diagnóstico que culminó con la detección de un proceso tumoral, inicialmente descrito como limitado y de reducida entidad. Tras la realización de diversas pruebas diagnósticas y consultas especializadas, se indicó la necesidad de tratamiento quirúrgico, programándose finalmente la práctica de una histerectomía, que tuvo lugar el día 17 de enero de 2019.

Durante el proceso preoperatorio y quirúrgico, la reclamante manifiesta haber recibido información incompleta y contradictoria respecto al alcance real de la patología, la identidad del cirujano que finalmente la intervendría y los riesgos asociados al procedimiento. La intervención quirúrgica se llevó a cabo el 17 de enero de 2019, produciéndose durante la misma una lesión del uréter, circunstancia que, según la interesada, no fue adecuadamente explicada ni correctamente abordada de forma inmediata, ni con la participación temprana del Servicio de Urología.

Como consecuencia directa de dicha lesión uretral, la paciente refiere haber sufrido una evolución postoperatoria desfavorable, con obstrucción uretral, deterioro de la función renal y necesidad de someterse a procedimientos posteriores, tales como la colocación de nefrostomía y de catéteres uretrales tipo doble J, así como diversos ingresos hospitalarios y controles médicos prolongados en el tiempo.

La reclamante sostiene, igualmente, que la gestión clínica del postoperatorio fue deficiente, poniendo de manifiesto retrasos asistenciales -ausencia de seguimiento especializado en Urología desde los primeros momentos-, insuficiente coordinación entre servicios y una carencia de información clara y comprensible sobre las complicaciones surgidas y sobre las alternativas terapéuticas existentes, lo que habría contribuido a agravar su situación clínica y a prolongar innecesariamente el proceso asistencial.

Asimismo, afirma que las complicaciones urológicas derivadas de la intervención quirúrgica condicionaron negativamente el inicio y desarrollo del tratamiento oncológico posterior, consistente en quimioterapia y radioterapia, así como la planificación de la braquiterapia, generándose retrasos e incidencias que, a su entender, menoscabaron la eficacia del tratamiento y su estado general de salud.

La perjudicada señala, igualmente, que, como consecuencia de la cirugía practicada, se produjo la extirpación de ganglios linfáticos, con la consiguiente afectación neurológica posterior —especialmente del nervio femoral— y desarrollo de secuelas funcionales persistentes, tales como dolor crónico, edemas en extremidades inferiores y limitaciones para la deambulación, que han precisado tratamiento rehabilitador continuado.

La interesada indica que el conjunto de las secuelas físicas, psíquicas y funcionales derivadas del proceso asistencial descrito determinó el reconocimiento administrativo de una situación de incapacidad permanente en julio de 2019, con la consiguiente pérdida de capacidad laboral, perjuicios económicos y afectación relevante de su calidad de vida, a lo que añade un daño moral derivado del sufrimiento padecido y de la prolongación del proceso clínico.

2. La reclamación planteada por la paciente -y ahora reclamante- se fundamenta en la existencia de una actuación sanitaria contraria a la *lex artis ad hoc*, concretada en la producción de la lesión uretral durante la intervención ginecológica, en la falta de un diagnóstico y tratamiento especializado precoz de dicha complicación, en la deficiente coordinación asistencial y en la insuficiente información facilitada a la paciente. Considera, en consecuencia, que existe relación de causalidad directa entre el funcionamiento anormal del servicio público sanitario y los daños sufridos.

En atención a todo ello, solicita que se declare la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria y que se le reconozca una indemnización por los daños personales, morales y patrimoniales padecidos, cuya cuantía fija provisionalmente en 60.000 €, sin perjuicio de su ulterior determinación definitiva tras la completa valoración del daño, intereses legales incluidos.

III

En cuanto a la tramitación del procedimiento administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones más relevantes:

1. El procedimiento de responsabilidad patrimonial se inicia mediante la presentación de escrito de reclamación con registro de entrada ante el Servicio Canario de la Salud el día 17 de enero de 2020.

Junto al escrito de reclamación inicial se adjunta diversa documentación: informes médicos, copia de la resolución administrativa por la que se declara la incapacidad permanente total de la interesada, etc.

2. Con fecha 21 de enero de 2020 el órgano instructor formula requerimiento a la interesada a fin de que subsane la reclamación interpuesta. Trámite que es debidamente cumplimentado por ésta con fecha 20 de febrero de 2020.

3. La reclamación formulada es admitida a trámite mediante Resolución de la Dirección del Servicio Canario de la Salud [P.D., la Secretaria General del citado Organismo -Resolución de 23 de diciembre de 2014, BOC, n.º 4, de 8 de enero-], de 28 de febrero de 2020, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando, por el órgano instructor, realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente; entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma a la interesada.

4. Con fecha 22 de septiembre de 2023 el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud -en adelante, SIP- remite al órgano instructor la siguiente documentación:

- Copia de la Historia Clínica relativa a la asistencia en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria [en adelante, CHUNSC].

- Copia de la Historia clínica relativa a la asistencia en el HUC.

- Informe del propio SIP, de fecha 22 de septiembre de 2023, relativo a la asistencia sanitaria dispensada a la paciente.

- Informe emitido por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUC, confeccionado por el Dr. (...) con fecha 2 de julio de 2020.

- Informe del Servicio de Urología del HUC, evacuado con fecha 25 de junio de 2020.

5. Con fecha 13 de octubre de 2023 se notifica a la interesada el requerimiento efectuado por el órgano instructor a fin de que proponga los medios de prueba de los que pretenda valerse.

Requerimiento que es cumplimentado por la interesada con fecha 24 de octubre de 2023, interesando la práctica de prueba testifical.

6. Con fecha 26 de octubre de 2023 se dicta acuerdo probatorio por el que se admite a trámite la prueba documental propuesta por la Administración sanitaria y por la reclamante y se acuerda la práctica de la prueba testifical planteada por la interesada.

En este sentido, consta en el expediente la toma de declaración -con fechas 5 y 15 de diciembre de 2023- a los testigos propuestos por la parte reclamante [Dra. (...) y Dr. (...)], con el resultado que obra en las actuaciones.

7. Con fecha 8 de enero de 2024 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, siendo convenientemente notificado a la interesada.

8. Con fecha 22 de enero de 2024 la reclamante formula escrito de alegaciones en el que, tras valorar la prueba practicada, concluye interesando la estimación de la reclamación presentada.

9. Con fecha 21 de marzo de 2023 se solicita, a la vista de las alegaciones de la interesada, una nueva valoración al SIP, el cual emite informe complementario con fecha 27 de octubre de 2025.

10. Con fecha 18 de diciembre de 2025 se da traslado a la interesada del informe complementario del SIP, presentando alegaciones el día 3 de febrero de 2026, en las que reitera su petición indemnizatoria.

11. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico *ex* art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

12. Con fecha 25 de marzo de 2026 se evacua Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima *« (...) la*

reclamación formulada por (...) por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración».

13. Después de analizar la tramitación que acaba de enumerarse este Consejo constata la excesiva duración de la misma, que no aparece justificada en el expediente, y que resulta contraria al principio legal de celeridad de los procedimientos administrativos (art. 71.2 LPACAP).

14. Mediante oficio con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 30 de marzo de 2026, se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC].

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por la interesada, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria, puesto que no se ha demostrado mala praxis en la atención médica dispensada a la paciente.

2. Este Consejo Consultivo ha manifestado, de forma reiterada, lo siguiente [Dictamen 18/2026, de 21 de enero, con cita del anterior Dictamen 200/2025, de 12 de mayo, entre otros muchos], sobre la regulación legal de la responsabilidad patrimonial de la Administración, derivada del art. 106 de la Constitución y, con arreglo a sus mandatos, del art. 32 LRJSP:

«La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que "para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

– La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación 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 el mismo Dictamen recuerda también el Consejo su doctrina sobre la especificidad y peculiaridad de la responsabilidad en el caso de la asistencia sanitaria:

«En este sentido la STS 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, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación".

Asimismo, entiende el TS 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».

Por tanto, y como ha tenido ocasión de expresar este Consejo Consultivo en su Dictamen 9/2026, de 9 de enero -entre otros-, *« (...) en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria el criterio básico utilizado para hallarla es el de la contravención o incumplimiento de la lex artis, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: la obligación del médico es prestar la debida asistencia sin que quepa exigírsele garantizar en todo caso la curación del enfermo.*

Por ello, la lex artis, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la lex artis es el que determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la lex artis, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP)».

Por lo demás, la reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el Dictamen 521/2025, de 12 de diciembre [con cita de los anteriores Dictámenes 29/2025, de 22 de enero, 704/2024, de 2 diciembre y 272/2019, de 11 de julio]:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa no sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta

la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y 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. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del 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)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo *« (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su*

pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

3. Una vez examinado el contenido del expediente y ponderado el resultado de las pruebas practicadas [documental -historia clínica de la paciente, informes del SIP e informes evacuados por los Servicios de Obstetricia y Ginecología y de Urología del HUC- y testifical de los facultativos], se entiende, a juicio de este Consejo, que no concurren en el presente supuesto los requisitos legalmente exigidos para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, resultando jurídicamente procedente la desestimación de la reclamación formulada.

En el análisis jurídico de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria, este Consejo Consultivo viene recordando de forma constante que la declaración de responsabilidad exige la concurrencia acumulada de los requisitos legalmente establecidos [art. 32 LRJSP]: daño efectivo, evaluable e individualizado, antijuridicidad del daño [esto es, inexistencia del deber jurídico de soportarlo] y, de manera particularmente relevante, relación de causalidad directa, inmediata y exclusiva entre el funcionamiento del servicio público y el resultado lesivo, sin interferencia de factores ajenos que desvirtúen o debiliten el nexo causal. A ello se añade, por la naturaleza de la actividad sanitaria, la necesidad de contrastar la actuación asistencial con la *lex artis ad hoc*, en cuanto parámetro técnico-jurídico para determinar si la prestación fue o no adecuada al estado de la ciencia y a las circunstancias del caso. En este sentido, cabe indicar que la asistencia sanitaria -como indica la Propuesta de Resolución- comporta una obligación de medios y no de resultados, de modo que la mera aparición de una complicación no implica por sí misma funcionamiento anormal del servicio ni genera automáticamente deber de resarcimiento.

Partiendo de esa premisa, conviene ordenar el análisis de este supuesto en los términos en que la propia interesada concreta su reclamación: a) Deficiente

información sobre el facultativo que realizó o dirigió la intervención; b) Obstrucción del uréter durante la intervención; c) Falta de valoración y seguimiento por el servicio de Urología tras la cirugía; y d) Retraso diagnóstico y, por derivación, retraso en la aplicación del tratamiento.

Pues bien, de la valoración conjunta del expediente resulta que dichas imputaciones no quedan respaldadas por el acervo probatorio, y que, por el contrario, la actuación sanitaria descrita se presenta como acorde a la *lex artis*, sin que pueda establecerse un nexo causal exclusivo entre la asistencia prestada y el daño global que se reclama.

3.1. En lo atinente al núcleo asistencial del caso, consta que la reclamante ingresó en el HUC del 16 al 23 de enero de 2019 para tratamiento quirúrgico de adenocarcinoma endocervical, realizándose el 17 de enero de 2019 una intervención tipo Wertheim-Meigs por vía laparoscópica [histerectomía radical y linfadenectomía pélvica bilateral], firmándose el documento de consentimiento informado para laparoscopia quirúrgica en el que se incluía, entre los riesgos, la lesión accidental de órganos y tejidos. Consta, igualmente, que, durante la disección accidentalmente se produjo una coagulación con pinza bipolar sobre el uréter derecho en el tramo del túnel uretral, sin incidencias ulteriores en el acto operatorio, con hemostasia satisfactoria y orina clara, y que se informó a la familia. El postoperatorio transcurrió con evolución favorable y sin repercusión clínica durante el ingreso atribuible a dicho incidente.

Precisamente por ello, la imputación que la reclamante formula como «*obstrucción del uréter durante la intervención*» no se corresponde con lo acreditado. El SIP explica, detalladamente, que el episodio descrito no consistió en sección, tracción ni atrapamiento por sutura, sino en una lesión térmica superficial y fugaz, derivada del uso de energía bipolar en un tiempo quirúrgico de especial dificultad [entrada del uréter en el pilar vesical o túnel uretral], donde es frecuente la necesidad de hemostasia por la abundante vascularización; en tales supuestos, la lesión puede evolucionar no a una obstrucción inmediata, sino a fenómenos de reparación cicatricial que, con el transcurso del tiempo, puedan traducirse en estrechamiento o estenosis parcial, de aparición tardía y, en ocasiones, sin clínica clara hasta ser objetivada mediante pruebas de imagen. Este razonamiento excluye que estemos ante una «*obstrucción intraoperatoria*» y sitúa el episodio en el ámbito de los riesgos posibles e inherentes a este tipo de cirugía ginecológica radical, expresamente contemplados en el consentimiento informado.

De lo anterior se sigue una primera consecuencia jurídica: la mera constatación de una complicación posible, descrita como accidental y explicada por su mecanismo térmico y su contexto anatómico-técnico, no permite por sí sola afirmar infracción de la *lex artis ad hoc*. Antes al contrario, los informes obrantes sostienen que la intervención estaba correctamente indicada para el proceso oncológico y que el uso de selladores de vasos y energía bipolar es práctica habitual y segura en la cirugía actual, incrementando la seguridad hemostática y la accesibilidad en escenarios complejos, sin que el expediente aporte dato objetivo que permita concluir que se actuó fuera del estándar exigible.

En este sentido, resulta especialmente oportuno reproducir las conclusiones alcanzadas por el SIP en su informe de 22 de septiembre de 2023:

« (...) En el primer procedimiento quirúrgico preciso, 17 de enero de 2019, como se explica en el informe del Servicio de Ginecología del HUC, durante uno de los tiempos quirúrgicos se procede a la liberación de todo el trayecto de ambos uréteres existiendo un punto de mayor dificultad técnica en la entrada del uréter en el pilar vesical o túnel del uréter. Punto éste que requiere cierta manipulación del uréter y con frecuencia la necesidad de realizar hemostasia (coagulación) de los numerosos vasos sanguíneos existentes en este punto, lo que conlleva, por tanto, a la posibilidad de lesionar el uréter por el calor desprendido por los instrumentos de electrocoagulación empleados en este tipo de cirugía.

En el presente caso, en el momento de la liberación del uréter derecho en el túnel del uréter se produce de manera accidental la electrocoagulación del mismo de manera superficial y fugaz, es decir, accidentalmente en canal ureteral derecho se realiza coagulación, con pinza bipolar, de uréter derecho.

En general, las lesiones urológicas son posibles en el curso de la cirugía ginecológica posibilidad que se incrementa en las histerectomías (órganos vecinos). Estas lesiones se pueden producir por sección, por atrapamiento (suturas), tracción y por difusión de calor o térmicas.

Dentro de estas posibilidades, en el presente caso no existió sección del uréter, ni tracción ni atrapamiento. El mecanismo por el que se produce la lesión ureteral, que reiteramos fugaz y superficial, fue debida a causa térmica. El uso de selladores de vasos es ampliamente utilizado en la cirugía actual, ya que aumenta la seguridad en el sellado de pedículos vasculares, además de mejorar la accesibilidad a los vasos en situaciones complejas, como ocurría en este caso. Durante el proceso de sellado-coagulación vascular, realizado con energía bipolar, se produce un aumento de temperatura que se difunde unos milímetros hacia los tejidos circundantes llegando a producir daños histológicos, que van descendiendo a medida que aumenta la distancia del punto de sellado. Si el uréter se sitúa

muy próximo al punto de sellado vascular, como las arterias uterinas o parametriales, existe la posibilidad de que se produzca un daño tisular en las capas más externas, y posteriormente producirse necrosis, creándose una placa que si se desprende pude llevar a fuga de orina. En otras ocasiones las lesiones térmicas que se producen y como consecuencia de la superficialidad y la escasa duración en la exposición al agente término no llega a producirse una necrosis sino un fenómeno de isquemia y posterior revascularización no provocando, por tanto, la creación de una escara con el posterior desprendimiento y con ello fuga, sino que lo que se produce en el proceso de curación es un fenómeno de reparación por cicatrización llegando a producir una retracción del tejido afecto con pérdida de elasticidad y distensibilidad desembocando, si la estructura es tubular como en el presente caso (uréter), un estrechamiento de la misma o estenosis.

En estos casos, si el grado de estenosis no es total, no suele existir una sintomatología clínica clara. Es sólo a través de las pruebas complementarias de imagen la única manera en ocasiones de establecer el diagnóstico siendo dichos hallazgos de aparición tardía.

El mecanismo de la lesión nos permite concluir que no estamos ante una actitud negligente del ginecólogo sino una posibilidad inherente a la necesidad de hemostasia y condicionada por la proximidad de las estructuras (órganos vecinos aludidos en el DCI para laparoscopia quirúrgica).

(...) Concluida la intervención se informa a la familia sobre el incidente y con posterioridad a la reclamante.

(...) Al concretar la reclamante los puntos de su escrito, hace referencia a "la obstrucción del uréter durante la intervención".

No se produce obstrucción del uréter en la intervención, sino que acontece lo expuesto en el aparado anterior.

El calor desprendido durante el proceso de sellado-coagulación vascular se difunde al uréter con escasa exposición y de manera superficial ocasionando una posible isquemia con posterior revascularización. No se produce estenosis inmediata, de hecho, no hay manifestación clínica durante el ingreso, sino que durante el proceso de reparación se pudo producir una retracción del tejido afecto con pérdida de elasticidad y distensibilidad que al tratarse el uréter de una estructura tubular puede conducir a un estrechamiento o estenosis, además parcial, del mismo después del paso del tiempo de curación».

3.2. En cuanto a la denunciada falta de valoración y seguimiento por parte del Servicio de Urología tras la intervención quirúrgica, el material probatorio obrante en las actuaciones contradice esa afirmación.

Consta interconsulta a Urología a las 24 horas de la intervención [18 de enero de 2019], indicándose ecografía urológica a las 24-48 horas y analítica con función renal; la ecografía renal previa al alta no mostró ectasia pielocalicial y el perfil renal fue

normal. A la vista de ello, Urología dejó constancia de conducta expectante y de la indicación de TAC con fase tardía solo ante cambio clínico; el 21 de enero de 2019 se volvió a comentar con Urología la retirada de sonda vesical condicionada a función renal normal, que fue retirada; y, lo que resulta determinante, en el alta del día 23 de enero de 2019 quedó programado un UROTAC para el día 11 de febrero de 2019, precisamente como instrumento de control diferido del tracto urinario ante la ausencia de manifestaciones clínicas durante el ingreso.

En estas condiciones, no cabe sostener un déficit de seguimiento urológico, pues hubo intervención del servicio mediante indicación y control de pruebas, que es el modo clínicamente idóneo cuando no existe evidencia de lesión grave intraoperatoria que exija reparación inmediata.

La secuencia asistencial posterior confirma, además, que una vez objetivado el hallazgo radiológico, la respuesta fue adecuada y proporcionada. En el UROTAC de 11 de febrero de 2019 se objetivó uropatía obstructiva grado 3 derecha y se recomendó pielografía descendente y/o URO-RM para descartar urinoma o atrapamiento ureteral y eventual drenaje. El proceso terapéutico siguió con colocación de nefrostomía derecha y posterior colocación de catéter doble J [15 de marzo de 2019], retirándose la nefrostomía el 18 de marzo de 2019 tras evolución favorable, y sin evidencia de urinomas ni colecciones en TAC de 20 de marzo de 2019. Incluso el 4 de abril de 2019, ya iniciado el tratamiento oncológico, el Servicio de Urología valoró dolor y molestias vesicales, constató ecografía sin hidronefrosis y atribuyó razonablemente la clínica a la presencia del doble J.

La cronología descrita anteriormente es incompatible con la tesis -sostenida por la reclamante- de inacción o desatención, y refuerza la conformidad de la asistencia de seguimiento y tratamiento derivativo del tracto urinario con la *lex artis*, tal y como pone de relieve el SIP:

« (…) Terminada la intervención el médico informa a la familia sobre la intervención y el hecho del uréter advirtiendo de la escasa posibilidad de complicaciones derivadas de esta situación y que de producirse sería en los siguientes días-semanas.

Como se ha expuesto la lesión se trató de un daño térmico superficial con posible estenosis durante el proceso de cicatrización. Por tanto, inicialmente no hay manifestación clínica y al no tratarse de una estenosis total no suele existir una sintomatología clínica clara. Es sólo a través de las pruebas complementarias de imagen la única manera en

ocasiones de establecer el diagnóstico y además se trata de hallazgos de aparición tardía (proceso de cicatrización).

La intervención tuvo lugar en la fecha 17 de enero de 2019 y el alta hospitalaria el 23 de enero de 2019. Durante todo ese periodo no se presentó manifestaciones clínicas de estenosis ureteral ni signos en las analíticas ni en las pruebas de imagen realizadas.

A pesar de la ausencia de síntomas, sí existió, por el Servicio de Urología participación en el seguimiento de la paciente.

De esta forma se indicó control de la diuresis en el postoperatorio. Se realizó interconsulta al Servicio de Urología en el postoperatorio desde donde se indica la realización de ecografía urológica y analítica de funcionalidad renal.

Resultando el estudio ecográfico normal (ambos riñones de tamaño y morfología normales, sin ectasia pielocalicial, y por tanto ausencia de imagen que sugiera estenosis de la vía) se mantiene conducta expectante, y así lo expresa el Servicio de Urología el 19 de enero y en caso de cambio clínico se solicitaría TAC con fase tardía.

El 21 de enero se solicita analítica con perfil renal. Comentado con el Servicio de Urología, se podría retirar sonda vesical si la función renal es normal y valoración ambulatoria de cara al alta en próximos días. Dada la normalidad de la función renal se retira sonda vesical.

Por otra parte, y en relación con el incidente analizado, en el momento del alta hospitalaria, el 23 de enero 2019, entre las recomendaciones se cita a la paciente para la realización de UROTAC el día 11 de febrero de 2019.

Al objetivarse en URO-TAC de 11 de febrero de 2019: Uropatía obstructiva grado 3 derecha se colocó nefrosotomía transitoria (para derivación de vía urinaria derecha) el 7 de marzo con sustitución posterior por catéter doble J el 15 de marzo. Mediante pielografía descendente de fecha 8 de marzo de 2019 se confirma la correcta colocación de catéter de nefrostomía y sin evidencia de fuga urinaria, aunque sí la presencia de posible estenosis de uréter distal derecho.

En consultas externas de Urología del 13 de marzo de 2019 se cita a control en dos meses tras colocación de catéter doble J e inicio de tratamiento oncológico.

Por tanto, en el contexto de tratamiento de su patología oncológica (RT QT y braquiterapia) el problema ureteral fue abordado, en un inicio, con tratamiento conservador (catéter doble J después de la nefrostomía que parece retirado el 8 de noviembre de 2019) pendiente de evolución. Observamos que es la misma perspectiva que se concluye en visita de fecha 19 de julio de 2019 a servicio privado de Urología con cobertura de su seguro (...)

Tiene nueva visita de control con el Servicio de Urología del HUC el 20 de mayo de 2019. Se describe asintomática desde el punto de vista urológico, orina clara con alguna gota de

sangre en alguna ocasión. En analítica de 13 de mayo de 2019 buena función renal. Se cita con ecografía renal y Rx de abdomen en dos meses. Las pruebas fueron realizadas pero la paciente no acude a revisión.

Precisamente en ecografía de 22 de julio ambos riñones de tamaño y morfología normal sin signos de uropatía obstructiva.

No obstante, la paciente abandona el seguimiento por el Servicio de Urología del HUC no acudiendo a revisión y valoración de las pruebas indicadas por dicho Servicio ni a la cita de agosto de 2019. Opta por acudir a servicios con cobertura con su seguro privado, en concreto, asiste a (…) en fecha 25 de junio de 2019.

(…)

Posteriormente con ocasión de recidiva ganglionar el seguimiento lo continúa, dentro del ámbito público, en el HUNSC.

Explica el Servicio de Urología del HUC que después de la derivación urinaria y colocado doble J "Una vez finalizado el proceso de tratamiento local de la enfermedad y con al menos unos 3-4 meses de derivación de la vía urinaria con catéter doble J se procedería a la realización de estudio pertinente de la vía con retirada del mismo y valorar el estado del tracto urinario para tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas. Sin embargo, la última consulta a la que acudió la paciente ha sido el 20 de mayo de 2020, sin acudir a consulta de seguimiento posterior"».

3.3. Tampoco puede acogerse la imputación de retraso en el diagnóstico -y, por consiguiente, en la aplicación del tratamiento- como daño antijurídico imputable al servicio público sanitario. En primer lugar, porque durante el ingreso hospitalario [del 16 al 23 de enero de 2019] no hubo manifestaciones clínicas, analíticas ni ecográficas que evidenciaran estenosis u obstrucción. El SIP destaca que, tratándose de lesión térmica superficial, la estenosis —si aparece— lo hace durante la cicatrización, con frecuencia sin clínica inmediata, siendo el diagnóstico por imagen el medio idóneo para objetivarla, y además con hallazgos de aparición tardía.

Y, en segundo lugar, porque el control por imagen no fue omitido, sino programado al alta [UROTAC de 11 de febrero de 2019], lo que precisamente permitió objetivar la uropatía obstructiva y activar el tratamiento derivativo [nefrostomía y doble J] conforme a las recomendaciones radiológicas y urológicas. Por lo que no se aprecia, en este caso, infracción de la *lex* artis, sino un seguimiento conforme a la naturaleza evolutiva de la complicación descrita.

3.4. En lo relativo a la alegada repercusión del episodio urológico en el tratamiento oncológico, el expediente muestra que se decidió tratamiento con radioterapia y quimioterapia, firmándose el consentimiento informado correspondiente; que se colocó la nefrostomía en marzo de 2019 y se planificó el doble J; y que la paciente inició radioterapia el 4 de abril de 2019, con evolución del tratamiento condicionada también por incidencias no imputables a un hipotético retraso diagnóstico, como, por ejemplo, la suspensión de un ciclo de quimioterapia por decisión de la propia paciente y el aplazamiento del inicio de braquiterapia por disuria e infección [cultivo positivo], iniciándose, finalmente, el 3 de junio de 2019.

Además, consta que la radioterapia comporta riesgos propios y efectos secundarios relevantes [urgencia urinaria, disuria, infecciones, incluso obstrucción de uréteres], habiéndose documentado en el caso cistopatía rádica y enteritis abdominal. Todo ello impide establecer una relación causal directa, inmediata y exclusiva entre el episodio ureteral y el conjunto de secuelas que se reclaman, al concurrir factores terapéuticos y clínicos autónomos con capacidad lesiva propia, como informa el SIP:

« (...) La reclamante recibió tratamiento de radioterapia, quimioterapia y braquiterapia.

Estos tratamientos conllevan la posibilidad de efectos secundarios no deseados. En concreto, en relación a la radioterapia consta en el DCI mielopatía (alteración en la fuerza, sensibilidad y/o control de los esfínteres). A nivel de las extremidades fibrosis, edemas, disminución de la movilidad de las articulaciones, contracturas, alteración de los nervios periféricos (...), diarrea, dolor abdominal, urgencia urinaria, disurias, incontinencia, infecciones urinarias, obstrucción de los uréteres y/o uretra (...) .

(...) La paciente presentó cistopatía rádica (cistitis aguda rádica importante) como efecto secundario del tratamiento de radioterapia que puede cursar con síndrome irritativo con dolor y escozor con la micción, urgencia miccional, incontinencia urinaria, sangre en la orina o en la deposición, infecciones urinarias. También en relación a la radioterapia desarrolló enteritis abdominal.

(...) El 19 de julio de 2019 con ocasión de realización de pielografía ascendente, en ámbito privado, se objetiva la existencia de doble meato ureteral derecho. Sobre esta malformación no se aporta al expediente actuación o previsión de abordaje.

En los estudios realizados en el ámbito público, no consta pielografía ascendente aunque sí descendente, no se objetivó esta malformación en las pruebas complementarias.

(...) La consecuencia relacionada con la lesión de uréter derecho descrita fue uropatía obstructiva definida como la presencia de obstáculo mecánico o funcional, al flujo de la

orina en alguna parte del aparato urinario, desde el área cribosa papilar del riñón hasta el exterior.

En relación a estenosis ureteral las causas pueden ser defectos congénitos, cálculos renales, cicatrices o lesiones.

La presencia de hidronefrosis grado 3 se objetiva por primera vez en la paciente en URO-TAC de 11 de febrero de 2019 y se relacionó con la intervención de enero de 2019.

Posteriormente, ha sido diagnosticada de doble meato ureteral, que no guarda relación con la lesión objeto de la reclamación, y de la presencia de litiasis en uréter distal (TC abdomen-pelvis de 23 de marzo de 2023) que puede ocasionar dolor cólico.

No obstante en RM de fecha 10 de diciembre de 2020 no se determina la causa de la obstrucción ureteral derecha distal. Por su parte en TAC de 7 de marzo de 2022 ureterohidronefrosis bilateral grado II sin clara causa objetivable (dudas sobre flebolito adyacente uréter distal derecho).

En ecografía de mayo de 2022 riñones simétricos sin hidronefrosis.

Por tanto, observamos que en la intervención quirúrgica de enero de 2019 se ocasionó lesión térmica del uréter que durante su cicatrización pudo ocasionar estenosis pero también se presentan otras circunstancias que podrían ocasionar sintomatología urinaria».

3.5. En lo que se refiere a la presunta deficiente información sobre el facultativo y a las discrepancias en hojas del procedimiento quirúrgico, la prueba testifical y los informes del SIP explican que la estructuración del servicio y la dinámica de quirófano pueden generar variaciones en la composición de ayudantes por incidencias organizativas, sin que ello afecte al tratamiento ni a la evolución clínica. Y, en todo caso, la reclamante reconoce que fue informada de quién sería el encargado de la intervención. Desde la óptica de la responsabilidad patrimonial, tales extremos, aun de existir irregularidades meramente organizativas, no se traducen automáticamente en un daño antijurídico indemnizable si no se acredita un perjuicio efectivo y causalmente conectado, extremo que no resulta probado.

3.6. Finalmente, y aun admitiendo la realidad de secuelas y limitaciones referidas por la reclamante, el expediente aporta elementos suficientes para rechazar el carácter exclusivo del nexo causal que se pretende establecer entre el episodio uretral de 2019 y el daño global reclamado. Es decir, no queda acreditado que las secuelas o limitaciones funcionales esgrimidas por la interesada en su reclamación sean imputables, en términos de causalidad directa, inmediata y

exclusiva, al funcionamiento del servicio público sanitario en el episodio asistencial discutido.

De un lado, los informes del SIP recuerdan que la paciente recibió radioterapia, quimioterapia y braquiterapia, tratamientos que conllevan efectos secundarios no deseados, incluidos urológicos [urgencia urinaria, disuria, infecciones, incluso obstrucción ureteral] y digestivos; y, de hecho, consta cistopatía rádica [cistitis aguda rádica importante] y enteritis abdominal.

De otro lado, la paciente abandona el seguimiento urológico programado en el HUC [las pruebas pautadas se realizaron, pero no acudió a revisión posterior], optando por control en el ámbito privado, donde se objetiva doble meato uretral derecho [malformación congénita no objetivada en pruebas del ámbito público, que incluyeron pielografía descendente] y se describen episodios obstructivos cuya causa no siempre se determina [*« (...) en RM de fecha 10 de diciembre de 2020 no se determina la causa de la obstrucción ureteral derecha distal»*, además de litiasis distal derecha en 2023.

Finalmente, y como indica el SIP, parte de la sintomatología dolorosa se relaciona en informes con patología degenerativa lumbar y trocanteritis/bursitis de cadera; y, desde la perspectiva funcional, tanto el reconocimiento de discapacidad como la revisión del grado de incapacidad permanente a absoluta se vinculan, predominantemente, a la enfermedad neoplásica y su recidiva y a tratamientos oncológicos ulteriores.

Este conjunto de factores interconectados rompe la pretendida exclusividad causal respecto del episodio uretral inicial y, en consecuencia, impide afirmar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

4. En conclusión, contrastadas las alegaciones de la reclamante con la prueba practicada, no queda acreditado que la asistencia prestada se apartara de la *lex artis ad hoc* ni que existiera un nexo causal directo, inmediato y exclusivo entre el funcionamiento del servicio y el daño cuya reparación se pretende. La complicación uretral descrita aparece explicada como riesgo inherente y accidental en una cirugía radical pélvica, sin obstrucción intraoperatoria acreditada y con seguimiento urológico protocolizado [interconsulta, ecografía, analítica, conducta expectante y UROTAC programado], instaurándose tratamiento adecuado tras el hallazgo radiológico [nefrostomía y doble J], y concurriendo además factores terapéuticos y patológicos posteriores con entidad propia para explicar parte relevante de las

secuelas. Por todo ello, al no concurrir los requisitos exigibles de la responsabilidad patrimonial, se entiende que procede la desestimación de la reclamación.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública sanitaria, se entiende que es conforme a Derecho en atención a los razonamientos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen.