



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 9 1 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 16 de julio de 2026.

Dictamen solicitado por la Excm. 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 (...) en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 257/2026 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado a partir de reclamación presentada el 25 de julio de 2024 por la representación de (...), por los daños sufridos, presuntamente, como consecuencia de la asistencia prestada por el SCS.

2. El interesado reclama una indemnización de 300.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería 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 relación 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 (LPACAP).

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (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, la Ley 41/2002, de 14

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

3. Se cumple el requisito de legitimación activa del interesado, pues los daños presuntamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona [art. 4.1, letra a) LPACAP].

Asimismo, se ha de indicar que el reclamante actúa por medio de representante, cuyo poder de actuación consta debidamente acreditado en el expediente (art. 5 LPACAP).

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

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

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.

5. 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, párrafo primero LPACAP, pues la reclamación se interpuso el 25 de julio de 2024, estando propuesta programación para tercera cirugía para corrección de recidiva de las anteriores con fecha 31 de julio de 2023, sin perjuicio de la solicitud de alta voluntaria del SCS del paciente el 26 de octubre de 2023, para realizar la cirugía en el ámbito privado. Esta circunstancia no es puesta en entredicho por la Administración sanitaria en su Propuesta de Resolución.

6. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP). Sin embargo, aun 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).

7. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del expediente que impidan un pronunciamiento de este Consejo sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. El interesado basa su pretensión resarcitoria en los siguientes hechos:

«Primero. — Que mi representado ha sido intervenido quirúrgicamente en tres ocasiones desde el año 2019 en el Hospital General de Fuerteventura de Puerto del Rosario y por la misma dolencia, HERNIA SUPRAUMBILICAL, siendo que la intervención quirúrgica es la única opción definitiva para tratar las hernias umbilicales en adultos y la probabilidad de que una hernia reaparezca entre 10 de 100 intervenciones.

Segundo.- Que ha consecuencia de la operación quirúrgica y por la actuación de la entidad demandada con respecto a la atención y tratamiento no se ajustó en modo alguno a la “LEX ARTIS AD HOC”, que tiene como efecto la dolencia que padece en la actualidad por un inadecuado tratamiento que persiste, lo que nos lleva a catalogar la actuación de los facultativos fuera de los límites de la lógica, teniendo en cuenta que no uso todos los medios a su alcance de acuerdo con el estado de la ciencia para evitar el daño causado, unas secuelas permanentes consistentes en una bulto de tamaño considerable cerca del ombligo con dolor en la zona abdominal permanentes, lo que le dificulta para ejercer distintas actividades de la vida cotidiana y de su profesión causándole así mismo graves problemas de carácter psicológico estando de baja para su profesión habitual hasta finales de 2023».

Solicita ser indemnizado por los daños sufridos en cuantía de 300.000 euros, fijada a tanto alzado.

2. Constan realizados los siguientes trámites en el procedimiento:

- El 30 de julio de 2024 se identifica el procedimiento y se insta al reclamante a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación. De ello recibe notificación el día 9 de agosto de 2024, solicitando el 4 de septiembre ampliación del plazo para la aportación de lo requerido, que le es concedido el 10 de septiembre de 2025, subsanando finalmente la reclamación mediante la aportación de poder notarial de representación el 20 de septiembre de 2024.

- Mediante de 23 de septiembre de 2024, de la Secretaria General del SCS se acordó la admisión a trámite de la reclamación formulada, de lo que recibe notificación el interesado el 24 de septiembre de 2024.

- El 23 de septiembre de 2024 se solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) informe sobre la eventual prescripción de la acción para reclamar, si bien, en fecha 9 de junio de 2025, dada la no prescripción de la acción, el informe del SIP se pronuncia sobre el fondo del asunto, remitiéndose acompañando la documentación recabada al efecto: Historia Clínica Obrante en el Hospital General de Fuerteventura, Historia Clínica de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Primaria de Fuerteventura, informe Especializado del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital General de Fuerteventura, firmado por el Dr. (...), Jefe de Servicio, en fecha 5 de diciembre de 2024.

- En fecha 18 de junio de 2025 se insta al reclamante a proponer las pruebas de las que desee valerse, siendo la notificación de este trámite rechazada por el sistema, por no haberse accedido a ella en plazo, dándose por efectuado el trámite ex art. 43.2, párrafo segundo de la LPACAP. No habiéndose aportado nada al efecto.

- Se dicta acuerdo probatorio el 3 de julio de 2025, en el que se incorpora la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP, declarándose concluso este trámite por obrar todas las pruebas documentadas en el expediente. De ello consta notificación al interesado que resulta caducada y, por ende, rechazada por el sistema, por no haberse accedido a ella en plazo, en fecha 15 de julio de 2025, dándose por efectuado el trámite ex art. 43.2, párrafo segundo de la LPACAP.

- Con fecha 3 de julio de 2025 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, lo que se notifica al interesado el 4 de julio de 2025, sin que conste la aportación de escrito de alegaciones.

- El 4 de junio de 2026 se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del interesado, que no es informada por el Servicio Jurídico al señalar que se trata de una cuestión resuelta previamente y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico, no siendo preciso, pues, tal informe, conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, aprobado por Decreto 19/1997, de 7 de febrero, que señala que sólo procede la petición de informe al Servicio Jurídico en aquellas cuestiones que no hayan sido informadas con anterioridad.

III

La Propuesta de Resolución, como se ha señalado, desestima la reclamación del interesado. Ahora bien, antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente

señalar los antecedentes que, en relación con la asistencia que nos ocupa, se desprenden de la historia clínica de (...), y que se detallan en el informe del SIP de 9 de junio de 2025. Constan en el mismo los siguientes:

«-Tabaquismo desde 2007.

-Asma en 2009.

-Apendicectomía.

-Cólico renal en 2019.

-Hernia inguinal derecha intervenida quirúrgicamente el 14/11/2007.

-Hernia umbilical en 2018.

1.- El 8 de febrero de 2018, a las 20:00 horas, en el Centro de Salud Puerto del Rosario, el paciente (...) fue atendido por el Servicio de Medicina de Familia debido a dolor lumbar derecho y hernia umbilical.

Por este motivo se solicitó interconsulta con el Servicio de Cirugía del Hospital General de Fuerteventura debido a una posible *hernia supra-umbilical no complicada, presente desde hacía meses según refirió el mismo paciente. Asimismo, se solicitó la realización de una radiografía simple de abdomen para descartar patología urgente.

* Hernia: se define como un defecto o debilidad de la pared abdominal a través del cual protruyen estructuras intraabdominales, como grasa o asas intestinales, recubiertas por peritoneo, formando una tumefacción visible o palpable. Puede localizarse en áreas anatómicas con puntos de debilidad natural, como la región umbilical, inguinal o epigástrica.

2.- El 22 de marzo de 2018 a las 08:36 horas, el paciente acudió a consulta externa del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital General de Fuerteventura por sospecha de hernia umbilical. Presentaba antecedentes de apendicectomía y hernio-plastia inguinal derecha, sin alergias conocidas.

Durante la exploración, se observó una tumefacción supra-umbilical irreducible, sospechosa de hernia a ese nivel.

Se estableció el diagnóstico de sospecha de posible hernia supra-umbilical y se solicitó una ecografía abdominal para confirmar el diagnóstico, como se suele hacer en estos casos.

3.- El 24 de abril de 2019, a las 12:25 horas se realizó la ecografía abdominal, se identificó un saco herniario de 27,8 x 14,0 mm con contenido de grasa omental, sin complicaciones agudas ni imágenes sugestivas de masas. Se concluyó hernia supra-umbilical no complicada confirmándose el diagnóstico de sospecha.

4.- El 9 de mayo de 2019, a las 12:25 horas, el paciente (...) acudió a consulta de seguimiento tras la realización de la ecografía 24/04/2019. El paciente fue incluido en lista

de espera quirúrgica, firmando el consentimiento informado correspondiente para la realización de Cirugía Abierta de la Hernia.

5.- El 23 de julio de 2019, a las 17:30 horas, el paciente (...) ingresó para tratamiento quirúrgico de una hernia supra-umbilical en el Hospital General de Fuerteventura. Los estudios preoperatorios no contraindicaban la cirugía.

La cirugía se realizó bajo anestesia general, en posición de decúbito supino, mediante una incisión longitudinal supra-umbilical (no laparoscópica)*. Se identificó una herniación supra-umbilical reducible con anillo herniario de aproximadamente 0,5 cm.

La técnica empleada consistió en la disección y reducción del saco herniario, seguida de una hernioplastia subfascial con colocación de malla de polipropileno (PP)*. Se realizó comprobación de hemostasia, cierre por planos y cierre cutáneo con grapas. Se consideró una cirugía limpia, sin incidencias intraoperatorias, y con profilaxis antibiótica con cefazolina.

La evolución fue sin complicaciones y sin incidencias. Se recomendó evitar esfuerzos durante cuatro semanas, tomar analgésicos en caso necesario, limpiar la herida con agua y jabón, retirar puntos en 7-10 días en su Centro de Salud y acudir a revisión en un mes.

*Las guías internacionales recomiendan que: "Las hernias umbilicales y epigástricas sintomáticas se reparen mediante un abordaje abierto con una malla plana preperitoneal, especialmente en casos de defectos grandes o complejos, debido a su menor tasa de recidiva a largo plazo".

6.- El 12 de septiembre de 2019, a las 12:31 horas, el paciente acudió a revisión postoperatoria en El Servicio de Cirugía General y Digestivo tras haber sido intervenido el 23 de julio de 2019 por hernia umbilical y supra-umbilical.

En la valoración realizada se constató buena evolución clínica, sin signos de complicaciones y ante la adecuada recuperación, se otorgó el alta de Consultas Externas del Servicio de Cirugía General y se recomendó seguimiento posterior con su médico de atención primaria.

7.- El 12 de marzo de 2020, el paciente fue valorado en su Centro de Salud por presentar nuevo dolor episódico de 2-3 horas de duración en la zona intervenida 8 meses atrás, acompañado de la aparición de un bulto visible, sobre todo al toser o realizar esfuerzos físicos. En la exploración se identificó una zona más blanda en la región supra-umbilical que evidenciaba herniación al realizar la maniobra de Valsalva, lo que sugería una posible recidiva o eventración.

Se prescribió tratamiento sintomático con paracetamol y se informaron signos de alarma ante los cuales debía acudir al hospital. Se tramitó interconsulta al Servicio de Cirugía General del Hospital General de Fuerteventura para valoración especializada de la posible recidiva herniaria.

8.- El 18 de junio de 2020, 08:55 horas (...) acudió al Servicio de Cirugía del Hospital General de Fuerteventura por sospecha de recidiva herniaria tras cirugía previa en julio de 2019. Se identificó eventración supra-umbilical* de 2-3 cm, reducible. Se incluyó en lista de espera quirúrgica, y se firmó el consentimiento informado para la nueva intervención.

**Eventración: es un defecto en la pared abdominal que permite la salida de órganos o tejidos, generalmente a través de una cicatriz quirúrgica previa, sin que haya ruptura completa de la piel.*

9.- El 6 de agosto de 2020, a las 15:30 horas, el paciente (...) ingresó en el Hospital General de Fuerteventura para tratamiento quirúrgico de una eventración supra-umbilical.

La cirugía se realizó bajo anestesia general, en posición de decúbito supino, mediante una incisión longitudinal supra-umbilical. Se identificó una eventración supra-umbilical reducible con anillo herniario de aproximadamente 4 cm, cuyo contenido estaba compuesto por epiplón.

La técnica empleada consistió en la disección y reducción del saco herniario, seguida de una hernioplastia subfascial con colocación de malla de polipropileno (PP). Se realizó comprobación de hemostasia, cierre por planos y cierre cutáneo con grapas. Se consideró una cirugía limpia, sin incidencias intraoperatorias, y con profilaxis antibiótica con cefazolina.

La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones inmediatas. Se indicó reposo físico evitando grandes esfuerzos durante al menos cuatro semanas, tratamiento antiinflamatorio si precisaba, higiene diaria de la herida con agua y jabón, y retirada de grapas en su Centro de Salud en 7-10 días. Asimismo, se programó revisión en Consultas Externas de Cirugía General un mes después de la intervención.

10.- El 14 de septiembre de 2020, a las 12:34 horas el paciente acudió a revisión en el Servicio de Cirugía del Hospital General de Fuerteventura tras cirugía de eventración supra-umbilical hace un mes aproximadamente, refirió leve dolor en la cicatriz quirúrgica. La exploración mostró abdomen blando y cicatriz sin signos de recidiva. Se dio alta para seguimiento con su médico de atención primaria.

11.- El 3 de febrero de 2021, 6 meses después de la segunda cirugía, el paciente fue valorado en su Centro de Salud por referir la aparición de una nueva tumoración en la región peri-umbilical desde hacía aproximadamente una semana.

En la exploración física se palpó una tumoración supra-umbilical derecha de aproximadamente 2 cm de diámetro, bien delimitada, que se hacía evidente con la maniobra de Valsalva.

Ante la sospecha de una nueva recidiva herniaria, se tramitó interconsulta con el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Fuerteventura.

12.- El 13 de diciembre de 2021, el paciente fue nuevamente valorado en su Centro de Salud por persistencia de molestias en la región supra-umbilical. Indicando tratamiento para el dolor con Ibuprofeno de 600 mg, en pleno contexto de pandemia por Virus SARS- COV-2.

13.- El 14 de marzo de 2022, a las 11:14 horas, el paciente acudió al Servicio de Cirugía del Hospital General de Fuerteventura por aparición de un bulto para-umbilical derecho. Se exploró el abdomen el cual estaba blando con palpación de protrusión abdominal, todos síntomas de recidiva. Por este motivo y bajo a sospecha de eventración de se solicitó de forma protocolar TAC abdominal preferente para estudio.

14.- El 5 de mayo de 2022, se realizó el TAC de abdomen al paciente, que evidenció la presencia de una eventración en la pared abdominal anterior, localizada en la línea media supra-umbilical.

15.- El 23 de mayo de 2022, a las 12:31 horas, el paciente (...), con antecedentes de cirugías por hernia umbilical y eventración supra-umbilical en 2019 y 2020, acudió a consulta en el Servicio de Cirugía del Hospital General de Fuerteventura.

Tras valoración del TAC se diagnosticó eventración supra-umbilical recidivada, suscribió el consentimiento informado y se incluyó al paciente en lista de espera quirúrgica para corrección, solicitándose además valoración prequirúrgica con anestesia.

16.- El 26 de agosto de 2022, a las 00:58 horas, el paciente (...), ingresó en el Hospital General de Fuerteventura para cirugía programada por una eventración recidivante supra-umbilical. Se identificó una eventración supra-umbilical evidente, confirmada mediante TAC. El paciente tenía antecedentes de apendicectomía y cirugías previas por eventración.

La cirugía se realizó bajo anestesia general, en posición de decúbito supino, mediante una incisión longitudinal supra-umbilical. Se identificó una eventración supra-umbilical. La técnica empleada consistió en la disección y reducción del saco herniario, seguida de una hernioplastia subfascial con colocación de malla de polipropileno (PP).

Se realizó comprobación de hemostasia, cierre por planos. Se consideró una cirugía limpia, sin incidencias intraoperatorias.

Al alta se indicó realizar curas diarias con betadine, reposo durante un mes, revaloración de la herida en consulta de cirugía y retirada de puntos en el Centro de Salud dentro de 10 días. Se programó consulta de revisión el 26 de septiembre de 2022.

17.- El 26 de septiembre de 2022, 11:49 horas (...) acudió al Servicio de Cirugía del Hospital General de Fuerteventura; refirió sensación de bulto, pero en la exploración no se identificaron hallazgos. Se indicó revaloración en 1-2 meses en caso de persistencia de síntomas.

18.- El 12 de diciembre de 2022 a las 11:30 horas, 6 meses desde la última intervención, en el Mismo Servicio de Cirugía; el paciente manifestó sensación de recidiva herniaria. Por lo que se solicitó Resonancia Magnética (RM) para valoración.

19.- El 31 de julio de 2023, 12:27 horas Se confirmó mediante RMN la reaparición de eventración. Se programó nueva intervención quirúrgica.

20.- Posteriormente el día 26 de octubre de 2023 el paciente solicitó el alta voluntaria y expresó su deseo de acudir a centro privado por interés burocrático.

Finalmente, en mayo de 2025 el paciente fue valorado por el Servicio de Trabajo Social de su Centro de Salud, donde se documentó que había sido dado de alta médica tanto a nivel físico como psicológico, reincorporándose a su puesto de trabajo como cocinero. sin que conste otro proceso de incapacidad abierto por alguna secuela o complicación relacionado con el diagnóstico de hernia abdominal desde que se indicó el alta médica en octubre de 2023».

IV

1. En cuanto al análisis de la concurrencia de los requisitos exigidos para determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, procede en primer lugar, hacer una breve referencia a los preceptos constitucionales y legales, así como a la doctrina jurisprudencial recaída en la materia.

La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el art. 106.2 del Texto Constitucional, al disponer que los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

La remisión que se contiene en el precepto constitucional conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar de la LRJSP, cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

A partir de dicha regulación constitucional y legal, la jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la sentencia del

Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, recurso n.º 1308/2012, ponente D.ª M. Robles, Roj STS 4942/2014, FJ 3):

«la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010, ponente D. J. Cudero, Roj STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) 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, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que,

*en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».*

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el 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 la de prestar la debida asistencia y no la de 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.

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- es requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae la *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar la *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012, RJ\2013\2430).

2. Sentada la anterior doctrina, a los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido una infracción de la *lex artis* y el obligado nexo causal entre esa

actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el SCS extraído del informe emitido por el SIP, de la historia clínica del paciente, tanto en Atención Primaria como en el Hospital General de Fuerteventura, y del informe emitido por el Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital General de Fuerteventura, sin que, por su parte, el reclamante haya aportado prueba alguna que sustente su reclamación, ni en el momento de su interposición, ni durante la tramitación del procedimiento.

La pretensión indemnizatoria se sustenta en la existencia de una infracción de la *lex artis* en la atención dispensada al reclamante, concretamente en las intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo el 23 de julio de 2019, el 6 de agosto de 2020 y el 26 de agosto de 2022, al alegar el reclamante que habiendo sido intervenido en tres ocasiones por la misma patología, una hernia umbilical, que recidivó tras cada una de las cirugías, actualmente está limitado para numerosas actividades, incluido el ejercicio de su propia profesión.

3. Sin embargo, de la documentación clínica y de los informes médicos obrantes en el expediente se desprende que, según informa el SIP, ninguna de las recidivas que el reclamante imputa a una mala praxis de la asistencia prestada se debe a ello, señalando en tal sentido el informe del SIP en sus conclusiones:

3.1. En primer lugar, es preciso abordar como premisa, la indicación de las cirugías.

A tal efecto, señala el SIP de manera genérica que *«El paciente fue valorado y seguido en múltiples ocasiones por el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Fuerteventura desde el año 2018, recibiendo una atención continuada y amplia que incluyó diagnósticos acertados, revisiones periódicas, realización de pruebas diagnósticas y una planificación quirúrgica conforme a la evolución clínica observada. A lo largo de este seguimiento, fue intervenido quirúrgicamente en tres ocasiones»*.

Y concretamente, consta en la historia clínica del paciente, tal y como pone de manifiesto el SIP en los antecedentes que hemos expuesto con anterioridad, que antes de las intervenciones quirúrgicas se pusieron a disposición del paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos precisos, de tal suerte que, señala el SIP:

«La asistencia sanitaria prestada al paciente se ajustó plenamente a la lex artis ad hoc, sustentándose en una toma de decisiones clínicas guiadas por hallazgos objetivos obtenidos a través de sucesivas pruebas de imagen de última generación, que posteriormente fueron corroborados por los hallazgos intraoperatorios. En este sentido, los estudios realizados —

ecografía (abril de 2019), tomografía computarizada (mayo de 2022) y resonancia magnética (julio de 2023)— permitieron identificar de forma clara la presencia de defectos en la pared abdominal compatibles con eventraciones recidivantes, lo que facilitó una planificación terapéutica adecuada y conforme a los estándares clínicos vigentes».

En todos los casos, se confirmó la indicación quirúrgica, procediéndose a ella.

Así, consta:

«La primera intervención, realizada en julio de 2019, tuvo por objeto una hernia supra-umbilical, entidad considerada un defecto anatómico primario en la línea media abdominal que permite la protrusión de contenido intraabdominal. Las dos intervenciones posteriores, llevadas a cabo en agosto de 2020 y agosto de 2022, respondieron a eventraciones en la misma región anatómica, esto es, defectos adquiridos tardíos de la pared abdominal, generalmente por deficiencias intrínsecas del tejido. Cada una de estas actuaciones respondió a situaciones clínicas distintas y fueron abordadas con criterios individualizados según los hallazgos objetivos y las recomendaciones de la buena práctica clínica».

3.2. Respecto de la corrección de las intervenciones quirúrgicas en cuanto a su ejecución, señala, asimismo el SIP:

Tal y como señala el SIP:

«Conviene destacar que en este caso la aparición de eventraciones no se puede atribuir de forma directa a una técnica quirúrgica inadecuada ni interpretarse como una complicación en sentido estricto, sino que debe entenderse en el contexto de una vulnerabilidad estructural del tejido conectivo, en muchos casos asociada a factores constitucionales del paciente, como alteraciones del colágeno y debilidad de la fascia abdominal, que predisponen a la disrupción de la pared, incluso tras una correcta intervención y evolución inicial favorable como en el caso que nos ocupa. Esta condición, como se desarrollará más adelante, explica en buena medida la recurrencia observada, más allá de la calidad técnica de las actuaciones quirúrgicas realizadas».

En este sentido, la Administración ha probado la corrección de la técnica quirúrgica, tal y como consta en las hojas de quirófano y seguimiento de la cirugía, que obran en el expediente, de las que se deduce que las cirugías se realizaron sin incidencias ni intraoperatorias ni postoperatorias, y sin complicaciones, a lo que añade el SIP:

«En todos los casos, una vez confirmada la indicación quirúrgica, se procedió a la incisión abdominal y reparación mediante eventroplastia con malla de polipropileno en posición subfascial. Las tres cirugías se llevaron a cabo siguiendo protocolos quirúrgicos con el máximo grado de recomendación científica y ajustados a la ciencia médica moderna. Esta

técnica fue aplicada correctamente en las tres intervenciones, sin incidencias intraoperatorias y con profilaxis antibiótica, cumpliéndose de forma rigurosa todos los protocolos preoperatorios y postoperatorios establecidos.

A este respecto, se ha revisado la literatura científica, constatándose que tanto los procedimientos quirúrgicos como los materiales utilizados se encuentran ampliamente descritos y respaldados en publicaciones médicas tanto en lengua española como anglosajona, avalando su eficacia y seguridad».

Y añade:

«Las intervenciones quirúrgicas tuvieron un curso postoperatorio satisfactorio inmediato en todas las ocasiones; Las complicaciones de estas intervenciones suelen clasificarse en inmediatas y tardías. Entre las primeras, directamente relacionadas con el acto quirúrgico, se incluyen; la infección del sitio quirúrgico, la formación de seromas, las dehiscencias y las hemorragias. Por su parte, las complicaciones tardías; como la aparición de nuevas eventraciones o recidivas herniarias, dependen en mayor medida a factores relacionados con el mismo paciente; como por ejemplo la calidad del tejido de sostén que se relaciona con déficits en la colagenización propios de enfermedades del tejido conectivo, así como a la debilidad de las estructuras aponeuróticas.

En este sentido, el uso de mallas de polipropileno y la técnica no laparoscópica aplicadas en el paciente resultan determinante para reducir el porcentaje de recidivas lo que resalta la pericia del Servicio de Cirugía, al reforzar la pared abdominal ante defectos estructurales.

Por ejemplo, la Sociedad Española de Cirugía explica lo siguiente:

“Aunque los factores técnicos asociados al cierre de una laparotomía pueden tener un impacto definitivo en la formación de una hernia incisional, los otros factores (biológicos y relacionados con el paciente) pueden determinar la aparición de una eventración aún en manos del cirujano más experto y técnicamente correcto en el cierre de una pared abdominal. Por este motivo la colocación de una malla profiláctica surge como un factor añadido al cierre de la pared que puede determinar una disminución de la hernia incisional”». (aclarando: hernia incisional: Sinónimo de eventración).

De lo expuesto se desprende que las cirugías se realizaron mediante técnicas quirúrgicas conformes a la *lex artis*, incluso abordando una técnica que disminuye el porcentaje de recidivas, como las sufridas por el reclamante, sin que a las intervenciones sea atribuible el daño por el que se reclama.

3.3. Respecto a las recidivas sufridas por el reclamante, relacionadas con factores constitucionales del propio paciente, hemos de referirnos a que ninguna relación guardan con la asistencia sanitaria prestada al paciente, que extremó todas

las medidas para evitar este riesgo, que, como veremos, es inherente a las intervenciones quirúrgicas realizadas.

Como ya se ha adelantado en los párrafos anteriores, y así lo señala el SIP en reiteradas ocasiones:

«la aparición de eventraciones no se puede atribuir de forma directa a una técnica quirúrgica inadecuada ni interpretarse como una complicación en sentido estricto, sino que debe entenderse en el contexto de una vulnerabilidad estructural del tejido conectivo, en muchos casos asociada a factores constitucionales del paciente, como alteraciones del colágeno y debilidad de la fascia abdominal, que predisponen a la disrupción de la pared, incluso tras una correcta intervención y evolución inicial favorable como en el caso que nos ocupa. Esta condición, como se desarrollará más adelante, explica en buena medida la recurrencia observada, más allá de la calidad técnica de las actuaciones quirúrgicas realizadas».

Así lo reitera al indicar, y repetimos, por su procedencia, un párrafo ya citado:

« (...) las complicaciones tardías; como la aparición de nuevas eventraciones o recidivas herniarias, dependen en mayor medida a factores relacionados con el mismo paciente; como por ejemplo la calidad del tejido de sostén que se relaciona con déficits en la colagenización propios de enfermedades del tejido conectivo, así como a la debilidad de las estructuras aponeuróticas.

En este sentido, el uso de mallas de polipropileno y la técnica no laparoscópica aplicadas en el paciente resultan determinante para reducir el porcentaje de recidivas lo que resalta la pericia del Servicio de Cirugía, al reforzar la pared abdominal ante defectos estructurales.

Por ejemplo, la Sociedad Española de Cirugía explica lo siguiente:

“Aunque los factores técnicos asociados al cierre de una laparotomía pueden tener un impacto definitivo en la formación de una hernia incisional, los otros factores (biológicos y relacionados con el paciente) pueden determinar la aparición de una eventración aún en manos del cirujano más experto y técnicamente correcto en el cierre de una pared abdominal. (...) »

Así lo señala también, en su informe de 5 de diciembre de 2024, el Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital General del Fuerteventura, tras señalar la corrección de la técnica quirúrgica:

«En todos los casos, la aparición de la recidiva no fue en el postoperatorio inmediato, sino varios meses después de la intervención. Este hecho sugiere que la causa de la recidiva, en cada caso, pudo no tener relación con un fallo técnico, y en cambio, estar relacionado con algún defecto o debilidad tisular de la pared abdominal del paciente».

En tal línea señala el informe del SIP la predisposición del paciente a sufrir estos riesgos al señalar:

« (...) 9.- Según la Organización Mundial de la Salud el tabaquismo, documentado en el historial del paciente desde 2007, es un factor de riesgo muy importante y bien conocido para defectos en el tejido conectivo y debilidad de la pared abdominal. Hay que recordar que el paciente ya había sido subsidiario de una hernioplastia inguinal derecha. Y es que este hábito contribuye a la alteración del proceso de cicatrización y regeneración tisular, favoreciendo la aparición de recidivas y limitando el éxito a largo plazo de las intervenciones quirúrgicas.

Esto se puede verse agravado por repetidos esfuerzos abdominales en el caso de algunos pacientes quienes no cumplan las recomendaciones de la recuperación. Lo anteriormente expuesto puede explicar las recidivas y sus múltiples defectos de pared abdominal e inguinal.

10.-El paciente (...) presenta un historial quirúrgico significativo con un total de cinco intervenciones quirúrgicas relacionadas con defectos del tejido de la pared abdominal: apendicectomía, hernioplastia inguinal derecha en 2007, reparación de hernia umbilical en 2019, y dos cirugías por eventración supra-umbilical en 2020 y 2022. Este historial evidencia de forma clara dos supuestos: Por un lado, una predisposición anatómica y tisular subyacente que favorece la recurrencia de defectos en la pared abdominal intrínseca del paciente, incluyendo debilidad del tejido conjuntivo y por el otro lado, el conocimiento del paciente del procedimiento, sus objetivos, resultados y posibles riesgos».

Por tanto, a pesar de la adecuación de la técnica quirúrgica, se produjeron nuevas eventraciones en la zona ya intervenida previamente, que se relacionan con factores de predisposición inherentes al propio paciente, de tal suerte que, incluso, después de la última cirugía realizada en el Hospital General de Fuerteventura, el reclamante sufre una nueva recidiva, si bien decide abandonar para su tratamiento la Sanidad Pública, constando en los antecedentes de su historia clínica:

«El 31 de julio de 2023, 12:27 horas Se confirmó mediante RMN la reaparición de eventración. Se programó nueva intervención quirúrgica.

20.- Posteriormente el día 26 de octubre de 2023 el paciente solicitó el alta voluntaria y expresó su deseo de acudir a centro privado por interés burocrático».

3.4. El daño sufrido, no imputable a la asistencia sanitaria recibida por el paciente consta descrito como riesgo de las intervenciones realizadas, asumido por el paciente pues suscribió el consentimiento informado para cada una de las intervenciones quirúrgicas realizadas.

Así, consta en la historia clínica del paciente cada uno de los documentos de consentimiento informado firmados por éste, en los que se refleja el riesgo que en su caso se concretó en todas las intervenciones quirúrgicas:

- Para la cirugía del 23 de julio de 2019, el consentimiento fue firmado el 9 de mayo de 2019.

-Para la intervención del 6 de agosto de 2020, el consentimiento fue firmado el 18 de junio de 2020.

-Para la cirugía del 26 de agosto de 2022, el consentimiento fue firmado el 23 de mayo de 2022.

Por lo que, si bien la firma del consentimiento informado no exime por sí sola de responsabilidad en caso de mala praxis, su existencia indica que el paciente fue debidamente informado sobre los riesgos y complicaciones inherentes a las intervenciones quirúrgicas, incluyendo la posibilidad de desarrollar una eventración.

Así se recoge en los tres consentimientos informados donde consta:

« (...) Riesgos poco frecuentes y graves: dolor postoperatorio prolongado por afectación nerviosa. Rechazo de la malla. Reproducción de la hernia. (...)»

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (...), pero pueden llegar a requerir una reintervención (...)».

En este sentido, explica el informe del SIP:

«La eventración es una complicación tardía conocida en este tipo de cirugías abdominales, con una incidencia algo elevada que varía entre el 10% y el 30%, de ahí la necesidad de recogerla en el consentimiento informado. Ésta, puede depender de varios factores; como la técnica quirúrgica (en menor medida), el estado del paciente y del tejido. Pero lo verdaderamente importante es resaltar que el Equipo de Cirugía adoptó todas las medidas necesarias para que no ocurriera complicación alguna. Además, el paciente contaba con antecedentes de hernioplastia inguinal derecha realizada en 2007, lo que indica un conocimiento previo sobre este tipo de patologías y sus posibles complicaciones».

Todo ello se concretó en el caso del reclamante, debiendo asumir los riesgos que consintió a través de la firma del consentimiento informado, toda vez que ningún reproche merece la asistencia dispensada tal y como hemos desarrollado, que fue conforme a la *lex artis* en todo momento.

Pues bien, en el presente caso, cabe concluir que de lo actuado en el expediente resulta que la intervención estaba correctamente indicada y realizada, en función de

la valoración, exploración y pruebas complementarias; también consta, además, que el paciente recibió la adecuada información al respecto, así como de las posibles complicaciones propias de la intervención, entre las que existía el riesgo de recidiva que conllevó posteriores intervenciones quirúrgicas.

Por todo ello, al haber firmado el paciente los documentos de consentimiento informado, donde constan los riesgos que en su caso se produjeron, habiendo sido debidamente informados y asumidos por el paciente, determinan que el daño no es antijurídico, por lo que nada cabe reprochar a la asistencia sanitaria recibida, que fue conforme a la *lex artis* desde el punto de vista material y formal, con la firma de los consentimientos informados.

Y así lo concluye el informe del SIP, que señala adecuadamente, como se recoge en la Propuesta de Resolución, lo siguiente:

«En relación con las supuestas secuelas físicas referidas por el reclamante —presencia de un bulto abdominal y dolor persistente—, es importante señalar que se trata de manifestaciones clínicas compatibles con complicaciones postquirúrgicas tardías, como la recidiva herniaria o eventración, las cuales están descritas en la literatura médica como riesgos inherentes a este tipo de intervenciones.

*Estas complicaciones, en ningún caso se pueden considerar producto de mala praxis y tampoco considerarse secuelas definitivas ni irreversibles derivadas del acto asistencial, ya que el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Fuerteventura actuó acorde a la *lex artis* y una vez confirmada la reaparición de eventración mediante resonancia magnética realizada el 31 de julio de 2023, propuso una nueva intervención quirúrgica reparadora como consta en la evidencia documentada.*

No obstante, el paciente decidió abandonar voluntariamente el circuito asistencial público, solicitando el alta médica el 26 de octubre de 2023 para acudir a un centro privado por motivos personales».

4. A mayor abundamiento, la Propuesta de Resolución viene a pronunciarse sobre la falta de prueba del daño, al señalar, recogiendo al efecto el apartado final de las conclusiones del SIP, lo siguiente:

« (...) En cuanto a las supuestas secuelas de carácter psicológico, el paciente fue valorado por el Servicio de Psicología, y consta en la documentación que se otorgó el alta clínica tras haberse alcanzado los objetivos terapéuticos propuestos, siendo curado en este aspecto, sin necesidad de continuar seguimiento especializado. Este hecho descarta la existencia de una afectación psíquica persistente atribuible al proceso asistencial.

Se hace énfasis en que en la documentación no consta que el paciente iniciara proceso de incapacidad temporal por dolor abdominal persistente u otro problema de salud relacionado con hernia umbilical, tras recibir su alta definitiva en octubre del año 2023».

En efecto, ello es así, si bien, resulta innecesario entrar a valorar este extremo, toda vez que ha sido probada por la Administración la ausencia de relación de causalidad entre el daño por el que se reclama y la asistencia sanitaria prestada al paciente, habiendo sido ésta conforme a la *lex artis ad hoc*, tal y como ha venido justificándose en el presente Dictamen.

Por todo lo expuesto, la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, al desestimar la reclamación del interesado por no concurrir los presupuestos de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación formulada por el interesado, se considera conforme a Derecho.