Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 1 3 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 29 de julio 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. 276/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

Objeto y carácter preceptivo del dictamen: facultad de pedirlo y de emitirlo

La reclamación, objeto, plazo para presentarla, facultad de tramitarla y de resolverla, legitimación de la reclamante y de la administración. Plazo para su resolución

1. El presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad en escrito de 23 de junio de 2026 con registro de entrada en el Consejo el día 24 siguiente, tiene por objeto la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por reclamación de (...), por daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Se reclama una indemnización por importe *no inferior a* 85.000 euros, cantidad que hace preceptivo el Dictamen y faculta al Consejo para emitirlo y a la Consejera para pedirlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC) y 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

3. El órgano competente para instruir y resolver el procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud (SCS), según el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Por Resolución de la Directora de 23 de diciembre de 2014 (BOC N.º 4 de 8 de enero de 2015) se delegó en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria prestada por el SCS. Por ello, la tramitación del procedimiento y la propuesta de su resolución deben ser efectuadas por la Secretaría General, como lo han sido.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. La reclamante ostenta la condición legal de interesada, como titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP)], puesto que alega haber sufrido ella misma un daño personal, cuyo resarcimiento reclama, a consecuencia del funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

4.2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, concretamente al SCS, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público sanitario a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación fue interpuesta dentro del plazo legal de un año (art. 67.1 LPACAP).

6. El plazo legal para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se hubiera notificado al interesado resolución expresa, se habría producido silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [art. 21 LPACAP].

En el presente expediente se ha superado el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP pero, como se ha dicho, ello no impide la resolución expresa del procedimiento (arts. 21.1 y 24.3 b) LPACAP).

II

Resumen de los motivos de la reclamación: lesión de vasos sanguíneos al efectuar una colecistectomía

La reclamante sustenta su acción de responsabilidad patrimonial en los siguientes hechos y argumentos, extraídos de la reclamación:

- Con fecha 16 de mayo de 2022 acude al Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) del SCS para ser intervenida de colecistectomía programada.

Previamente, con fecha 9 de mayo de 2022, fue ingresada en el servicio de Digestivo por coledocolitiasis y colelitiasis, siendo la primera resuelta por CPRE.

- Al comenzar la intervención quirúrgica el día 16 de mayo de 2022, coincidiendo con la introducción del trocar, sufrió una inestabilidad brusca con hipotensión que no remontó con efredina, siendo necesario uso de fenilefrina, adrenalina, y noradrenalina. Al entrar la cámara se observó discreta cantidad de sangre fresca, y hematoma retroperitoneal que parece que aumentar de tamaño, por lo que deciden realizar una laparotomía, por sospecha de lesión vascular.

Mediante la laparotomía, se localiza un gran hematoma retroperitoneal. Se realiza apertura del hematoma junto a cirujano vascular, con drenado de abundantes coágulos, y se localiza una lesión en cara anterior del inicio de la arteria ilíaca derecha, y de la vena iliaca izquierda justo tras bifurcación de la cava.

Se procede a reparar las lesiones vasculares. Tras el control del sangrado y reanimación volumétrica, se estabilizó, siendo posible la realización de la colecistectomía. Tras la intervención la trasladan intubada a URPA, para control.

- El 17 de mayo de 2022, es nuevamente valorada por cirugía vascular al presentar alteración en la perfusión del MID.? Concluyen en trombosis de la arteria ilíaca derecha y se decide intervenir de urgencia y cirugía vascular realizando una trombectomía AID y colocación de stent.

Fundamenta la acción resarcitoria en la existencia -según la reclamante- de mala praxis durante la intervención quirúrgica de colecistectomía, pues entiende que se realizó con una técnica incorrecta que ocasionó lesión en la arteria iliaca derecha y la vena iliaca izquierda, al introducir el trocar, por las que necesitó laparotomía, y una trombectomía posterior con carácter urgente y colocación de stent.

A raíz de dicha intervención, y debido a la medicación pautada, la interesada ha sufrido varios episodios de hemorragia, ha tenido que ser intervenida quirúrgicamente para parar las hemorragias, y se le ha tenido que administrar hierro intravenoso por las pérdidas agudas, y en la actualidad se encuentro en seguimiento con el Servicio de Hemostasia y Cirugía Vascular en el CHUC.

III

Trámites del expediente de responsabilidad patrimonial

Los principales trámites del expediente han sido los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial el 7 de febrero de 2023, por (...), abogada, en representación de (...), en los términos resumidamente expuestos en el fundamento anterior.

Junto con la reclamación se aporta documentación obrante en su historia clínica que propone como prueba documental, y también propone testifical mediante la declaración como testigos de los cirujanos generales y cirujanos vasculares que practicaron las intervenciones quirúrgicas de los días 16 y 17 de mayo de 2022.

2. Mediante Resolución de la Directora del SCS, de 13 de febrero de 2023, se admite la reclamación formulada y se solicitan los informes preceptivos y la historia clínica de la afectada. Al día siguiente, 14 de febrero, se solicita también informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP).

3. El 12 de octubre de 2023 el SIP remite la Historia clínica y el informe preceptivo de 30 de marzo de 2023 emitido por el Dr. (...), Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del CHUC. El SIP manifiesta no poder evitar, por carecer de recursos suficientes, retraso en la expedición de su propio informe, que no remite, aunque afirma que trabaja en ello.

4. Con fecha 4 de marzo de 2026 se requiere a la interesada a fin de que cuantifique la indemnización que solicita, y señale el nombre de tres de los siete testigos propuestos a fin de practicar la prueba testifical.

5. El 11 de marzo de 2026, se presenta escrito señalando cuatro de los siete testigos propuestos. En cuanto a la indemnización alega que se cuantificará en el momento en que se produzca su alta médica.

6. El 16 de abril se requiere a la interesada para que aporte pliego de preguntas para proceder a la práctica de la prueba, el cual es presentado el 23 de abril de 2026.

7. Con fecha 28 de abril de 2026 se notifica Acuerdo probatorio, admitiendo la prueba documental y testifical propuesta por la interesada e incorporando como prueba documental los informes recabados por la Administración en período de instrucción.

8. Se señala la prueba testifical del Dr. (...) y la Dra. (...), los días 25 y 28 de mayo de 2026, respectivamente, quedando citados los testigos, así como la interesada**,** comunicando que, respecto a los testigos restantes, no se pudo proceder a su testifical, toda vez que « (...) *ninguna de las dos mantiene, en la actualidad, vínculo jurídico con este Complejo Hospitalario».*

9. El CHUC remite acta de pruebas testificales realizadas a los Dres. (...) y (...).

10. El 3 de junio de 2026 se notifica trámite de audiencia, y con fecha 11 de junio se recibe escrito de alegaciones, en el que se procede a cuantificar provisionalmente la indemnización solicitada en una suma no inferior a 85.000 euros.

11. No se solicita el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución], 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, y ello 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 19 de junio de 2026 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

13. Mediante oficio de 23 de junio de 2026, con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 24 de junio se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias, ex art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

14. Se formularán luego unas observaciones sobre la falta parcial de la prueba testifical admitida y del informe del SIP, aunque no por ello ni por ningún otro motivo se hallan deficiencias en la tramitación del procedimiento que impidan un pronunciamiento del Consejo sobre el fondo de la cuestión planteada, pero llama la atención su duración.

Por ello, procede aquí señalar, como hemos hecho en expedientes similares, que a criterio del Consejo la instrucción ha tenido una duración excesiva, constatándose la existencia de largos períodos de inactividad. Y por ello parece -a falta de

explicación o justificación- haberse desatendido el principio legal de celeridad de los procedimientos, con eventual lesión de los derechos de las reclamantes.

IV

1. Observaciones previas al estudio del fondo: determinación de la existencia o no de indefensión por no oír a dos testigos y no obtener informe del SIP

La falta de declaración de dos de los cuatro testigos propuestos por la reclamante y la no obtención del informe del SIP son, a primera vista, anomalías en la tramitación del procedimiento. El Consejo no alberga dudas sobre ello, aunque más abajo se expresará acerca del nulo alcance que puedan tener tales anomalías sobre el propio procedimiento y la propuesta de resolución, pues no se han producido consecuencias invalidantes.

La prueba testifical admitida debió practicarse, por mandato de la ley (arts. 77 y 78 LPACAP) que confiere el derecho a proponer pruebas por el interesado sin que quepa rechazarlas salvo si son *manifiestamente* innecesarias o improcedentes, con la debida motivación, como imponen los mismos preceptos y además el art. 35 f), pues la motivación suficiente de la falta de práctica de la prueba puede equipararse a la que ha de formularse cuando se inadmite.

En su condición de instructora del expediente, la administración viene obligada a tramitarlo con respeto escrupuloso a los derechos del interesado o reclamante, sin que pueda sentirse aquella como «*la parte contraria*» de este o crea ser -como el TS ha proscrito de forma terminante- «*la dueña del procedimiento*».

Es comprensible que no sea sencilla ni inmediata la localización de dos testigos que ya no forman parte del personal del CHUC. Pero no cabe admitir que ello conduzca a la pura inactividad y a la omisión de toda diligencia dirigida a facilitar la declaración de los testigos, especialmente para quien es empleador de más de 30.000 personas, entre las cuales no es imposible que pudieran encontrarse aquellos testigos, o mediante el recurso a otros medios, incluso el de requerir del propio reclamante alguna información complementaria, por no mencionar el examen de las redes sociales que permiten localizaciones con los datos publicados por las propias personas que se quiere encontrar, como aparentemente ocurre en este expediente. En la Propuesta de Resolución se razona la innecesaridad sobrevenida de la prueba no practicada, que el Consejo no discute, aunque advierta que se trata de una explicación también sobrevenida,

Lo mismo cabe decir, aunque con menor y distinto fundamento, de la falta de emisión del informe del SIP, que fue solicitado en marzo de 2023 y no se había recibido en el momento el que se considera terminada la instrucción, junio de 2026. En este caso es el propio instructor y no la reclamante quien solicitó el informe, aunque la reclamante recordó su falta en el trámite de alegaciones. También hay una motivación por la que el instructor acepta -tras tres años de espera silenciosa- que se prescinda del SIP que, como en caso anterior, puede ser aceptada.

Sin embargo, lo que el Consejo ha de valorar en este momento es si las imperfecciones o anomalías señaladas lo han sido en tal grado que invalide las actuaciones y obligue a retrotraerlas para intentar que declaren los testigos e informe el SIP.

El Consejo estima que no es así, pues no se ha ocasionado indefensión material a la reclamante.

Por lo que se refiere a los testigos no localizados, su propuesto interrogatorio (folios 484 y 485) se refiere a actuaciones posteriores, aunque lo hayan sido inmediatamente, a la actuación que constituye el núcleo o fundamento principal de la reclamación, y que es la incorrecta (según la reclamante) introducción del trocar o instrumento para acceder al interior del cuerpo de la paciente para efectuar la colecistectomía.

Esta maniobra, que es la inicial o primera tras insuflar gas y producir el neumoperitoneo, si no se entienden mal los informes y la historia clínica, no fue presenciada ni intervinieron en ella las testigos faltantes, anestesióloga y cirujana vascular, pues ellas acudieron para intervenir o participar en la inmediata pero posterior intervención quirúrgica, dirigida a detener o contener o reducir el hematoma producido por la perforación de una vena y una arteria.

Del contraste entre los interrogatorios propuestos, las declaraciones testificales que sí fueron practicadas, el informe del servicio y la historia clínica puede concluirse que las respuestas de las dos testigos no halladas nada podrían añadir para determinar con más precisión lo sucedido en los momentos iniciales, sino solo sus consecuencias, y estas están expuestas y acreditadas con detalle y claridad en el expediente, por lo que su declaración, tras todo ello, deviene innecesaria en términos manifiestos, y no se percibe que su omisión haya causado indefensión material a la reclamante. Comparte el Consejo, en este punto, lo que se afirma en la Propuesta de Resolución.

También el Consejo entiende justificada la omisión o prescindencia del informe del SIP*, a la vista del rigor y de la exhaustividad (...) y de la claridad de sus circunstancias*, del informe que, con carácter preceptivo, se solicitó y se obtuvo del Servicio de Cirugía General y Digestiva.

No puede dejar de señalarse que esta conclusión del instructor, que comparte el Consejo, se ha producido en el mes de junio de 2026, tras haber esperado por el SIP desde marzo de 2023 y tras disponer del informe del Servicio citado desde el 30 de marzo de aquel mismo año 2023. Ha de repetirse que la celeridad es una exigencia legal (art. 71 LPACAP) a la que debe atender la administración.

2. Sobre el fondo de la reclamación: las reglas legales que atribuyen responsabilidad patrimonial a la administración

La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el art. 106.2 de la Constitución, 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 contenida en el precepto constitucional conduce, actualmente, a la aplicación del capítulo IV del Título preliminar 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, la Jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala 3.ª, Secc. 6.ª) de 5 de diciembre de 2014 (Rec. 1308/2012, STS 4942/2014, FJ 3, ECLI: ES:TS:2014:4942), doctrina que el propio TS califica de *reiteradísima*:

«la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC [hoy 32 LRJSP]: 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».

Además, en el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se concretan por la jurisprudencia en la exigencia de que concurra y se demuestre la existencia de infracción de la *lex artis ad hoc*, sin la cual ninguna responsabilidad puede atribuirse a la administración.

Así, por ejemplo, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010 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 (...) ».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado para atribuirla es el de la *lex artis*, porque la obligación del profesional de la medicina es una obligación de medios y no de resultados: la obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de le es exigible 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.

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). El criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la demostrada 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).

De ello se deriva y es muestra, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por ejemplo, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), el precepto del art. 32.1 LRJSP que requiere que el daño sea efecto o *consecuencia* -dice la ley- del funcionamiento del servicio público. La carga de probar este nexo causal, es decir, los hechos en que se funde, el llamado sustrato fáctico de la relación entre el servicio y el daño, 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 carga u *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, o 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).

3. La aplicación al caso de las exigencias legales: determinación de si se infringió la *lex artis ad hoc*

3.1. La asistencia sanitaria dispensada a la reclamante

Para aplicar la anterior doctrina al caso y analizar si se ha producido infracción de la *lex artis ad hoc* en la atención a la reclamante y si hay el obligado nexo causal entre alguna actuación médica vulneradora de la *lex artis* y un resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir del relato fáctico por el SCS extraído de la

historia clínica y del informe emitido por el Servicio de Cirugía General y Digestiva, así como de la documentación aportada por la reclamante durante la tramitación del procedimiento.

De este modo, resultan de interés para la emisión del presente Dictamen los siguientes hechos, que se deducen del expediente administrativo remitido:

- El día 5 de mayo de 2022 (...) acude a Urgencias del CHUC por dolor abdominal localizado a nivel de epigastrio de 3 días de evolución que se irradia a espalda, que no cede con analgesia habitual. Tras exploración y las pruebas complementarias pertinentes se establece como diagnóstico:

1) CÓLICO BILIAR COMPLICADO + COLECISTITIS AGUDA INCIPIENTE.

- COLELITIASIS MÚLTIPLE.

2) COLEDOCOLITIASIS.

Queda ingresada y el 9 de mayo de 2022 y para tratar la coledocolitiasis es sometida a CPRE con esfinterotomía y extracción de cálculo. Se procede al alta y se deriva a consultas de Cirugía General para valorar colecistectomía preferente. (CPRE significa «*colangiopancreatografía retrógrada endoscópica*», un método que une la endoscopia y los rayos X para ver y curar problemas en los conductos biliares y del páncreas, según las informaciones de la web).

- El 16 de mayo de 2022 (...) acude al CHUC para ser intervenida por colelitiasis realizándose una colecistectomía laparoscópica, previa firma del consentimiento informado. Tras la creación del neumoperitoneo, al introducir el trócar para la intervención la paciente presenta cuadro clínico de inestabilidad hemodinámica que requiere la administración de medicación vasoactiva (efedrina, fenilefrina y adrenalina).

Al entrar la cámara se observa discreta cantidad de sangre fresca, hematoma retroperitoneal que parece que aumenta de tamaño, junto con la inestabilidad de la paciente por lo que se decide realizar laparotomía con la sospecha de lesión vascular.

Durante la laparotomía se objetiva hematoma retroperitoneal, localizando una lesión en cara anterior del inicio de la arteria ilíaca derecha, y también de la vena ilíaca izquierda justo tras bifurcación de la cava.

Se realiza clampaje de la aorta y ambas arterias ilíacas, reparación de punto milimétrico en cara anterior de vena ilíaca izquierda, comprobación del sangrado tras clampaje, según protocolo quirúrgico. Tras control de foco de sangrado y reanimación volumétrica, la paciente se estabiliza siendo posible la realización de la colecistectomía, que se realizó sin incidencias.

- La paciente se queda en recuperación. En la primera visita médica se objetiva frialdad en EID [extremidad inferior derecha], con leve pulso, por lo que se avisa a cirugía vascular para valoración. Ante la sospecha de trombosis de la arteria ilíaca derecha se decide cirugía urgente, que tiene lugar el día 17 de mayo de 2022. Se realiza trombectomía ilíaca derecha y stent AIC derecha.

- Durante el postoperatorio (tras las dos intervenciones) la paciente pasa un día en Recuperación de quirófano y tras buena evolución y buen control del dolor es trasladada a planta de hospitalización.

- Durante su estancia en planta, sufre un episodio de pico febril puntual que se controla con antipiréticos y antibioterapia. Se realizan analíticas seriadas, decidiendo administración de Ferinjet y se realiza interconsulta con Hematología para administración de las siguientes dosis de forma ambulatoria.

- En TAC de control se observa hematoma retroperitoneal de límites mal definidos sin signos de sangrado activo. Presencia de líquido libre en lecho quirúrgico, flanco derecho abdominal y pelvis, sin evidencia de colecciones netas organizadas. Sten en arteria ilíaca común derecha permeable. Área pseudonodular de consolidación parenquimatosa pulmonar, pudiendo corresponder a afectación por proceso inflamatorio-infeccioso a valorar clínicamente y en control evolutivo.

- Es vista por Cirugía Digestiva y por Vascular. Desde el punto de vista abdominal, presenta buena tolerancia oral y buen control del dolor. Alta el día 25 de mayo de 2022 por parte de Cirugía vascular con seguimiento en un mes.

- Los días 26 y 27 de mayo y 1, 3 y 6 de junio de 2022 acude al Servicio de Hematología y hemoterapia para administración de hierro intravenoso por anemia normocítica normocrómica secundaria a pérdidas agudas.

- El 10 de junio de 2022 acude a consulta de Cirugía general, objetivando incisión de laparotomía cicatrizada y ligera dehiscencia de herida inguinal derecha. Se hace constar en la Historia Clínica:

«La paciente está bien. Buena cicatrización. Buen puldo EID.

Exploración abdominal: Cicatriz de laparotomia cerrada, cicatriz inguinal ligeramente abierta (con parche de P.) No refiere dolor, ni fiebre en casa, tampoco sensación de frialdad ni hormigueo en la pierna.

Estoy con ella y con su madre un largo rato explicando y aclarando todas las dudas y explicando de nuevo la complicación que tuvimos y paso a paso como se resolvió».

- El 23 de junio de 2022 acude a consulta del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. En la exploración se objetiva dehiscencia de herida quirúrgica inguinal derecha, sin exposición de puntos de sutura por ahora. Pulso femoral y distales presentes. Se mantiene doble antiagregación.

- El 1 de julio de 2022 vuelve a consulta de revisión con Cirugía General y consta anotado: *«La paciente está bien. Tolerando correctamente. Exploración: cicatriz abdominal buen aspecto, la cicatriz inguinal derecha esta parcialmente abierta unos 2 cm pero cicatrizando y superficial, con curas. Esta más tranquila . Ahora está pendiente de intervención por un CIN por parte de ginecología».*

- El 15 de septiembre de 2022 acude de nuevo a consulta de Angiología y Cirugía Vascular, en la que se hace constar que fue sometida a conización cervical (procedimiento quirúrgico a cargo de Ginecología por ASC-H, otra patología distinta, que no guarda relación con la que es objeto de reclamación) con sangrado postoperatorio en tres ocasiones que ha precisado reintervención urgente.

«EF: Pulso femoral bilateral. Herida quirúrgica cerrada.

PLAN:

- Se mantiene antiagregación simple con Clopidogrel

- En estudio por hematología por ferropenia de origen desconocido.

- Revisión en enero».

- El 14 de febrero de 2023 acude a consulta de Angiología. No se han encontrada alteraciones de la hemostasia. Herida cicatrizada. Pulsos distales presentes. Revisión anual.

3.2 La *lex artis ad hoc* en la intervención de colecistectomía

Establecida la anterior secuencia de hechos relativa a la asistencia sanitaria, procede su análisis desde la perspectiva de su adecuación a la *lex artis*, teniendo en cuenta que la acción de responsabilidad patrimonial ejercitada por la reclamante se sustenta en considerar que ha habido una técnica incorrecta en la intervención

quirúrgica de colecistectomía por laparoscopia que ocasionó lesión en la arteria ilíaca derecha y la vena ilíaca izquierda.

La reclamante fundamenta su reclamación en la existencia de un daño causado en el curso de una intervención quirúrgica, en una suerte de responsabilidad objetiva o casi objetiva, de modo que es la propia afectación a los vasos sanguíneos, la misma existencia de esta indudable lesión o afección la que lleva a sus escritos a sostener que debió producirse por una maniobra inadecuada y torpe al introducir el trocar, al modo de impulsarlo o a la presión excesiva sobre el abdomen. Pero del hecho mismo de la perforación, si puede llamarse así, no cabe derivar, sin más, su incorrección técnica, pues en el ámbito de la responsabilidad sanitaria la mera producción de un daño no genera responsabilidad, puesto que el daño debe ser antijurídico, es decir, contrario a la *lex artis.*

El sistema de responsabilidad patrimonial sanitaria descansa en la *lex artis.* Como afirma la STS de 14 de octubre de 2002 (rec. n.º 8406/1997) *«cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si esta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico».*

Por tanto, cuando la Administración sanitaria ha actuado de acuerdo con la *lex artis*, el daño no es antijurídico y la víctima tiene el deber de soportarlo sin indemnización alguna.

Si sólo fuera exigible la existencia de un daño o lesión se produciría una indebida objetivación de la responsabilidad sanitaria, al poder declararse la responsabilidad con el único requisito de la lesión efectiva sin la exigencia de la vulneración de la *lex artis*, consecuencia no prevista en nuestro ordenamiento jurídico.

La reclamante no ha incorporado al expediente ningún elemento probatorio que pueda contradecir el contenido de los informes médicos que concluyen la corrección de la asistencia sanitaria dispensada, limitándose a manifestar que la intervención quirúrgica de colecistectomía se realizó con una técnica incorrecta. La afirmación de que la maniobra de introducción del trocar se hizo mal, con infracción de las reglas técnicas de la lex artis, no puede sustentarse en la suposición de que la producción de las alteraciones vasculares solo es explicable por una mala praxis quirúrgica, pues los informes, la bibliografía, el consentimiento informado y la descripción de lo acontecido, y la propia prueba de testigos, conducen a entender que se trata de una

consecuencia, ciertamente rara o inhabitual, y también grave, pero no desconocida y de aparición posible aun empleando la técnica correcta de entrada en el abdomen del paciente.

Por contra, en el expediente obran el informe del Servicio de Cirugía General, la declaración testifical de los especialistas que llevaron a cabo la intervención, ambos con varios lustros de experiencia profesional, docente e investigadora, el documento de consentimiento informado y el resto de la documentación clínica, de todo lo que se puede concluir que la atención prestada fue correcta y que se pusieron a disposición de la paciente los medios adecuados según las técnicas previstas para su patología, con arreglo a la ciencia médica y quirúrgica comúnmente aceptada.

El Dr. (...) expone en su informe que la intervención se realizó con una técnica correcta, tal y como se recogen en todos los manuales y guías de práctica quirúrgica. Las lesiones vasculares son una complicación conocida de la cirugía laparoscópica y no implican por sí mismas una mala praxis, como se afirma.

Con carácter previo a la intervención de colecistectomía, (…) firmó el consentimiento informado para someterse a ella mediante laparoscopia (cirugía mínimamente invasiva).

En dicho consentimiento se reflejan los riesgos generales y específicos de la colecistectomía laparoscópica. Dentro de los riesgos poco frecuentes y graves, se cita textualmente que *« (...) puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos y embolia, que pueden requerir reintervención urgente y excepcionalmente puede producirse la muerte»*, y la paciente declara y firma *«conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por las complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance».*

Explica el Dr. (...) que entre las complicaciones relacionadas con la creación del neumoperitoneo cabe destacar las lesiones vasculares mayores, que aunque poco frecuentes son potencialmente mortales. Las zonas infraumbilical y suprapúbica son las de mayor riesgo para la aparición de estas lesiones. Hay casos en los que este tipo de lesiones puede pasar inadvertida y éste hecho aumenta la morbimortalidad; por lo tanto precisan de un diagnóstico precoz y un conocimiento adecuado de su tratamiento.

La complicación ocurrida está perfectamente definida en la bibliografía y el consentimiento informado suscrito por la paciente.

La colecistectomía se realizó siguiendo los protocolos establecidos. El trócar se introdujo mediante la técnica correcta. Una vez objetivada la lesión, la paciente fue reintervenida, resolviendo las complicaciones que se fueron presentando.

Al respecto, señala el Dr. (…) en su informe lo siguiente: *«La introducción de la aguja de Veress y los trócares la realizamos siguiendo los pasos que tenemos estandarizados siguiendo la guía clínica de cirugía endoscópica de la asociación española de cirujanos, "normas para evitar accidentes". a) colocar al paciente en decúbito supino, b) acceso preferente por vía umbilical, c) evitar punciones sobre cicatrices previas, d) manipular la aguja de Veress como un lápiz, e) ejercer una adecuada tracción de la pared en el momento de la punción, f) comprobar antes del introducir el primer trócar la correcta insuflación y que el paciente esté relajado, g) precaución en pacientes delgados, h) en caso de duda de la punción del Veress elegir otro tipo de técnica, i) incisión cutánea amplia, j) revisión de zonas de punción al introducir el laparoscopio.*

El neumoperitoneo con la aguja de Veress fue el adecuado; durante la introducción del trocar umbilical no se presentó ninguna incidencia; percibimos la lesión al introducir la óptica y observar pequeña cantidad de sangre fresca y elevación del retroperitoneo por lo que decidimos, sin dilación, laparotomía inmediata tal y como refleja la historia de la paciente. "La maniobra de Cattell-Braasch es excelente y rápida para el abordaje de los grandes vasos retroperitoneales", la técnica del despegamiento de la raíz del mesenterio y el colon derecho fue descrita por primera vez en los años 50, y publicada por Cattell y Braasch con el fin de mejorar el acceso a la tercera y cuarta porción duodenal y el ángulo de Treitz lo que a su vez permite una rápida y segura exposición de las estructuras vasculares retroperitoneales y poder solucionar al menos inicialmente, el problema vascular mediante compresión o colocación de pinzas vasculares.

Esta fue la maniobra que realizamos en este caso, que nos permitió una buena exposición del retroperitoneo, para no demorar la intervención de los cirujanos vasculares, que acudieron a quirófano en cuánto fueron avisados y comenzar la identificación de la lesión previó control vascular. "Una rápida y segura actuación del cirujano conllevará a la supervivencia del paciente", dicha maniobra debe ser conocida por todos los cirujanos que usen el abordaje laparoscópico».

El Dr. (...) que, además declaró como testigo, confirma lo expuesto por la Dra. (...) respecto a que la técnica se realizó de forma correcta. Añade que el primer trócar se coloca a ciegas, y no se puede ver el recorrido del mismo, y es cuando éste primero está colocado, cuando se puede visualizar la cavidad abdominal.

Por tanto es necesario puntualizar que, en el abordaje laparoscópico, al tratarse del primer trocar es un momento ciego e incierto en cuanto a la posibilidad de producir lesión añadida.

Ambos testigos coinciden al responder que las estructuras dañadas se encuentran en la región retroperitoneal, pero no en la región pélvica profunda, sino en la parte superior de la cavidad pélvica. El Dr. (…) añade que las estructuras lesionadas se encuentran en el campo de introducción del trócar. Aclara además que la lesión se produjo porque el trócar, efectivamente, llegó al espacio retroperitoneal, pero en la cavidad abdominal los planos no se posicionan como capas, sino que está conformada por un espacio tridimensional donde todas las estructuras están unas al lado de otras, y la función del neumoperitoneo es agrandar el espacio y que se pueda acceder con seguridad.

Afirma el Dr. (...) que no existió una penetración excesiva del trócar, sino que, al introducirlo, hay que hacer fuerza para atravesar la pared abdominal y al vencer esa resistencia es cuando el trócar puede alcanzar estructuras más profundas, coincidiendo con la Dra. (...) en que esta resistencia depende de la rigidez de la pared abdominal de cada paciente y con la relajación de la misma por los fármacos anestésicos.

Hay que tener en cuenta que los dos cirujanos que participaron en la intervención cuentan con amplia experiencia y cualificación, con más de 20 años de ejercicio profesional en la especialidad, lo que les permitió resolver con éxito la complicación surgida.

En el presente caso existió documento de consentimiento informado firmado por la paciente previo a la intervención y que se considera suficiente, puesto que en él se expresan los riesgos y complicaciones típicos, y entre ellos figura como riesgo inherente las lesión vascular, que es la complicación que se ha producido en este caso.

En conclusión, la intervención era procedente, estaba indicada y era necesaria. No se puede afirmar que a lesión vascular que se produjo durante la cirugía se derive de una mala praxis dado que de los documentos de la historia clínica no se desprende ninguna infracción de la lex artis. sino que, por el contrario, tal circunstancia forma parte de los riesgos típicos inherentes a la actuación medica de este procedimiento quirúrgico como se hace constar dentro de los riesgos típicos del consentimiento informado que firmó la paciente. Por tanto siendo un riesgo probable y posible que lleva implícito el procedimiento (y como tal recogido en el consentimiento informado específico) y del cual fue informada adecuadamente y que asumió, con su firma, no estamos ante una lesión indemnizable, al no concurrir la antijuridicidad del daño.

La lesión no puede atribuirse a un deficiente o inadecuado manejo quirúrgico de la paciente pues no existen elementos probatorios que avalen esa relación causal.

En este caso se emplearon las técnicas adecuadas y ejecutadas por cirujanos con una experiencia de más de 20 años de ejercicio profesional, pero lamentablemente no se pudo evitar la lesión vascular, que fue adecuadamente tratada y corregida.

Como hemos indicado, la jurisprudencia del Tribunal Supremo indica que la condición del servicio público sanitario es la de un prestador de medios pero, en ningún caso garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales y según los protocolos establecidos, pero no puede garantizar en todo caso la curación.

Las cuestiones planteadas son eminentemente técnicas y su comprensión y resolución ha de ir directamente ligada con el contenido de los informes de los que disponemos, sin olvidar la información que contiene la historia clínica. Dichos informes técnicos, valorados en su conjunto, así como en relación con la información que resulta de las anotaciones de la historia clínica de la paciente, conducen al Consejo a compartir la conclusión desestimatoria de la reclamación contenida en la Propuesta de Resolución.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial se considera conforme a Derecho, tal como se razona en el Fundamento IV del presente Dictamen.