



## ANTECEDENTES

**PRIMERO.-** Con fecha 16 de abril de 2003, tiene entrada en el Registro general de la Consejería de Sanidad escrito de D. J. Á. G. S., en solicitud de indemnización por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en el Hospital Morales Meseguer de Murcia. Según el reclamante, tras ser intervenido para extraerle una piedra del conducto biliar y dadas las molestias que sentía tras la operación, se sometió a diversas pruebas que mostraron la existencia de una compresa olvidada en su interior, por lo que hubo de ser nuevamente operado para extraer la gasa. Como consecuencia de ello, por tanto, hubo de soportar una intervención que habría resultado innecesaria de no haber dejado restos de material quirúrgico en su organismo, lo que a su vez le supuso permanecer ingresado durante quince días más, una gran cicatriz, molestias y dolores continuos en la zona de la operación y problemas de diabetes que no se le habían manifestado con anterioridad. El interesado no valora el daño sufrido, limitándose a solicitar, en términos genéricos, las indemnizaciones que procedan.

Adjunta a su reclamación informe de alta por curación.

**SEGUNDO.-** Por Resolución de 13 de agosto de 2003, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS) admite a trámite la reclamación y asigna la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del referido Ente; tras lo cual, por la instrucción se requiere al reclamante para que aporte la proposición de prueba en el plazo de 10 días, con la expresa advertencia de que, si desatiende dicho requerimiento, se le tendrá por desistido de su petición. El reclamante contesta mediante escrito en el que solicita que se tenga por reproducida la documental aportada junto a su reclamación, que se incorpore al expediente la Historia Clínica y que se recabe la declaración de dos testigos, a quienes identifica con su nombre y apellidos, señalando domicilio a efectos de citación.

**TERCERO.-** Comunicada la reclamación a la Compañía de Seguros del SMS, la instructora solicita al Hospital donde fue atendido el interesado la copia de su Historia Clínica y un informe de los profesionales que le asistieron.

El Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital Morales Meseguer relata que el paciente ingresa por puerta de urgencias el 15 de noviembre de 2002, siendo diagnosticado provisionalmente de hepatitis y diabetes de reciente comienzo. Tras diversas pruebas se diagnostica coledocolitiasis situada en colédoco prepancreático. Tras describir las diversas pruebas a que es sometido el paciente y la intervención que persigue corregir dicha patología, relata que en el período postoperatorio surgen ciertas complicaciones que desvelan un cuadro de sepsis con colangitis aguda supurada del que debe ser nuevamente intervenido. En relación a esta segunda intervención y a la evolución posterior, el informe relata lo siguiente:

*"En el acto operatorio se encuentra gran cantidad de adherencias a hígado, un resto de vesícula biliar no extirpada en la intervención anterior, un absceso subhepático, un cálculo enclavado en colédoco distal y una colangitis aguda supurada. Se practicó liberación de adherencias, extirpación de resto vesicular, drenaje de absceso, extracción de cálculo coledociano con cierre de vía biliar sobre tubo de kehr."*

Todo el acto operatorio descrito se desarrolló en un ambiente contaminado (en cultivo de absceso se aisló *Klebsiella Pneumoniae*), con una hemorragia difusa (en sabana) grave e incoercible por métodos ordinarios (compresión y electrocoagulación) que produce una severa pérdida hemática (el paciente requiere 5 unidades de concentrado de hematíes y 3 unidades de plasma fresco intraoperatorios).

Esta situación dramática de hemorragia incoercible se logró controlar mediante la colocación de un "packing" (empaquetamiento) perihepático compresivo con vendas y compresas, que rodean un drenaje de goma y se exteriorizan por una contraincisión lateral. El paciente pasa a UCI tras la intervención.

El postoperatorio en UCI transcurre favorablemente requiriendo drogas vasoactivas, fluidos y hemoderivados.

El "packing" fue retirado en UCI el 3-12-02 sin complicaciones.

El paciente pasa a planta el 4-12-02 (7º día postoperatorio) donde continua con su recuperación tanto clínica como analítica..

El día 11-12-02 (13º día postoperatorio) se realiza colangiografía transkehr para comprobar el estado de la vía biliar principal. En esta radiografía de abdomen se detectan imágenes de hilos metálicos que hacen sospechar la presencia de una compresa que debió quedar retenida en abdomen al retirar el "packing". Tras informar al paciente y a su esposa se procede a extraer la compresa el 12-12-02 mediante una segunda intervención quirúrgica.

El paciente continua su evolución satisfactoria siendo ALTA hospitalaria el 21-12-02 a domicilio sin otras complicaciones destacables.

EN RESUMEN se trata de un paciente que es atendido en nuestro Servicio de Cirugía de un cuadro de colangitis aguda purulenta por coledocolitiasis con sepsis y afectación multiorgánica (pulmonar, renal, cardiovascular, hepática y hematológica). Cuadro clínico de una gravedad extraordinaria y gravado con una morbilidad elevadísima y una mortalidad que puede superar el 50%.

#### ES NUESTRA OPINION QUE

1. La colocación del "packing" es una técnica aceptada ante casos de hemorragia como la descrita en todas las especialidades quirúrgicas. No fue por tanto negligente o por olvido sino totalmente premeditado y consciente como única forma de detener la hemorragia y salvar la vida del paciente.

2. Este paciente fue tratado de manera diligente y correcta en todo momento. Poniendo todos los medios necesarios para su tratamiento, tanto materiales como humanos.

Sirva de muestra que la intervención quirúrgica realizada el 28-11-02 se inició con 2 cirujanos del Servicio, y ante la complejidad de la misma se incorporó a quirófano el Jefe de Servicio.

3. En ningún momento del largo proceso clínico (31 días) encontramos el más mínimo gesto de negligencia, tal como alega el paciente.

4. La compresa retenida en abdomen tras la retirada del "packing" es una de las eventualidades que puede suceder cuando se utiliza esta técnica para cohibir una hemorragia. Una vez detectada, previa información a paciente y familia, se retiró mediante una 2ª intervención quirúrgica, mínimamente agresiva.

5. El tamaño de la cicatriz, de la que se queja el paciente, es el adecuado y necesario para solucionar los graves problemas que padeció.

6. La aparición de la diabetes ("azúcar") nada tiene que ver con las intervenciones.

Probablemente el paciente era un diabético no diagnosticado (recuérdese el informe de médico de Puerta de 15-11-02 donde ya se diagnostica de diabetes de reciente comienzo y se remite al enfermo a Endocrinólogo).

Por último reseñar que es lamentable, decepcionante y desmoralizador que un paciente tratado

*correcta y exquisitamente desde el punto de vista técnico y humano, y en una situación vital extrema, de un proceso patológico que conlleva una alta morbilidad, y que ha sido alta sin secuelas graves (a pesar de sus alegaciones), nos sorprenda con una denuncia por una supuesta negligencia que nunca existió".*

**CUARTO.-** Solicitado informe a la Inspección Médica, ésta considera que la atención prestada al paciente es conforme a la *lex artis*, habiendo sido tratado adecuadamente, en una situación vital extrema, de un proceso patológico que conlleva una alta morbilidad, siendo dado de alta sin secuelas graves. Niega que la diabetes sea consecuencia de la intervención y manifiesta que la cicatriz es del tamaño adecuado para solucionar los graves problemas que padeció. Asimismo, alude a la relativa frecuencia con que se producen retenciones de gasas en pacientes intervenidos quirúrgicamente, ofreciendo diversos datos estadísticos al respecto. En conclusión, *"la compresa retenida en el abdomen tras la retirada del "packing" es una de las eventualidades que puede suceder cuando se utiliza esta técnica para cohibir una hemorragia. Una vez detectada, se retiró mediante una segunda intervención quirúrgica mínimamente agresiva"*. Por todo ello propone la desestimación de la reclamación.

**QUINTO.-** Conferido trámite de audiencia al paciente y a la Compañía de Seguros, aquél reitera las alegaciones ya expuestas en su escrito de reclamación inicial, insistiendo en el dato objetivo de la existencia de la gasa en el interior del paciente y en los perjuicios que ello le ocasionó. Tales perjuicios son valorados en 30.000 euros por *"los días de hospitalización, las molestias y los dolores que padece el reclamante y el perjuicio estético importante (valorado en 24 puntos)"*, tomando como referencia el baremo contenido en el Anexo de la Disposición Adicional 8ª de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

La Compañía Aseguradora, por su parte, aporta dictamen médico emitido por dos doctores que concluye afirmando la adecuación a normopraxis de la asistencia sanitaria prestada al interesado. Para llegar a dicha conclusión afirman que, ante la gravedad de la situación clínica del paciente, se hace necesaria una cirugía de control de daños para la estabilización y revisión posterior. Al respecto, se indica que *"el principio de cirugía de control de daños trata un moderno concepto, ya universalmente aceptado, no sólo en el paciente politraumatizado, sino en aquellos pacientes graves en los que es primordial el control del proceso que pone en peligro la vida del paciente de forma inmediata, dejando las reparaciones definitivas y la terminación de la técnica para un segundo tiempo, una vez estabilizado el paciente y logradas mejores condiciones para la resolución definitiva del proceso. En este paciente: séptico, con coagulopatía y politransfundido, se recurre a una correcta hemostasia mediante un packing, que podría ser retirado en un segundo tiempo, cuando las condiciones eran francamente favorables. De esta forma se obtiene, en su conjunto el tratamiento más adecuado"*.

En este tipo de intervenciones es más frecuente la posibilidad de retención de cuerpos extraños en el abdomen (riesgo siempre presente en cualquier operación), debido a la situación de urgencia y complejidad anatómica y quirúrgica. En cualquier caso, en el momento de la detección del cuerpo extraño, éste no le producía complicaciones ni supuso su presencia y retirada un empeoramiento en la evolución clínica. Para la extracción de la gasa no fue necesario practicar otra incisión distinta a la de la primera intervención y la estancia global hospitalaria refleja la gravedad del caso tratado. Tampoco consideran los doctores informantes que la aparición de diabetes sea consecuencia de la tercera intervención.

**SEXTO.-** Tras poner la instructora de manifiesto al interesado el informe médico aportado por la Compañía de Seguros, aquél presenta nuevo escrito de alegaciones para reiterar su pretensión, pues no admite que el alto riesgo o dificultad de una intervención pueda amparar descuidos o negligencias.



**SÉPTIMO.-** Con fecha 23 de junio de 2004, la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren los requisitos necesarios para el nacimiento de responsabilidad patrimonial, al estimar que la asistencia sanitaria siguió en todo momento los dictados de la *lex artis*, sin apreciar negligencia en ningún momento, *"lo que se reafirma con el hecho de que fue en el postoperatorio cuando se apreció la existencia de la compresa, tras una revisión para comprobar el estado de la vía biliar principal, procediéndose a la extracción de la misma durante la estancia en el hospital, sin que fuese necesario un nuevo ingreso para dicha intervención"*.

Una vez incorporados al expediente un índice de documentos y un extracto de secretaría, se remite aquél al Consejo Jurídico en petición de Dictamen, mediante escrito registrado el pasado 16 de septiembre.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

## **CONSIDERACIONES**

### **PRIMERA.-** Carácter del Dictamen.

Este Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre la propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

**SEGUNDA.-** Plazo, legitimación y tramitación. La reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año de producido el hecho lesivo que el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC) fija para la prescripción del derecho a reclamar.

El reclamante, al sufrir los perjuicios imputados a la actuación administrativa consistente en la atención sanitaria recibida en un centro dependiente de la Administración, ostenta la condición de interesado para ejercitar la acción de reclamación, a tenor de lo dispuesto por el artículo 139.1 LPAC, en relación con el 4.1 RR.

Respecto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que titular del centro hospitalario donde se prestó la asistencia sanitaria de la que deriva la reclamación. Tras analizar el procedimiento seguido, y como ya hiciéramos en nuestro Dictamen 189/2003, ha de destacarse que el requerimiento efectuado por la instructora para que el interesado subsane la falta de proposición de prueba resulta improcedente. En primer lugar, porque el escrito de reclamación ya hace mención a los medios de prueba de que el interesado pretende valerse y que no son otros que el documento aportado junto a la reclamación y los obrantes en los archivos del Hospital, como posteriormente reiterará en escrito por el que contesta al referido requerimiento; pero también porque anudar a la falta de proposición de prueba el drástico efecto de tener por desistido al actor supone desconocer que el ordenamiento permite la aportación al procedimiento de documentos, justificaciones y, en definitiva, de cualesquiera medios probatorios a lo largo de la tramitación, sin quedar constreñida dicha aportación o proposición al momento de presentar la solicitud de iniciación. A tal efecto, los artículos 84 LPAC y 11 RRP establecen que, una vez instruidos los expedientes e inmediatamente antes de dictar la propuesta de resolución, se pondrá de manifiesto a los interesados lo actuado, a fin de que los mismos puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimen pertinentes, lo que supone el reconocimiento explícito de la facultad de aportar los medios de prueba que consideren convenientes para la defensa de sus intereses en un

momento posterior al de la iniciación del procedimiento.

En definitiva, aun cuando el artículo 6.1 RRP parece caracterizar la proposición de prueba como elemento que necesariamente ha de constar en la reclamación de responsabilidad patrimonial, tal exigencia ha de interpretarse a la luz del principio antiformalista que inspira el procedimiento administrativo y que permite a los interesados desplegar una actividad probatoria que no se ciñe al concreto espacio temporal del trámite de prueba contemplado en los artículos 9 RRP y 80 y 81 LPAC. Sin olvidar, además, que pueden existir reclamaciones de responsabilidad patrimonial en las que, al tener la Administración por ciertos los hechos alegados o versar el procedimiento sobre una cuestión estrictamente jurídica, no fáctica, no será necesario efectuar prueba alguna y para los que exigir de forma imperativa que la reclamación viniera acompañada de una proposición de prueba sería absurdo.

Por tanto, la ausencia de dicha proposición en la reclamación no debería configurarse como un defecto que impida la continuación del procedimiento, declarando desistido al reclamante si no procede a la subsanación, sino que, ante dicha omisión, la instructora debería requerir a aquél para que proponga las pruebas de que pretenda valerse, sin otro efecto, para el caso de desatender el requerimiento, que declararle decaído en su derecho al trámite, de conformidad con el artículo 76.2 y 3 LPAC.

### **TERCERA.-Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.**

La responsabilidad patrimonial por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE:

"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 en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que particulariza en su artículo 10 los derechos de los usuarios respecto a las distintas Administraciones Públicas.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

- 1) El primero de los elementos es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.
- 2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económicamente e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.
- 3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.
- 4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concurra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano debe esperar de los poderes públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, atribuyéndole, por tanto y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico, que puede condensarse en los siguientes deberes (STS, Sala 1ª, de 25 de abril de 1994): 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la

actuación de aquél se desarrolle por la denominada "*lex artis ad hoc*" o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento pueda esperarse y de los riesgos potenciales del mismo (artículo 9 y 10 de la Ley General de Sanidad y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y de documentación clínica); 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste puede ser dado de alta, advirtiéndole al mismo de los riesgos que el abandono de aquél le puede comportar. Veamos los principios expuestos, aplicados al presente expediente de responsabilidad patrimonial.

**CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.**

Para el reclamante la causa del daño se encuentra en el olvido de una gasa quirúrgica en el interior de su organismo, con ocasión de la intervención a que fue sometido para tratar la grave enfermedad que presentaba.

Como consecuencia de dicho olvido, el paciente afirma que se le producen diversos daños y secuelas que pasamos a considerar de forma particularizada:

a) Una cicatriz de grandes dimensiones (15 cm.).

Todos los informes médicos obrantes en el procedimiento coinciden en afirmar que la cicatriz que presenta el paciente es la correspondiente a la intervención que fue necesaria para tratar la colangitis que padecía. En este sentido, para el Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Morales Meseguer, el tamaño de la cicatriz es el adecuado y necesario para solucionar los graves problemas que le aquejaban, extremo con el que coinciden plenamente la Inspección Médica y los doctores cuyo informe aporta la Compañía de Seguros, quienes indican que para la retirada de la gasa no fue necesario practicar una nueva incisión. Difícilmente, pues, puede imputarse a esta segunda intervención, calificada de "mínimamente agresiva" por los informantes, la secuela estética alegada.

De hecho, el reclamante, en aplicación analógica del sistema para la valoración de las lesiones producidas en accidente de tráfico, califica dicha cicatriz como "perjuicio estético importante", atribuyéndole una valoración de 24 puntos. Al margen de la no aportación de un informe médico de valoración del daño corporal, efectuado por especialista, que pudiera amparar la valoración efectuada y cuya omisión resulta suficiente para calificar de gratuita la desorbitada puntuación que el interesado pretende atribuir a la cicatriz, la mera lectura del baremo al que voluntariamente se acoge el reclamante permite alcanzar la misma conclusión. En efecto, la puntuación máxima atribuible al perjuicio estético sería de 20 puntos, siendo el perjuicio estético importante -según la calificación efectuada por el propio interesado- valorado en una horquilla de entre 11 y 14 puntos. Asimismo, los criterios de modulación que el mismo baremo ofrece no juegan a favor del recurrente, cuyas condiciones personales, varón de 44 años y de profesión desconocida, conducen a una puntuación del perjuicio estético en los valores mínimos del correspondiente rango.

b) Permanencia en el hospital durante quince días más.

Consta en el informe médico traído al procedimiento por la Compañía Aseguradora que la estancia global hospitalaria refleja la gravedad del caso tratado, en clara alusión a la no incidencia de la intervención realizada para retirar la gasa en la tardanza en recibir el alta hospitalaria.

De hecho, las conclusiones del referido informe revelan que "*en el momento de la detección del*



*cuerpo extraño, en orden a la evolución del paciente, éste no le producía complicaciones ni supuso su presencia y retirada un empeoramiento en la evolución clínica".*

c) Diabetes.

Coinciden los tres informes médicos traídos al procedimiento en que no existe relación causal entre las intervenciones quirúrgicas y la aparición de diabetes en el paciente, afirmando el carácter anticipado de dicha patología que ya fue diagnosticada en urgencias el día de su ingreso, el 15 de noviembre de 2002.

Estos tres apartados son los conceptos dañosos a los que el reclamante ciñe su pretensión reparadora, como concreta en su reclamación inicial y, posteriormente, en el momento de cuantificar el daño en 30.000 euros, por *"los días de hospitalización, las molestias y dolores que padece el reclamante y el perjuicio estético importante (valorado en 24 puntos)"* (folios 270 a 274 del expediente).

d) Necesidad de una nueva intervención.

Ahora bien, el análisis de la reclamación no quedaría completo si obviáramos la consideración de un daño que es susceptible de valoración de forma independiente a las consecuencias de la tercera intervención y que sería ella misma, es decir, la necesidad de ser sometido a una nueva operación para retirar el material quirúrgico retenido en el organismo del paciente.

Para el interesado, la mera constatación del olvido de la gasa es suficiente para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, pues desvela, por sí mismo, un anormal funcionamiento de los servicios públicos sanitarios. Ahora bien, la asistencia sanitaria prestada al paciente ha de ser considerada en su globalidad desde el ingreso hasta el alta y, desde esta perspectiva, el interesado resulta curado sin secuelas tras superar una grave enfermedad que pudo poner fin a su vida. Obsérvese que la detección de la compresa se realiza en el postoperatorio y con anterioridad al alta del paciente, pues todavía precisaba permanecer en el establecimiento hospitalario en orden a la completa sanidad de sus dolencias. Por tanto, a diferencia de los supuestos en que la jurisprudencia ha declarado la responsabilidad patrimonial de la Administración por la permanencia de gasas en el interior de pacientes sometidos a cirugía previa (confróntese la sentencia de 27 de julio de 2001, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco), aquí no hay un lapso temporal grande entre la intervención y la detección del material textil, y el *continuum* asistencial no se ha visto interrumpido por un alta médica que considerara curado al paciente manteniendo en su interior un cuerpo extraño susceptible de provocar complicaciones en el futuro.

En el supuesto sometido a consulta, por contra, el paciente se encuentra todavía ingresado, en recuperación tras la intervención que salvó su vida, y el material textil en cuestión es descubierto con ocasión de una revisión programada, para evaluar el resultado de la cirugía. A este respecto, no aparece contrastada en el expediente la afirmación del reclamante (escrito inicial de reclamación, folio 2 del expediente) de que la prueba que detectó la compresa en su interior se realizó dadas las molestias que padecía, pues ninguna de dichas supuestas "molestias" aparecen reflejadas en la evolución clínica que, de forma minuciosa, relatan las Hojas de Enfermería obrantes en los folios 45 a 54 del expediente. Antes al contrario, dicha documentación desvela un postoperatorio que evoluciona muy favorablemente, sin que consten complicaciones de ningún tipo. En la anotación correspondiente a la mañana del día 9 de diciembre de 2002, es decir dos días antes de la prueba que detectará la compresa, ya consta la primera mención a la colangiografía que habría de realizarse al interesado, cuando se indica que está *"pendiente de citar colangio"*. Esa misma mañana, se hace constar que el paciente se encuentra afebril, asintomático, con buenas constantes y en buen estado general, reiterándose dichas consideraciones de enfermería el día 10 por la tarde (folio 49 del expediente).

Parece evidente, por tanto, que la revisión radiográfica estaba programada y que, aunque no fuera específicamente destinada a detectar el material quirúrgico dejado en el interior del paciente, lo cierto es que permitió su descubrimiento y posterior extracción. A ello se une, además, el hecho de que la compresa no le supuso una complicación o una ralentización en el proceso postoperatorio, pues los doctores informantes no detectan un empeoramiento de la evolución clínica (folio 283 del expediente).

En este contexto, la actuación médica ha sido considerada en dos informes técnicos (el de la Inspección Médica y el aportado por la Compañía de Seguros) como ajustada a la *lex artis*, sin que el interesado haya propuesto ni practicado una prueba pericial de contrario para desvirtuar tales conclusiones, habiéndose aquietado tras el rechazo de la testifical por él propuesta. En tales circunstancias, este Consejo Jurídico no puede sino atender a los únicos elementos de juicio de carácter técnico que han valorado la actuación a la que se imputa la producción del daño, traídos al procedimiento por la Administración y la Compañía de Seguros, y que afirman la corrección de la asistencia sanitaria prestada.

En efecto, de acuerdo con los dictámenes médicos emitidos, la actuación consistente en detener una hemorragia incoercible por otros medios y que pone en peligro la vida del paciente, mediante la utilización de un "packing" de gasas es adecuada, pues con ello se consigue la hemostasia y salvar un momento crítico, para después, cuando las condiciones son más favorables, proceder a la retirada del material. Esta técnica tiene un riesgo típico, cual es el de no poder realizar el conteo de gasas que se realiza en intervenciones ordinarias, lo que posibilita que queden restos de material quirúrgico en el interior del paciente cuando se retira el paquete, pues no se conoce con precisión el número de compresas que se administraron, careciendo entonces de una referencia cuantitativa crucial. Por ello, los especialistas informantes califican este riesgo como típico y relativamente habitual de esta técnica hemostática, motivo por el que se utiliza material con contraste radiológico para su eventual detección, llegando a ser declarado por los médicos informantes como *"un riesgo asumible en atención al grave problema que se estaba tratando"*.

Atendidos los informes médicos y la ausencia de soporte técnico de las imputaciones efectuadas por el interesado, cabe concluir con la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional (sentencia de 25 de septiembre de 2002) que *"si pese a dar una prestación sanitaria adecuada, el resultado dañoso se produce, hay que concluir que el mismo es debido a la situación de riesgo portada por el mismo paciente (lo que rompería el vínculo causal) o a los riesgos inherentes a la intervención médica, riesgos que el paciente tiene el deber jurídico de soportar, al ser inherentes a la terapia, lo que implicaría que, aun existiendo daño, no existirá lesión al no concurrir la nota de la antijuridicidad"*.

Así pues, los actos médicos cumplieron la finalidad curativa pretendida, ajustándose a la *lex artis ad hoc* y ello a pesar de la materialización de un riesgo típico de la técnica quirúrgica empleada que supuso una complicación o dificultad añadida al tener que volver a operar al paciente. Corolario de tal conclusión es que el daño alegado no es antijurídico, en tanto que deriva de un riesgo inherente a la intervención que debe ser soportado por el paciente, pues en el ámbito quirúrgico, sobre todo en el de la cirugía de control de daños, la medicina no puede garantizar de forma absoluta el éxito de la intervención, ya sea en su vertiente de resultado curativo, ya en la de eficiencia, en el sentido de evitar al paciente ser intervenido de forma reiterada.

En definitiva, pues, la necesidad de ser reintervenido para retirar la gasa que permanecía en el interior del paciente, si bien es claro que responde a una relación causa-efecto con la previa operación a que fue sometido, no puede calificarse como daño antijurídico, pues la actuación médica que derivó en tal situación ha sido considerada como ajustada a la *lex artis*, sin que el



interesado haya propuesto ni practicado prueba alguna capaz de desvirtuar tal apreciación técnica.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

### **CONCLUSIÓN**

**ÚNICA.-** El Consejo Jurídico informa favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, en tanto que no advierte la concurrencia de los requisitos generadores de responsabilidad patrimonial, en particular por la ausencia de nexo causal entre las secuelas alegadas por el reclamante y el funcionamiento de los servicios públicos y la no consideración como antijurídico del daño consistente en ser intervenido por segunda vez.

No obstante, V.E. resolverá

