

En Logroño, a 25 de junio de 2009, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General D. Ignacio Granado Hijelmo, siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

48/09

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud, en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D^a A. G. G., como consecuencia de la intervención quirúrgica realizada en el Hospital *San Millán-San Pedro*.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito de 30 de junio de 2008, registrado de entrada en la Oficina Auxiliar de Registro en la misma fecha, el Abogado D. E. F. R., en nombre y representación de D^a A. G. G., interpone reclamación de responsabilidad patrimonial fundándose, en síntesis, en lo siguiente:

1. El día 27 de junio de 2006, la paciente fue sometida a una intervención quirúrgica de anexectomía bilateral por tumoración ovárica derecha, realizada mediante laparotomía. En el transcurso de la operación, se produce una perforación intestinal que no es detectada hasta el día 3 de julio de 2006, a pesar de las numerosas quejas de la paciente, de la fiebre y del dolor abdominal.

2. Por ello, se procede a practicar nueva intervención mediante laparotomía infraumbilical, encontrando peritonitis fecaloidea con abscesos entre asas a nivel de subfrénicos derecho e izquierdo y perforación de recto superior, con orificio de unos 5 cm en cara anterior rectal. Se procedió a realizar resección tipo Hartmann de recto-sigma y colostomía de descarga en fosa ílica izquierda,

3. El día 24 de julio de 2006, reingresa por hematuria y sangrado vaginal, colocándole una sonda vesical permanente y se le da de alta con antibioterapia oral el día 27 de julio de 2006.

4. El día 19 de mayo de 2.007, ingresa para reconstrucción de la función digestiva, cerrando la colostomía y procediendo a realizar anastomosis colo-rectal instrumental EEA31 mm y apendicectomía, que se lleva a cabo el día 21 de mayo de 2.007, siendo dada de alta hospitalaria el día 6 de junio de 2.007.

5. La paciente considera que la intervención quirúrgica practicada el día 27 de junio de 2.006 es la causa de la perforación del recto y fistula vésico-vaginal, conforme se desprende de todos los informes médicos aportados, existiendo una relación de causalidad entre la actuación de los médicos de esa entidad y el resultado lesivo.

Acompaña a su escrito, además del poder que acredita su representación, protocolo quirúrgico de fecha 27/06/2006, informe de alta de hospitalización de 16/07/2006, protocolo quirúrgico de 03/07/2006, informe provisional de alta de 16/07/2006, informe de alta de hospitalización del 06/06/2007 e informe pericial de la Dra. D^a A. B. M.

Cuantifica el daño cuya reparación solicita en 135.073,34 €.

Segundo

Mediante Resolución del Secretario General Técnico, de 3 de julio de 2008, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 30 de junio en que tuvo entrada el escrito de reclamación, y se nombra Instructora a D^a C. Z. M.

La Instructora, por escrito del siguiente 4 de julio, notifica a la interesada la iniciación del expediente, informando sobre los extremos exigidos por el Art. 42.4 de la Ley 30/1992.

Tercero

Mediante comunicación interna del mismo día 3 de julio, la Instructora se dirige a la Gerencia del Área de Salud de La Rioja-Hospital San Pedro solicitando cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada a D^a A. G. G.; una copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente; en particular, informe emitido por los Facultativos intervinientes en la asistencia que se reclama y parte de reclamación adjunto cumplimentado, uno por cada profesional implicado en los hechos reclamados.

Y, con fecha del día siguiente, remite a la Correduría de Seguros A. G. y C. copia de la reclamación presentada. La Correduría acusa recibo el día 8 del mismo mes de julio.

La solicitud dirigida al Área de Salud es reiterada por el Jefe del Servicio de Asesoramiento y Normativa los días 19 de agosto y 19 de septiembre y, por la propia Instructora, el 7 de noviembre de 2008.

Cuarto

Con fecha 13 de noviembre de 2008, la Gerencia de Área Única remite a la Secretaría General Técnica la historia clínica de la reclamante e informe aportado por el Dr. M. B.; con escrito del siguiente día 18, se remite los informes del Dr. C. del C. y de la Dra. G. T.; y, con escrito de fecha 28, se remite el aportado por el Dr. M. P.

Quinto

El día 2 de diciembre, la Instructora da traslado de copia del expediente a la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones para que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la Propuesta de resolución sobre la reclamación planteada.

Sexto

Mediante escrito de 7 de enero del 2009, del Servicio de Prestaciones y Atención al Usuario, se remite, al de Asesoramiento y Normativa, el informe de Inspección médica, de la misma fecha, que establece las siguientes conclusiones:

“1.- La paciente, D^a A. G. G., es intervenida quirúrgicamente el día 27 de junio de 2006. Se le realiza una anexectomía por vía laparoscópica al habersele previamente diagnosticado un cistoadenoma de ovario derecho.

2.- La paciente firma previamente el oportuno consentimiento para la intervención. Entre las complicaciones descritas para este tipo de intervención figuran tanto lesiones intestinales como lesiones ureterales o vesicales. No se aporta ninguna prueba en el expediente de que D^a A. G. G. no fuese informada de las posibles complicaciones asociadas a este tipo de cirugía, mientras que sí consta el oportuno consentimiento firmado por la interesada.

3.- Durante el post operatorio, en concreto, durante los días 28 y 29 de junio de 2006, la paciente no sufre complicación alguna, presentando únicamente episodios de cefalea que se tratan correctamente.

4.- El día 30 de junio de 2006, la paciente presenta fiebre por primera vez. Se realizan cultivos y se instaura tratamiento antipirético. Ni durante el día 30 de junio ni durante el día 1 de julio de 2000 se registra en la historia clínica sintomatología propia de un abdomen agudo.

5.- El día 2 de julio de 2006, la paciente comienza a exhibir dolor intenso, además de fiebre. El

mismo día 2 de julio de 2006, se realizan un TAC y una ecografía de urgencia que revelan signos de una perforación intestinal, por lo que, el día 3 de julio de 2006, se vuelve a intervenir quirúrgicamente a la paciente, intervención que confirma la presencia de una perforación intestinal, así como una peritonitis fecaloidea. De nuevo la paciente firma el oportuno consentimiento previo a la operación.

6.- El post operatorio es, en este caso, favorable, siendo D^a A. G. G. dada de alta el día 18 de julio de 2006.

7.- El 24 de julio de 2006, la paciente ingresa de nuevo al presentar un cuadro de hematuria y sangrado vaginal. Se diagnostica una fístula vesico-vaginal, que se trata de forma conservadora, resolviéndose favorablemente el cuadro. No queda demostrado en la documentación disponible en el expediente que esta complicación fuera derivada de la primera intervención quirúrgica a la que se somete la paciente o de la segunda (tratándose en ambos casos de cirugía laparoscópica). Sea como fuere, este tipo de complicación está descrita en la información que se facilita a los pacientes previamente a la firma de la autorización al tratamiento, autorizaciones que, en todos los casos, fueron firmadas por D^a A. G. G..

8.- La paciente es dada de alta con una función digestiva normal el día 8 de junio de 2007, tras una última intervención quirúrgica para reconstrucción de tránsito intestinal, realizada el 10 de mayo de 2007.

Por lo expuesto, se puede determinar que la paciente D^a A. G. G. sufrió dos desafortunadas complicaciones tras serle practicadas dos intervenciones de cirugía laparoscópica.

La paciente firmó las oportunas autorizaciones al tratamiento en todos los casos por lo que no se puede afirmar que desconocía la posibilidad de que dichas complicaciones sucedieran.

El equipo médico que atendió a D^a A. G. G. actuó con rapidez ante la aparición de síntomas sugestivos de dichas complicaciones y los tratamientos aplicados fueron eficaces, siendo finalmente dada de alta la paciente con una función digestiva normal”.

Octavo

Por acuerdo de 9 de enero de 2009, la Instructora admite la prueba documental propuesta en el escrito iniciador de la reclamación e inadmite la testifical, por considerar que en la documentación incorporada se encuentran recogidos con total precisión y claridad todos los antecedentes relacionados con aquélla, por lo que su práctica no aportaría datos de interés alguno para el esclarecimiento de los mismos.

Noveno

Con fecha 9 de enero, la Instructora remite copia de toda la documentación a la ya citada Correduría de Seguros, obrando a continuación en el expediente dictamen médico de la Asesoría Médica D.I & I, S.L., con las siguientes conclusiones:

“1.- Nos encontramos ante un caso de lesión intestinal surgida en el transcurso de la cirugía ginecológica a la que se sometió (anexectomía bilateral por laparoscopia) por la existencia de un quiste de

ovario y que provoco una peritonitis que requirió 2 intervenciones posteriores.

2.- La indicación para la intervención ante la existencia de un quiste ovárico de 10cm, era correcta.

3.- La perforación intestinal, aunque infrecuente, constituye una complicación típica de todo procedimiento quirúrgico abdominal.

4.- En este caso, existía un factor de riesgo asociado que puede incrementar las posibilidades de lesión intestinal: la existencia de un firme componente adherencial, derivado de la cirugía previa (histerectomía) tal y como se describe en la hoja operatoria.

5.- El seguimiento del postoperatorio fue el correcto, empleando los medios diagnósticos adecuados cuando comienza la sintomatología abdominal. El diagnóstico de perforación intestinal se hace el día 5 después de la cirugía.

6.- La existencia de una fístula vesico-vaginal diagnosticada con posterioridad, se debe relacionar con la cirugía practicada para la resolución de la perforación intestinal. Fue manejada de forma conservadora (sondaje) y cerró de forma espontánea.

7.- Los profesionales intervinientes actuaron conforme a *lex artis ad hoc*, sin evidencia de mala praxis.”

Noveno

Mediante carta de fecha 25 de febrero, la Instructora comunica al Letrado de la reclamante la finalización de la instrucción, dándole vista del expediente, en trámite de audiencia, por un plazo de 15 días hábiles para que formule alegaciones y presente los documentos que estime pertinentes.

El Letrado, en comparecencia de 10 de marzo, solicita y se le facilita copia de todos los documentos obrantes en el procedimiento.

Se formulan alegaciones en escrito de 18 de marzo, ratificando la pretensión inicial.

Décimo

Con fecha 6 de mayo de 2009, la Instructora emite Propuesta de resolución del siguiente tenor: “*que se desestime la reclamación que por responsabilidad patrimonial de esta Administración formula D^a A. G. G., al no ser imputable el daño alegado, cuya reparación solicita, al funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios*”.

Décimo primero

El Secretario General Técnico, el día 8 de mayo, remite a la Letrada de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud el expediente íntegro para su preceptivo informe, que es emitido en sentido favorable el siguiente día 18.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el 18 de mayo de 2009, registrado de entrada en este Consejo el 20 de mayo de 2009 el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja, remite al Consejo Consultivo de La Rioja para dictamen el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de 21 de mayo de 2009, registrado de salida el día 22 de mayo de 2009, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo señalada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una Propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 euros. La cuantía ha sido elevada a 6.000 euros por Ley 5/2008, que ha dado nueva redacción al citado precepto, pero no resulta aplicable al supuesto dictaminado por tener que atender, según la doctrina mantenida por este Consejo a raíz de la modificación operada por la citada Ley 4/2005, de 1 de junio, a la norma vigente al tiempo de concluir el trámite de audiencia.

En cualquier caso, al ser la cuantía de la reclamación superior a 6.000 euros, nuestro dictamen resulta preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LRJ-PAC) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de 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 normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijimos, entre otros, en nuestro Dictamen 3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro Dictamen 29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”*.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

De los parámetros antes expresados, nos atendremos al de la *lex artis ad hoc*, toda vez que en el expediente aparecen firmados por la interesada los correspondientes documentos de consentimiento informado para las distintas intervenciones a que fue sometida, sin perjuicio de los comentarios que incidentalmente hagamos sobre tales consentimientos.

Este Consejo, lego en Medicina, encuentra especial dificultad en el caso sometido a dictamen ante la concurrencia de una doble circunstancia: de un lado, la gravedad de la lesión causada en la intervención quirúrgica de 27 de junio de 2006, perforación intestinal,

con orificio de unos 5 cm. en cara anterior rectal, y de la secuela de la intervención exigida para solucionar la perforación, consistente en resección tipo Hartmann de recto-sigma, con colestomía ilíaca en fosa ilíaca izquierda, lo que vulgarmente se conoce como ano *contra natura*, secuela que, si bien fue temporal, no es necesario argumentar sobre lo molesta y desagradable que es, ni sobre la dependencia limitativa que supone; y, por otra parte, porque ninguno de los informes médicos que obran en el expediente resulta totalmente convincente ni categórico.

Vamos, por ello, a comentar críticamente tales informes, en relación con cuantos datos resultan de la historia clínica, debiendo significar que, en el presente caso, frente a lo que suele ocurrir habitualmente, la reclamante ha aportado un informe, el de la Dra. B. M. que obra a los folios 16 a 19, ambos inclusive. Comencemos por éste.

El informe, a instancia de la reclamante, es concluyente en cuanto a la relación de causalidad entre la intervención llevada a cabo el 27 de junio de 2006 y el daño causado, la perforación intestinal, y contiene los criterios para la valoración del daño con referencia al Baremo relativo a los accidentes de tráfico, estableciendo unas horquillas de puntos por las distintas secuelas y una estimación de días de estabilización de las mismas. Sin embargo, nada dice expresamente sobre la concurrencia de una mala praxis o infracción de la *lex artis*, ni ésta puede deducirse indirectamente del análisis, que no realiza, sobre la tipicidad o el carácter extraordinario de la complicación surgida a raíz de la intervención quirúrgica, o de la posibilidad de haberse podido evitar adoptando especiales medidas de precaución.

Deja claro, por tanto, que existe relación de causalidad en su sentido más amplio, pero no que concurra, además, un criterio positivo de imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria que determine el nacimiento de la obligación de indemnizar por parte de la misma, criterio positivo de imputación que no puede ser otro que el de la infracción de la *lex artis ad hoc*.

Ahora bien, tampoco estimamos concluyentes los restantes informes o dictámenes que aparecen en el expediente.

Así, el del Jefe del Servicio de Ginecología, Dr. M., se limita a calificar la perforación intestinal como una de las complicaciones que “*pueden presentarse*” en las intervenciones de cirugía pélvica, añadiendo que la paciente en todo momento fue atendida y controlada en su postoperatorio; más evasivo resulta el del Dr. M. que practicó la intervención quirúrgica el 27 de junio de 2006, que se limita a transcribir parcialmente el impreso de consentimiento informado suscrito por la paciente la víspera de la intervención, destacando que señala, como posibles complicaciones operatorias, “*lesión intestinal*” y “*lesión ureteral o vesical*”, por lo que, añade, la paciente ya estaba informada, antes de la intervención, de que *este tipo de accidente* podía ocurrir y lo asumió con su firma.

Hemos destacado la expresión “*este tipo de accidente*”, porque entendemos que accidente no es lo mismo que complicación, diferencia que puede resultar significativa cuando quien la emplea es el propio Cirujano que practicó la operación.

Las conclusiones del informe de la Inspección Médica también se refiere a que las lesiones intestinales, así como las ureterales y vesicales, figuran entre las complicaciones descritas para la intervención a que se sometió a la reclamante. Sin embargo, además de no determinar el tamaño de la perforación, dato que estimamos significativo, y omitir algunos datos de las notas evolutivas de Enfermería, también de importancia, nos parece algo evasiva la conclusión última cuando, tras decir que la paciente sufrió “*dos desafortunadas complicaciones*”, cuya posibilidad no desconocía por haber firmado el consentimiento informado, añade que el equipo médico actuó con rapidez ante la aparición de síntomas sugestivos de dichas complicaciones y los tratamientos aplicados fueron eficaces. Y la calificamos de evasiva porque justifica la actuación médica ante la aparición de las complicaciones, pero no la previa en la intervención primera que causó la perforación. Dicho en otros términos, no afirma, en ningún momento, la adecuación de la intervención quirúrgica a la *lex artis ad hoc*.

Por último, el informe a instancias de la Aseguradora concluye que los profesionales intervinientes actuaron conforme a *lex artis ad hoc*, sin evidencia de mala praxis, si bien previamente califica la perforación intestinal de complicación típica, aunque infrecuente, de todo procedimiento quirúrgico abdominal y añade que, en el caso en cuestión, existía un factor de riesgo asociado que puede incrementar las posibilidades de lesión intestinal: la existencia de un firme componente adherencial, derivado de la cirugía previa (histerectomía).

Al hilo de esto último, la existencia de adherencias, cuya disección puede incrementar las posibilidades de lesión intestinal, obligaba al Facultativo que practicaba la intervención a la adopción de singulares precauciones y a un especial cuidado y atención en la ejecución de la laparoscopia. Precisamente, tal y como afirma el documento de consentimiento informado en el folio 34 del expediente, “*durante una cuidadosa inspección en la laparoscopia, puede decidirse que la cirugía mayor abierta (laparotomía) fuera la intervención más acertada*”, por lo que, si existían las referidas adherencias y, con ellas, el consiguiente peligro de perforación, quizá debiera haberse optado por dicha posibilidad o haberse justificado debidamente los motivos para no haber optado por la misma.

Y entendemos que corresponde a los Servicios Públicos Sanitarios probar que se ha actuado con ese especial cuidado y atención y adoptado las debidas precauciones porque se trata, en nuestra opinión, de un supuesto claro de inversión de la carga de la prueba que

apoyan doctrinas tales como la de la culpa virtual, la del daño desproporcionado o la que se concreta en el aforismo *res ipse alloquitur*.

La magnitud del daño, perforación intestinal de 5 cm., hace suponer que algo falló y, salvo que se hubiere expresamente acreditado su inevitabilidad, debe de responder la Administración sanitaria.

Y, pese a lo dicho en el Informe de Inspección, tenemos la sospecha de que la actuación del Equipo médico del Servicio de Ginecología no fue lo suficientemente rápida. En efecto, de las notas de Enfermería resulta que la fiebre aparece en la tarde del 30 de junio de 2006 (38,2°); a las 7 horas del día 1, tiene 39,4°; a las 12 horas, 38°, pese a haberle administrado paracetamol; en la tarde del mismo día, 39,4°, respondiendo al paracetamol; pero, a las 0 horas del día 2, continúa con 38,6° y a las 7 horas, 38°; a las 12, sube a 39,2°; por la tarde, tiene 38,4° y refiere fuertes dolores, por lo que la Enfermera avisa al Médico de guardia que achaca los dolores a los gases y recomienda a la paciente que pasee; explicación que se le reitera ante sus quejas de tener muchísimo dolor; esa noche, a la 1, ya del día 3 de julio, tiene 39,3° y a las 2:15, 38,5° y la Enfermera, “*por expresa petición de ella y la familia*”, llama al Ginecólogo de guardia y es en ese momento cuando se realiza ECO y TAC abdominales urgentes cuyos resultados hacen presumir la complicación surgida y, vista por el Servicio de Citugía, se decide su intervención inmediata. En definitiva, la paciente permaneció febril durante tres días, el último con fuertes dolores, y sólo por expresa petición de la paciente y sus familiares se avisó al Ginecólogo de guardia, se le practicaron las pruebas y se decidió la inmediata intervención; dado el diagnóstico tras la misma, perforación de recto superior y peritonitis fecaloidea, es muy probable que, de haber retrasado un día solamente la intervención, hubiera ocurrido un fatal desenlace.

Añadamos, por último, que, pese a estar descrita la complicación surgida o **accidente**, según lo califica en su informe el Cirujano, en el impreso de consentimiento informado, en el mismo se dice expresamente que “*complicaciones severas que requieren histerectomía, colostomía o que son causa de fallecimiento, difícilmente suceden, pero no son imposibles*”.

En definitiva, y, por las consideraciones que anteceden, en opinión de este Consejo, procede indemnizar a la reclamante, por concurrir, junto a relación de causa a efecto entre la intervención quirúrgica del 27 de junio de 2006 y el daño causado, un criterio positivo de imputación de responsabilidad a la Administración.

Cuarto

Valoración del daño

En el escrito planteando la reclamación de responsabilidad patrimonial, se cuantifica el daño en 135.073,34 €, en base al informe de la Dra. B. al que ya nos hemos referido con anterioridad.

Sin embargo, en dicho informe, se calculan los días incapacitantes, incluyendo 91 días más, después del alta hospitalaria, por la intervención para reconstrucción del tránsito intestinal, por estimar que es el tiempo razonable de recuperación después de una intervención de esas características.

Y, de las horquillas de puntos que establece el informe, el Letrado de la reclamante toma los máximos.

Pues bien, para efectuar una valoración del daño en el presente caso, hemos de tener en cuenta las siguientes circunstancias: i) las consideraciones efectuadas en los párrafos anteriores; ii) que las secuelas que valora el informe no necesariamente tienen carácter permanente o, al menos, no existe prueba de ello; iii) nuestra postura, mantenida en Dictámenes anteriores, de que *“la utilización de algún baremo objetivo puede ser admisible, pero siempre y cuando se utilice con carácter orientativo y no vinculante, ya que debe precisarse y modularse al caso concreto en el que surge la responsabilidad patrimonial”*; iv) que la jurisprudencia del Tribunal Supremo, ante las dificultades que comporta, en ocasiones, la conversión de circunstancias complejas y subjetivas en una suma dineraria, opta en tales casos por efectuar una valoración global, incluyendo en dicha suma total el conjunto de perjuicios de toda índole; v) que ha de valorarse especialmente la incómoda situación que ha supuesto para la paciente haber estado durante un año con un ano *contra natura*, tal y como se ha razonado en el Fundamento Jurídico Tercero de este Dictamen; y vi) la doctrina mantenida en casos similares, como, por ejemplo, en nuestro Dictamen 34/07, en el que afirmábamos que es difícil la valoración de este tipo de lesiones, pues no hay parámetros objetivos a los que ajustarse, al no poder aplicar, ni siquiera analógicamente, el baremo que establece las cuantías de las indemnizaciones por daños causados a personas en accidentes de circulación.

En base a todo ello, estimamos que, en el caso que ahora se dictamina, es prudente optar por una valoración global del daño en la cantidad de 30.000 €.

CONCLUSION

Única

Existe relación de causalidad entre la atención sanitaria prestada a D^a A. G. G. y los daños cuyo resarcimiento reclama, que se valoran en la cantidad de 30.000 €, cuyo pago se hará en dinero con cargo a la partida presupuestaria que corresponda.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero