

## INDICE ANALÍTICO REFUNDIDO 2005-2013

### RESPONSABILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

#### -Doctrina general:

##### -Relación de *casualidad*:

-No existe cuando el servicio sanitario público no intervino, o lo hizo en una fase precoz o con actuaciones sin entidad, debido a que el paciente se traslada voluntariamente a la sanidad privada donde se le practican las intervenciones decisivas: [D.102/08](#), [D.53/11](#).

-Debe llegarse inequívocamente a la conclusión de la participación causal, por acción u omisión (así, con carácter general, cfr. art. 1902 Cc), de la atención sanitaria recibida en el resultado dañoso. [D.4/12](#), [D.44/13](#).

##### -Obligación de *medios y no de resultados* (en Medicina curativa, no en la satisfactiva):

-La obligación de la Administración sanitaria es “*de medios y no de resultados*”, debido a la condición precedera y enfermable del ser humano, a la inexistencia de un derecho a la curación (no puede exigirse a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes), al estado de los conocimientos científicos, a la extensión del servicio sanitario, y a los recursos limitados asignados por los poderes públicos: [D.28/02](#); [D.20/03](#), [D.21/03](#); [D.23/03](#); [D.99/04](#); [D.53/05](#), [D.73/05](#), [D.74/05](#), [D.83/05](#), [D.85/05](#), [D.91/05](#), [D.108/05](#) y [D.117/05](#); [D.31/06](#), [D.83/06](#), [D.90/06](#) y [D.91/06](#); y [D.1/07](#), [D.2/07](#), [D.3/07](#), [D.4/07](#), [D.12/07](#), [D.25/07](#), [D.26/07](#), [D.29/07](#), [D.34/07](#), [D.37/07](#), [D.43/07](#), [D.45/07](#), [D.46/07](#), [D.49/07](#), [D.50/07](#), [D.89/07](#), [D.90/07](#), [D.93/07](#), [D.104/07](#), [D.105/07](#), [D.106/07](#), [D.107/07](#), [D.111/07](#), [D.117/07](#), [D.118/07](#), [D.123/07](#); [D.15/08](#), [D.16/08](#), [D.25/08](#), [D.26/08](#), [D.56/08](#), [D.58/08](#), [D.59/08](#), [D.63/08](#), [D.96/08](#), [D.104/08](#), [D.107/08](#), [D.112/08](#), [D.132/08](#), [D.133/08](#), [D.149/08](#), [D.154/08](#), [D.156/08](#), [D.157/08](#); [D.4/09](#), [D.5/09](#), [D.8/09](#), [D.9/09](#), [D.11/09](#), [D.12/09](#), [D.13/09](#), [D.15/09](#), [D.16/09](#), [D.17/09](#), [D.21/09](#), [D.27/09](#), [D.30/09](#), [D.33/09](#), [D.36/09](#), [D.37/09](#), [D.41/09](#), [D.42/09](#), [D.47/09](#), [D.49/09](#), [D.54/09](#), [D.56/09](#), [D.63/09](#), [D.64/09](#), [D.67/09](#), [D.69/09](#), [D.72/09](#), [D.73/09](#), [D.74/09](#), [D.84/09](#), [D.85/09](#), [D.86/09](#), [D.87/09](#), [D.88/09](#), [D.90/09](#), [D.92/09](#), [D.94/09](#), [D.95/09](#), [D.97/09](#), [D.4/10](#), [D.7/10](#), [D.17/10](#), [D.18/10](#),

[D.22/10](#), [D.24/10](#), [D.26/10](#), [D.27/10](#), [D.28/10](#), [D.31/09](#), [D.33/10](#), [D.38/10](#),  
[D.41/10](#), [D.45/10](#), [D.47/10](#), [D.49/10](#), [D.53/10](#), [D.56/10](#), [D.57/10](#), [D.59/10](#),  
[D.60/10](#), [D.63/10](#), [D.67/10](#), [D.72/10](#), [D.75/10](#), [D.76/10](#), [D.79/10](#), [D.99/10](#),  
[D.103/10](#), [D.2/11](#), [D.5/11](#), [D.13/11](#), [D.17/11](#), [D.19/11](#), [D.21/11](#), [D.25/11](#),  
[D.26/11](#), [D.27/11](#), [D.32/11](#), [D.42/11](#), [D.43/11](#), [D.51/11](#), [D.52/11](#), [D.62/11](#),  
[D.81/11](#), [D.20/12](#), [D.29/12](#), [D.33/12](#); [D.34/12](#), [D.35/12](#), [D.38/12](#), [D.41/12](#),  
[D.57/12](#), [D.59/12](#), [D.12/13](#), [D.24/13](#), [D.25/13](#), [D.49/13](#).

-La protección constitucional de la salud y el derecho de asistencia sanitaria reconocido en la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad, así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, desarrolladas por el RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, no son derechos absolutos, pues, por muy ambiciosas y amplias que sean las prestaciones reconocidas por el sistema sanitario público, no podemos soslayar nuestra condición perecedera como seres vivos: [D.56/09](#), [D.64/09](#), [D.67/09](#), [D.86/09](#), [D.88/09](#), [D.94/09](#), [D.97/09](#),  
[D.24/10](#), [D.33/10](#), [D.49/10](#), [D.53/10](#), [D.57/10](#), [D.59/10](#), [D.75/10](#), [D.76/10](#),  
[D.17/11](#), [D.26/11](#), [D.27/11](#), [D.50/11](#), [D.52/11](#), [D.62/11](#), [D.63/11](#), [D.81/11](#),  
[D.13/12](#), [D.19/12](#), [D.33/12](#), [D.34/12](#), [D.49/12](#), [D.55/12](#), [D.21/13](#), [D.44/13](#).

-La normativa vigente no determina cuáles son esos medios pues eso es precisamente objeto del ciencia y arte de la Medicina que la concreta en los parámetros o criterios y protocolos profesionales de actuación de la llamada *lex artis ad hoc*, a cuya aplicación tiene derecho el paciente; y del *consentimiento informado*, que se debe prestar suficientemente y obtener voluntariamente del mismo: [D.28/06](#), [D.31/06](#) y [D.83/06](#); [D.29/07](#); [D.13/08](#), [D.26/08](#), [D.58/08](#),  
[D.63/08](#), [D.113/08](#), [D.149/08](#); [D.5/09](#), [D.8/09](#), [D.12/09](#), [D.13/09](#), [D.24/09](#),  
[D.37/09](#), [D.42/09](#), [D.48/09](#), [D.58/09](#), [D.62/09](#), [D.63/09](#), [D.75/09](#), [D.78/09](#),  
[D.90/09](#), [D.1/10](#), [D.27/10](#), [D.32/10](#), [D.49/10](#), [D.53/10](#), [D.56/10](#), [D.57/10](#),  
[D.59/10](#), [D.63/10](#), [D.74/10](#), [D.32/11](#), [D.37/11](#), [D.62/11](#), [D.35/12](#), [D.49/12](#),  
[D.43/13](#).

-Los servicios médicos están obligados a prestar una asistencia adecuada y acorde al estado de la Ciencia, pero en ningún caso se les puede exigir un resultado concreto: [D.12/07](#), [D.43/07](#)

-En materia sanitaria, la responsabilidad no surge sin más de la existencia de un daño, sino del incumplimiento de un deber preexistente por parte de la Administración de prestar la debida asistencia sanitaria a un concreto paciente: [D.3/07](#), [D.50/07](#), [D.93/07](#), [D.105/07](#); [D.107/08](#), [D.128/08](#); [D.4/09](#), [D.13/09](#),  
[D.12/09](#), [D.37/09](#), [D.49/09](#), [D.51/09](#), [D.58/09](#), [D.62/09](#), [D.78/09](#), [D.85/09](#),  
[D.90/09](#), [D.1/10](#), [D.7/10](#), [D.22/10](#), [D.24/10](#), [D.27/10](#), [D.37/10](#), [D.41/10](#),  
[D.46/10](#), [D.56/10](#), [D.63/10](#), [D.74/10](#), [D.82/10](#), [D.86/10](#), [D.102/10](#), [D.27/11](#),  
[D.37/11](#), [D.49/11](#), [D.57/11](#), [D.59/11](#), [D.66/11](#), [D.74/11](#), [D.75/11](#), [D.81/11](#),  
[D.84/11](#), [D.10/12](#), [D.15/12](#), [D.41/12](#), [D.48/12](#), [D.55/12](#), [D.57/12](#), [D.11/13](#),  
[D.20/13](#), [D.29/13](#), [D.37/13](#), [D.40/13](#), [D.44/13](#), [D.48/13](#), [D.49/13](#), [D.51/13](#).

-Siendo *de medios y no de resultados* la obligación a cargo de los servicios públicos sanitarios, la producción de un daño, por sí sola, no determinará la

responsabilidad si, por parte de los servicios sanitarios, se prestó la concreta asistencia que el caso demandaba y se pusieron los medios diagnósticos y el tratamiento adecuados, es decir, si la actuación facultativa se ajustó a los criterios de la *lex artis ad hoc*. [D.27/11](#), [D.65/11](#), [D.10/12](#), [D.33/12](#), [D.11/13](#), [D.15/13](#), [D.16/13](#).

-La conducta seguida por los Facultativos con el paciente es una prestación que forma parte del contenido del derecho del paciente a ser atendido por el Servicio sanitario público. [D.79/11](#).

-La existencia en todo caso de una obligación previa a cargo de los Facultativos y, en último término, de la Administración sanitaria por la que actúan, explica que coincidan la doctrina y la jurisprudencia en afirmar que tal obligación es *de medios y no de resultado*, por lo que sólo se incumple aquélla, con la responsabilidad consiguiente, cuando la conducta de prestación del servicios por los Facultativos no resulta conforme a la *lex artis ad hoc* o cuando, aún siéndolo –y habiendo daño–, exceda lo actuado de la legitimación conferida por el propio paciente (*consentimiento informado*) o por la ley (falta objetiva de la situación de *urgencia* requerida). [D.60/11](#), [D.75/11](#), [D.77/11](#), [D.79/11](#), [D.80/11](#), [D.81/11](#), [D.54/12](#), [D.44/13](#), [D.46/13](#).

-La responsabilidad sanitaria no deriva de un funcionamiento de los servicios públicos sanitarios *en abstracto*, es decir, de un deber abstracto de las Administración para con destinatarios genéricos, sino de un daño efectivo que nace del incumplimiento por la Administración sanitaria de una específica *obligación de hacer* de la que es acreedor el paciente, que tiene derecho, no sólo a una genérica y abstracta *atención sanitaria*, sino a las prestaciones concretas que su caso requiera. [D.65/11](#), [D.75/11](#), [D.77/11](#), [D.79/11](#), [D.80/11](#), [D.83/11](#), [D.44/12](#), [D.50/12](#), [D.54/12](#), [D.43/13](#), [D.44/13](#), [D.46/13](#).

-Esta doctrina es aplicable a la Medicina *curativa*, pero no a la *satisfactiva*, que es de resultados, y no de medios: [D.99/04](#) y [D.90/06](#); [D.43/07](#), [D.49/07](#), [D.50/07](#), [D.111/07](#), [D.117/07](#); [D.12/09](#)

-Caso especial de la operación de *vasectomía*: está incluida en la careta de servicios sanitarios públicos, es una operación *de resultado*, pero ello no significa que el resultado satisfactorio (azoospermia total) esté absolutamente garantizado en todos los casos pues, no sólo ha de esperarse un tiempo para comprobarla espermiográficamente, sino que, en ciertos pacientes, es preciso reiterarla y, además, hay ciertos porcentajes de fallo que recoge la literatura médica especializada y puede presentar otros riesgos típicos como la recanalización espontánea y la reaparición espontánea de espermatozoides: [D.149/08](#)

-Inexistencia de ***aseguramiento universal***:

-El sistema de responsabilidad administrativa no es una especie de *seguro a todo riesgo* pues no convierte a la Administración pública en una especie de *Aseguradora universal* de todos los riesgos obligada a garantizar siempre la curación de todos los pacientes frente al carácter enfermable y mortal del ser

humano, por lo que no existe un pretendido derecho a la curación: [D.13/05](#), [D.38/05](#), [D.65/05](#), [D.74/05](#), [D.83/05](#), [D.91/05](#), [D.101/05](#), [D.117/05](#); y [D.16/06](#), [D.42/06](#), [D.77/06](#), [D.90/06](#) y [D.91/06](#); [D.8/07](#), [D.12/07](#), [D.25/07](#), [D.26/07](#), [D.30/07](#), [D.37/07](#), [D.43/07](#), [D.62/07](#), [D.68/07](#), [D.78/07](#), [D.89/07](#), [D.102/07](#), [D.104/07](#), [D.108/07](#), [D.109/07](#), [D.121/07](#), [D.123/07](#), [D.124/07](#); [D.15/08](#), [D.25/08](#), [D.45/08](#), [D.56/08](#), [D.59/08](#), [D.96/08](#), [D.104/08](#), [D.107/08](#), [D.110/08](#), [D.113/08](#), [D.118/08](#), [D.123/08](#), [D.128/08](#), [D.154/08](#); [D.5/09](#), [D.8/09](#), [D.11/09](#), [D.15/09](#), [D.21/09](#), [D.24/09](#), [D.27/09](#), [D.36/09](#), [D.37/09](#), [D.41/09](#), [D.42/09](#), [D.47/09](#), [D.48/09](#), [D.49/09](#), [D.73/09](#), [D.74/09](#), [D.75/09](#), [D.84/09](#), [D.85/09](#), [D.87/09](#), [D.90/09](#), [D.92/09](#), [D.94/09](#), [D.4/10](#), [D.7/10](#), [D.26/10](#), [D.27/10](#), [D.28/10](#), [D.31/10](#), [D.32/10](#), [D.37/10](#), [D.46/10](#), [D.47/10](#), [D.56/10](#), [D.60/10](#), [D.86/10](#), [D.99/10](#), [D.102/10](#), [D.103/10](#), [D.104/10](#), [D.2/11](#), [D.5/11](#), [D.13/11](#), [D.19/11](#), [D.25/11](#), [D.43/11](#), [D.51/11](#), [D.54/11](#), [D.58/11](#), [D.81/11](#), [D.48/12](#), [D.64/12](#), [D.12/13](#), [D.15/13](#), [D.16/13](#), [D.24/13](#), [D.25/13](#), [D.29/13](#), [D.43/13](#), [D.65/13](#).

-Imputación sólo por ***funcionamiento anormal*** del servicio público:

-La Administración sanitaria sólo responde caso de funcionamiento anormal de los servicios públicos objetivado en una infracción de la “*lex artis ad hoc*” o del consentimiento informado: [D.46/05](#), [D.64/05](#), [D.85/05](#), [D.86/05](#) y [D.117/05](#); [D.96/08](#), [D.104/08](#), [D.154/08](#), [D.42/11](#).

-Fundamento de esta limitación en el carácter relativamente “contractual” y no “extracontractual” de la responsabilidad sanitaria:

-La prestación sanitaria de la Administración es una obligación de hacer conectada con el derecho del paciente a ser atendido en la sanidad pública, no sólo en abstracto sino con las prestaciones concretas que su caso requiera: [D.50/07](#), [D.18/10](#), [D.42/11](#), [D.51/11](#), [D.54/11](#), [D.60/11](#), [D.64/12](#).

-La responsabilidad sanitaria presenta dos fuentes: i) en la primera u ordinaria, que cabe calificar de *convenida*, participan los Facultativos que actúan por la Administración sanitaria *proponiendo* al paciente la intervención que estiman requiere su estado de salud (*deber y derecho de información*) y, además, el propio paciente añadiendo a esa propuesta u *oferta* su *aceptación* (*consentimiento informado*); ii) en la segunda o extraordinaria, en cambio, la fuente de la obligación no es *convenida* sino *legal*, pues es la ley la que impone a los Facultativos y demás personal sanitario público la obligación de atender directamente a los pacientes, sin necesidad de consentimiento informado, en los casos en que la atención sanitaria sea *urgente*. De ahí que, por ser *previa*, la obligación de la Administración sanitaria es *de medios y no de resultados* y sólo responde cuando la conducta de sus Facultativos no es conforme a la *lex artis ad hoc* o, aun siéndolo, excede de lo que ha sido autorizado por el paciente al manifestar su *consentimiento informado* o por la ley ante una situación objetiva de *urgencia*. [D.42/11](#), [D.51/11](#), [D.54/11](#), [D.79/11](#), [D.83/11](#).

-Criterio de la inversión del *onus probandi* caso de ***infecciones nosocomiales u hospitalarias***.

-La jurisprudencia relacionada con infecciones nosocomiales (cfr. STS, 3ª, de 13-7-00 y otras de TSJ citadas en el [D.20/13](#)) parece presumir la existencia de una mala praxis, invirtiendo la carga de la prueba al exigir que sea la Administración la que acredite haber extremado las medidas precautorias para impedir la infección. [D.20/13](#).

-La Administración sanitaria debe demostrar que las causas de la infección, de origen hospitalario, eran otras ajenas al campo de su responsabilidad, esto es, al ámbito en el que se desarrolló la prestación del Servicio público sanitario. [D.1/04](#), [D.20/13](#)

-En los casos examinados por la jurisprudencia, no cabía duda alguna del presupuesto fáctico de que se trataba de infecciones contraídas con ocasión de las intervenciones quirúrgicas o en las dependencias hospitalarias. [D.20/13](#).

-No debe operar la inversión de la carga de la prueba en términos absolutos, hasta el punto de suponer prácticamente una presunción *iuris et de iure* el que la infección surgida es imputable a una mala praxis. [D.20/13](#)

-No cabe aplicar esta inversión de la carga de prueba cuando la infección se manifiesta des`pues de un tiempo considerable durante el cual el paciente ha estado fuera de las instalaciones hospitalarias. [D.20/13](#)

-No operando la inversión del *onus probandi*, hay que entender que la actuación de los profesionales sanitarios fue ajustada a la *lex artis ad hoc*, tanto en la intervención quirúrgica como en los procesos pre y postoperatorio, si no se ha acreditado, ni siquiera por vía indiciaria, infracción alguna de aquella *lex*. [D.20/13](#).

-En los casos en que no procede la inversión de la carga de prueba, basta con que la Administración sanitaria acredite la adopción de las medidas precautorias razonablemente exigibles en el tipo de intervención de que se trate ante, el riesgo típico de que en las mismas surja una infección nosocomial. [D.20/13](#).

-Una de las precauciones que exoneran a la Administración sanitaria consiste en que, previamente a la intervención, tal y como recomiendan las Guías clínicas, se administre al paciente tratamiento antibiótico profiláctico, continuando con el mismo tras la intervención de suerte que la cobertura antibiótica cubra un periodo razonable tras el alta hospitalaria. [D.20/13](#)

-Criterio de la *lex artis ad hoc*:

-Ante la inexistencia de criterios normativos para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto, la

jurisprudencia contencioso-administrativa ha recurrido al de la *lex artis ad hoc*: [D.1/07](#), [D.26/07](#), [D.43/07](#); [D.59/08](#)

-La *lex artis ad hoc* es el criterio determinado por el arte y ciencia de la Medicina sobre los medios más adecuados en sustancia, tiempo y forma para diagnosticar, tratar y sanar a un concreto paciente según el estado de los conocimientos científicos y los recursos disponibles en el sistema sanitaria según lo legalmente establecido: [D.28/06](#) y [D.90/06](#)

-La *lex artis ad hoc* es el criterio positivo de imputación objetiva de responsabilidad a la Administración sanitaria consistente en la exigencia de que actúe conforme a los conocimientos, protocolos y técnicas adecuados al caso concreto, empleando los medios más adecuados, en sustancia, tiempo y forma, para diagnosticar, tratar y sanar a un determinado paciente, según según el estado actual de la ciencia al respecto y los protocolos profesionales de actuación: [D.117/05](#); [D.102/08](#); [D.56/09](#), [D.88/09](#), [D.13/11](#), [D.49/11](#), [D.36/12](#), [D.48/13](#).

-La *lex artis ad hoc* implica que la Administración sanitaria ponga los medios necesarios de acuerdo con los protocolos profesionales de actuación: [D.56/09](#)

-La *lex artis*, según la STS, 3ª, de 13 de julio de 2007, es el modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del paciente: [D.128/08](#)

-La *lex artis* constituye el parámetro que permite deslindar aquéllos casos en los que la parte reclamante no debe soportar el daño de aquellos en los que ha de hacerlo. [D.81/11](#).

-Ese criterio de imputación objetiva encuentra un respaldo legal expreso en el art.141.1 inciso segundo LPAC y, como recuerda la STS, 3ª, de 20-11-12, se sustenta “*en la inevitable limitación de la ciencia médica para detectar, conocer con precisión y sanar todos los procesos patológicos que puedan afectar al ser humano*”. Por ello “*la imputación de responsabilidad patrimonial a la Administración por los daños originados en o por las actuaciones del Sistema Sanitario, exige la apreciación de que la lesión resarcible fue debida a la no observancia de la llamada lex artis. O lo que es igual, que tales actuaciones no se ajustaron a las que, según el estado de los conocimientos o de la técnica, eran las científicamente correctas, en general o en una situación concreta.*” [D.44/13](#).

-El cumplimiento de la *lex artis* es independiente de que los resultados no sean los deseados. [D.81/11](#).

-La STS 13-7-07 recuerda que en esta reclamaciones es preciso acudir al criterio de la *lex artis* para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o la vida del enfermo: [D.104/08](#)

-El parámetro de la *lex artis ad hoc*, frente a lo que pudiera parecer, no supone introducir un criterio subjetivo y culpabilístico en el sistema, sino que toma en consideración los protocolos y estándares de actuación objetivos, reconocidos y practicados por el conjunto de la profesión médica en el ejercicio de su actividad de asistencia sanitaria, para cuya comprobación resulta imprescindible la constancia escrita en la historia clínica del paciente: [D.59/08](#); [D.49/09](#)

-La *lex artis ad hoc* comprende, según STS 9-3-98, las técnicas usuales de salud aplicadas con arreglo a la deontología médica y el sentido común humanitario: [D.1/07](#)

-La observancia de la *lex artis* no puede ponderarse con arreglo a la humanamente comprensible *lógica del hombre corriente* sino con criterios médico-científicos objeto de prueba en el expediente. [D.76/10](#).

-No habiéndose llevado a cabo asistencia ni intervención alguna que precisara el consentimiento del paciente o de sus familiares, la eventual responsabilidad de la Administración sanitaria habrá de enjuiciarse exclusivamente a la luz del criterio de la *lex antijartis* para determinar si la misma se ha infringido en la asistencia prestada al paciente. [D.37/11](#).

-La actuación conforme a la *lex artis ad hoc* impide imputar el daño a la Administración; su incumplimiento, en cambio, determina tal imputación: [D.46/06](#), [D.57/06](#) y [D.90/06](#); [D.13/08](#)

-Cuando la actuación médica es conforme a la *lex artis ad hoc*, el daño no es indemnizable: [D.27/06](#)

-Este criterio exige la concurrencia de un doble requisito según el Consejo de Estado: una impericia probada y que la misma sea causante de un daño indemnizable: [D.2/07](#), [D.34/07](#), [D.45/07](#), [D.106/07](#); [D.27/09](#), [D.17/10](#), [D.24/10](#).

-Se añade que esta *lex artis* es “*ad hoc*” porque no atiende a criterios generales sino a las peculiaridades del caso concreto y a la asistencia individualizada que el mismo requiere, según su idiosincrasia y la sintomatología y semiología que el paciente presentaba en el momento de ser atendido: [D.25/07](#), [D.43/07](#); [D.102/08](#); [D.88/09](#).

-En el criterio de la *lex artis ad hoc* deben incluirse las modulaciones que a la conducta de los Facultativos impone la necesidad de respetar los derechos fundamentales, incluyendo el de la libertad religiosa, especialmente cuando existen instrumentos que atienden a la seguridad jurídica en esta materia como el *Protocolo de actuación quirúrgica para los testigos de Jehová* y la convicción de éstos contraria a las transfusiones de sangre. [D.77/11](#).

-Concurre *lex artis ad hoc* cuando la intervención quirúrgica esté indicada en el caso concreto, cuente con consentimiento informado del paciente, se desarrolle sin incidentes desde un punto de vista técnico y las eventuales complicaciones que surjan supongan la materialización de riesgos típicos del procedimiento

que, aunque infrecuentes, estén documentados en la literatura científica y cuya aparición sea imprevisible e inevitable según el estado actual de la ciencia médica. [D.20/13](#).

-En materia sanitaria, se produce una *inversión de la carga de la prueba* ya que es la Administración quien debe probar que ha actuado con arreglo a la *lex artis ad hoc*; pero la carga de la prueba de la impericia médica, y, en su caso, la de contrarrestar o desvirtuar la presentada de contrario por la Administración, recae sobre el reclamante: [D.12/07](#); [D.56/08](#); [D.5/09](#)

-La prueba pericial es la fundamental para apreciar este criterio en cada caso, ya que carecen de eficacia enervante las manifestaciones de parte carente de la cualificación científica precisa para enjuiciar un proceso médico: [D.25/07](#); [D.15/08](#), [D.58/08](#), [D.104/08](#); [D.94/09](#).

-La prueba pericial presentada por la Administración sanitaria es determinante para probar el ajuste de la actuación a la *lex artis ad hoc* cuando el reclamante no ha aportado la suya, aunque fuera por su elevado coste. [D.22/10](#).

-El objeto de la prueba pericial a estos efectos es la valoración científica de si ha habido o no observancia de la *lex artis ad hoc*, no la valoración económica de las lesiones con arreglo al baremo: [D.15/08](#)

-La *lex artis* se cumple aunque se manifiesten ciertos *riesgos típicos* y aunque éstos sean estadísticamente infrecuentes, detectados por la literatura científica como inherentes a la intervención practicada y sobre los que haya recaído consentimiento informado: [D.50/07](#); [D.15/08](#).

-La existencia de riesgos típicos objeto de consentimiento informado no impiden la apreciación de infracción de la *lex artis*, que es un parámetro de imputación diferente. [D.41/12](#), [D.29/13](#).

-La infracción de la *lex artis* debe ser *significativa*, es decir, tener trascendente y *con eficacia causal en el resultado dañoso*, por lo que no cabe apreciarla como criterio de imputación cuando la infracción ha sido intrascendente y sin eficacia causal en dicho resultado dañoso. [D.41/12](#).

-La infracción de la *lex artis* debe ser *probada*, no bastando para ello meras conjeturas y apreciaciones subjetivas carentes de fundamento alguno. [D.41/12](#), [D.48/13](#).

-La falta de titulación en una especialidad médica concreta del Facultativo que atiende al paciente, aunque esté experimentado en ella, puede conllevar una mala praxis médica si el diagnóstico y tratamiento no se ajustan a la *lex artis* y a los protocolos asistenciales prescritos para la enfermedad padecida: [D.112/08](#)

-Sólo la inobservancia de la *lex artis* (impericia) es responsabilizante, por ello la observancia de la *lex artis* implica pericia, no la mejor pericia, y de ahí que la mejor pericia posterior no sea título de imputación. En otras palabras: El hecho de que una intervención posterior en la sanidad privada mejore la situación del

paciente, aunque sin eliminar por completo su patología, acaso demuestre mayor pericia en quien la realizó, pero no revela impericia en quienes llevaron a cabo las intervenciones precedentes, y sólo esto último es capaz de determinar la imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria: [D.10/09](#)

-Puede existir observancia de la *lex artis ad hoc* y, sin embargo, imputación de la responsabilidad administrativa por funcionamiento anormal del servicio público sanitario no asistencial, como es el caso del servicio de vigilancia y seguridad en un Hospital psiquiátrico. [D.13/09](#)

-El Consejo Consultivo es lego en Medicina pero puede sugerir a la Administración y a las partes las disfunciones que aparentemente observe en la praxis médica para que sean valoradas oportunamente mediante los oportunos dictámenes periciales: [D.95/09](#), [D.63/10](#), [D.10/12](#).

-Pueden existir casos en que, habiéndose observado todas las exigencias de la *lex artis ad hoc*, sin embargo se produzcan daños, que no serán indemnizables, por ser de la naturaleza de las cosas la fragilidad inherente al cuerpo humano. [D.45/19](#).

-La *lex artis ad hoc* no sólo es predicable del personal médico sino también del resto del personal sanitario, como las Enfermeras o Auxiliares que han de actuar conforme a sus respectivos protocolos. [D.35/12](#)

-Por grande que sea el daño, de su magnitud por si sola no cabe derivar la responsabilidad patrimonial de la Administración, si no concurre un criterio positivo de imputación de esa responsabilidad, criterio que, tratándose de la sanitaria, no puede ser otro que el de la infracción de la *lex artis ad hoc*. [D.65/13](#).

#### **-Error de diagnóstico:**

-El error de diagnóstico sólo es título de imputación si causa daño y deriva de una infracción de la “*lex artis ad hoc*”: [D.53/05](#) y [D.85/05](#); y [D.31/06](#); [D.45/07](#); [D.56/08](#); [D.4/09](#), [D.21/09](#), [D.49/09](#), [D.50/11](#), [D.52/11](#), [D.60/11](#), [D.81/11](#), [D.13/12](#).

-El error de diagnóstico ha de ser apreciado: i) en el momento en que se produce; ii) con arreglo al contexto y a las circunstancias entonces concurrentes y manifestadas; iii) atendiendo a la sintomatología y semiología que se manifieste en el paciente en el momento de la asistencia; iv) integrando la misma con el resto de actuaciones realizadas por la sanidad pública; v) a la vista de cuanto esté documentado clínicamente; vi) no “*ex post facto*”, especialmente mediante necropsia, autopsia o inspección *post mortem*; y vii) sin dejarse llevar por fáciles evidencias, solo confirmables “*a posteriori*” desde la certeza de los hechos ocurridos, pero de difícil constatación mediante las pruebas realizadas con anterioridad: [D.46/05](#); [D.59/08](#); [D.21/09](#), [D.88/09](#), [D.43/13](#)

-El proceso diagnóstico no es un ejercicio de adivinación sino un ejercicio de deducción a partir de los datos de los que el Médico dispone en el momento de su actuación, no partiendo del conocimiento “*ex post*” de la enfermedad. [D.65/13](#).

-El error de diagnóstico de una enfermedad grave produce al paciente un daño moral indemnizable consistente en la preocupación psicológica sobre cual sería su estado de salud de no haber existido dicho error, independientemente de que el resultado hubiera sido el mismo si el error no se hubiera producido. [D.79/10](#).

-La mera *discrepancia* entre los diagnósticos de la sanidad pública y la privada no implica la imputación de responsabilidad de la primera cuando ésta practica las pruebas pertinentes en función de los padecimientos manifestados ante la misma y aplica los tratamientos correspondientes al estado del paciente en su momento: [D.93/07](#), [D.105/07](#)

-La interpretación errónea de una resonancia magnética puede ser más que un *error de diagnóstico*, lo que en terminos médicos se denomina un “*falso positivo*” que puede presentarse por la propia configuración de la articulación, ligamentos y tendones adyacentes. [D.27/10](#).

-El error en el diagnóstico inicial efectuado en la sanidad pública y detectado luego por una prueba posterior realizada en la sanidad privada no responsabiliza de por sí a la Administración sanitaria si no se tradujo en un daño personal o moral al paciente probado por éste. [D.60/11](#).

-El error en la interpretación de una ecografía ginecológica incumbe a la reclamante que lo afirma. [D.44/12](#).

-Inexistencia de un *deber de soportar el daño*:

-La prestación sanitaria es consecuencia de un deber de la Administración previo e individualizado con respecto a un determinado paciente correlativo al derecho de éste a la protección de su salud y que comprende el de ser informado adecuadamente antes de prestar su consentimiento a una intervención médica: [D.99/04](#); [D.65/05](#), [D.74/05](#), [D.83/05](#), [D.85/05](#), [D.86/05](#) y [D.117/05](#); y [D.31/06](#), [D.46/06](#), [D.57/06](#), [D.83/06](#) y [D.90/06](#); [D.1/07](#), [D.2/07](#), [D.3/07](#), [D.4/07](#), [D.15/07](#), [D.26/07](#), [D.29/07](#), [D.45/07](#), [D.49/07](#), [D.50/07](#), [D.89/07](#), [D.102/07](#), [D.104/07](#), [D.107/07](#), [D.108/07](#), [D.111/07](#), [D.123/07](#); [D.102/08](#), [D.105/08](#), [D.113/08](#), [D.38/10](#), [D.79/10](#).

-En asistencia sanitaria el requisito de la antijuridicidad del daño no tiene un papel relevante pues no existe propiamente deber de soportar el daño sino, en su caso, imposibilidad de imputarlo a una mala práctica de la Administración: [D.99/04](#); [D.55/05](#), [D.65/05](#) y [D.86/05](#); y [D.27/06](#), [D.46/06](#), [D.57/06](#) y [D.83/06](#); [D.1/07](#), [D.3/07](#), [D.4/07](#), [D.26/07](#), [D.49/07](#), [D.50/07](#), [D.89/07](#), [D.102/07](#), [D.104/07](#), [D.108/07](#), [D.111/07](#), [D.117/07](#); [D.15/08](#), [D.16/08](#), [D.25/08](#), [D.45/08](#), [D.58/08](#), [D.59/08](#), [D.104/08](#), [D.110/08](#), [D.128/08](#), [D.17/11](#).

**-Idiosincrasia** o estado previo del paciente como concausa:

-La *idiosincrasia* o situación previa del paciente, especialmente su patología previa, es siempre una *concausa* a estimar, que puede incluso ser la única relevante y exonerar de responsabilidad a la Administración sanitaria: [D.55/05](#), [D.64/05](#), [D.65/05](#) y [D.86/05](#); y [D.46/06](#) y [D.57/06](#); [D.4/07](#), [D.25/07](#), [D.31/07](#), [D.34/07](#), [D.107/07](#), [D.115/07](#), [D.117/07](#); [D.18/08](#), [D.58/08](#), [D.70/08](#), [D.102/08](#), [D.105/08](#), [D.116/08](#); [D.10/09](#), [D.17/09](#), [D.63/09](#), [D.88/09](#), [D.22/10](#), [D.79/10](#), [D.4/11](#), [D.8/11](#), [D.24/11](#), [D.32/11](#), [D.53/11](#), [D.57/11](#), [D.65/11](#), [D.4/12](#), [D.13/12](#), [D.17/12](#), [D.36/12](#), [D.41/12](#), [D.59/12](#), [D.44/13](#).

-La *idiosincrasia* previa del paciente es un criterio negativo de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, que, sin estar expresamente recogido en el ordenamiento jurídico, puede inferirse del sistema de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, como ha sancionado la jurisprudencia y el Consejo de Estado. [D.41/12](#).

-Es relevante para la eficacia de una terapia antibiótica que el paciente sea alérgico a la penicilina. [D.20/13](#).

-La *idiosincrasia* es también relevante a la hora de fijar el importe de la indemnización a percibir, pues ésta ha de tener en cuenta el estado físico del paciente, anterior a los hechos que motivan su reclamación. [D.65/11](#), [D.4/12](#), [D.13/12](#), [D.36/12](#), [D.24/13](#).

**-Doctrina de la *naturaleza de las cosas y la fragilidad del cuerpo humano*:**

-Pueden existir casos en que, habiéndose observado todas las exigencias de la *lex artis ad hoc*, sin embargo se produzcan daños, que no serán indemnizables, por ser de la naturaleza de las cosas la fragilidad inherente al cuerpo humano. [D.45/19](#).

**-Doctrina de la *pérdida de oportunidades terapéuticas*:**

-Esta doctrina (mantenida por SSTS, 1ª, de 10-10-98, 25-9-99, y 27-5-03; y 3ª, de 17-1-97 y 18-10-05, así como SSAN, 4ª, de 29-10 y 4, 5 y 19-11-03, entre otras), imputa a los servicios públicos sanitarios el daño moral derivado de la no realización de alguna prueba o revisión diagnóstica, daño consistente en la posibilidad de haberse curado o, al menos, de haber acertado la enfermedad, prolongado la vida o haber evitado un continuo peregrinaje hospitalario: [D.102/08](#), [D.110/08](#), [D.36/12](#)

-Para que pueda apreciarse daño moral por pérdida de oportunidades terapéuticas es preciso que concurren dos condiciones: i) que el personal sanitario haya infringido la *lex artis ad hoc*; y ii) que esa disconformidad con la *lex artis ad hoc* tenga relación de causalidad con el daño moral producido. [D.36/11](#), [D.54/13](#).

-En la pérdida de oportunidades, según la STS 3ª de 2/02/12, hay una cierta pérdida de alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. [D.38/12](#).

-Según la jurisprudencia, en los casos de pérdida de oportunidades terapéuticas, el *quantum* indemnizatorio debe efectuarse sobre el porcentaje de supervivencia que llevaría aparejada, en su caso, una actuación totalmente ajustada a la *lex artis ad hoc*, si bien la fijación de dicho porcentaje es pericial y puede ser ponderada por el Consejo: [D.36/10](#), [D.38/12](#).

-En la pérdida de oportunidades terapéuticas no se debe acudir sin más al baremo de la ley de tráfico para estimar los días de retraso en los que el paciente careció del diagnóstico y tratamiento correcto pues hay que ponderar un porcentaje de incertidumbre sobre el posible resultado resarcitorio según las circunstancias del caso. [D.38/12](#).

-Si no existió una correcta información sobre el tratamiento, se sufre, en todo caso, el daño moral de la pérdida de oportunidad de haber aceptado o rechazado dicho tratamiento, contando con una información más completa acerca de los efectos secundarios del mismo. [D.24/13](#).

-Hay pérdida de oportunidades terapéuticas en un paciente que fallece por infarto agudo de miocardio tras ser correctamente atendido tras su traslado al Hospital, pero que no recibió una atención médica temprana por estar cerrado, sin explicación de la causa, el Centro de Salud de su municipio, al que se dirigió inicialmente y no funcionar el teléfono móvil del Médico de guardia, aunque en el caso se estimó prescripción de la acción. [D.74/11](#).

-Hay pérdida de oportunidad terapéutica en un paciente diagnosticado de carcinoma vesical por el Servicio de Urología y que no es derivado pronto al Oncología ya que se biopsia una zona que no permite apreciar las metástasis que luego se objetivaron y provocaron el fallecimiento, siendo indemnizable el daño moral causado a su hermana por dicha pérdida de oportunidad. [D.34/12](#).

-Hay pérdida de oportunidad terapéutica en el caso de un paciente que fallece de sepsis por retraso en el diagnóstico y en tratamiento antibiótico post-quirúrgico. [D.29/13](#).

-Hay pérdida de oportunidad terapéutica por error y retraso en el diagnóstico de una paciente diagnosticada de cervico-braquialgia contractural que resulta ser una miobrositis agresiva que obligó a la amputación del brazo derecho. [D.37/13](#).

-La indemnización del daño moral por pérdida de oportunidad terapéutica ha de moderarse en función de las dudas periciales sobre la evitabilidad o no de la secuelas. [D.37/13](#)

-No hay pérdida de oportunidades terapéuticas cuando las pruebas diagnósticas omitidas carezcan de valor predictivo para un diagnóstico precoz. [D.37/11](#).

-No existe pérdida de oportunidades terapéuticas cuando ha existido continuidad asistencial sin periodos entre lesión, diagnóstico y el tratamiento correcto. [D.81/11](#).

-No existe pérdida de oportunidad terapéutica cuando el retraso en realizar una prueba diagnóstica se explica por el estado del paciente o no tiene relevancia en su evolución general. [D.33/12](#).

-No hay pérdida de oportunidades terapéuticas cuando el propio paciente provoca de forma voluntaria una ruptura del protocolo diagnóstico no acudiendo a la práctica de una prueba procedente programada. [D.36/12](#).

-No hay pérdida de oportunidad terapéutica cuando el retraso en la práctica de una prueba diagnóstica es mínimo y no haya influido ni en la curación ni en la mejora o prolongación de la vida del paciente pues el resultado hubiera sido el mismo. [D.36/12](#).

-No hay pérdida de oportunidad terapéutica cuando el resultado dañoso se explica exclusivamente por la grave patología sufrida por el paciente. [D.36/12](#).

-No hay pérdida de oportunidad terapéutica en un mero retraso de una semana en una cita clínica cuando el mismo no ha tenido eficacia causal alguna en el resultado dañoso, máxime cuando el propio paciente lo imputa a una actuación médica distinta. [D.41/12](#).

-No debe confundirse la pérdida de oportunidad terapéutica con la pérdida de oportunidad probatoria (que también es indemnizable), ésta última sucede, p.e, cuando la Administración sanitaria no ha dejado constancia documental de las asistencias recibidas por el reclamante en la historia clínica, lo que supone un funcionamiento anormal que ha producido realmente al reclamante una pérdida de oportunidad, si bien no de tipo sanitario sino probatorio, pues para ser también de tipo sanitario habría que probar que hubo un retraso en el diagnóstico productor de daño. [D.46/13](#).

-Procede indemnizar cuando el daño apreciable no es tanto una pérdida de oportunidad sanitaria sino de carácter probatorio, por un mal funcionamiento de los aspectos burocráticos de la Administración sanitaria, que ha impedido al reclamante una correcta práctica de la prueba. [D.46/13](#).

-En caso de deficiencias físicas presentadas por un niño al nacer, no causadas por la Administración sanitaria, el daño, en su caso, resarcible ha de limitarse al moral, concretado en la pérdida de oportunidad de haber podido practicar un aborto terapéutico en caso de haberse conocido la malformación que padecía el feto, pero sólo cuando ésta fuere de las incluíbles en el supuesto legal correspondiente de despenalización del aborto (ya que, de lo contrario, se trataría de un ilícito penal) y sin que la valoración de dicho daño moral pueda extenderse a la valoración de las malformaciones apreciadas o del coste de sus tratamientos y secuelas. [D.54/13](#).

-No cabe apreciar pérdida de oportunidad en no haber podido practicar un aborto cuando la alternativa por la que hubieran podido optar los padres, caso de conocer la malformación que presentaba el feto, constituiría un ilícito penal, pues las deficiencias que presentó el niño no eran de las que, según el art. 15-b) y c) de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, despenalizan el aborto en caso de riesgo de graves anomalías en el feto o anomalías fetales incompatibles con la vida. [D.54/13](#).

#### **-Criterio del “estado de la ciencia”.**

-Los servicios médicos están obligados a prestar una asistencia adecuada y acorde al estado de la Ciencia, pero en ningún caso se les puede exigir un resultado concreto: [D.12/07](#), [D.43/07](#).

-Hepatitis C contagiada por transfusión hospitalaria en 1983 cuando el estado de la Ciencia no permitía aislar el virus correspondiente. [D.25/07](#)

-Vitíligo, el estado de la ciencia en 2012 no permite determinar que esta afección dermatológica pueda derivar de un tratamiento con corticoides. [D.64/12](#).

-El criterio del estado de la ciencia impide, en ausencia de prueba de otras causas, determinar un criterio positivo de imputación en el que apoyar la responsabilidad reclamada. [D.64/12](#)

-El estado actual de la ciencia médica es criterio para ponderar si las complicaciones derivadas de un acto quirúrgico constituyen riesgos típicos que, aunque infrecuentes, estén documentados en la literatura científica y cuya aparición sea imprevisible e inevitable. [D.20/13](#)

#### **-Derecho a solicitar una *segunda opinión médica*:**

-El paciente tiene derecho a pedir y obtener gratuitamente una segunda opinión médica en el servicio sanitario público (no en la sanidad privada) normalmente en una Administración sanitaria distinta a la que le atiende; en tal caso el Facultativo que la emite se comporta como un perito ajeno a la Administración sanitaria que atiende al paciente y actúa a instancia de y por cuenta de ésta última, a la que corresponde poner los medios precisos para asegurar la real repercusión del ejercicio de este derecho en la atención sanitaria al paciente, haciendo constar la segunda opinión médica en la historia clínica y actuando en consecuencia conforme a la *lex artis ad hoc*: [D.105/08](#).

-El derecho a una segunda opinión médica se reconoce sólo para pedirla en el sistema sanitario público, no en la sanidad privada. [D.105/08](#), [D.60/11](#)

-El derecho del *paciente* a su *autonomía personal* y la exigencia del *consentimiento informado*:

-Base legal: la obligación de información derivada de lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente; y, por lo que respecta a la CAR, por la Ley riojana 2/2002, de 17 de abril, que también recoge el derecho del paciente a ser informado sobre su estado de salud, en su artículo 6. : [D.50/07](#), [D.18/10](#), [D.24/13](#).

-El criterio del consentimiento informado tiene su génesis en el Derecho privado y equivale a una cláusula voluntaria y genérica de exoneración de responsabilidad aceptada por el paciente que opera como criterio negativo de imputación objetiva cuando se ha realizado por la Administración sanitaria con los requisitos legales. [D.18/10](#), [D.24/13](#).

-Actualmente, dicha información es necesaria para toda actuación en el ámbito de la sanidad que, por lo tanto, comprende toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación. [D.24/13](#)

-El paciente tiene derecho a que se le de, en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; y esto no ha ocurrido de manera adecuada en este caso. [D.24/13](#)

-El consentimiento informado tiene por objeto que el paciente conozca la enfermedad que padece, las diferentes posibilidades de tratamiento, así como las complicaciones que pueden surgir, con el fin de tener a su disposición toda la información posible y así tomar la decisión de consentir o no un determinado tratamiento. [D.103/10](#).

-No pueden ser soslayadas, en su caso, las consecuencias del ejercicio de la *autonomía personal* del paciente (art. 2.1. de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica): [D.56/09](#)

-La *autonomía personal* del paciente ampara la renuncia, consciente e informada, a seguir el tratamiento prescrito, especialmente si éste es contrario a la dignidad humana: [D.56/09](#)

-El *documento de alta hospitalaria* constituye un trámite para dejar constancia de que el paciente no acepta el tratamiento que se le propone, pero no requiere necesariamente ser firmado por éste, pues el personal sanitario no puede obligarle a permanecer ingresado contra su voluntad y, si el paciente se niega a firmarla, la firmará la dirección del centro, a propuesta del médico correspondiente, disponiendo el alta forzosa (cfr. art. 21.1 Ley 41/02): [D.56/09](#)

-Esta exigencia legal no es una restricción, sino una ampliación de la responsabilidad administrativa pues a la obligación de atender al paciente se une la de informarle debidamente: [D.46/06](#); [D.4/07](#), [D.50/07](#), [D.89/07](#), [D.108/07](#)

-La adecuada prestación asistencia incluye tanto la observancia de la *lex artis ad hoc* como del *consentimiento informado* cuya falta o insuficiencia constituye mala praxis ad hoc, aunque no implique un acto médico posterior lesivo (STS 26-3-02 -de unificación de doctrina-, 26-2-04 y 4-4-06): [D.29/07](#), [D.34/07](#); [D.5/09](#)

-El consentimiento informado no obliga al paciente a asumir cualesquiera riesgos derivados de una prestación asistencial inadecuada (STS 3ª 10-10-00): [D.58/03](#), [D.12/04](#), [D.4/07](#) y [D.34/07](#)

-El consentimiento informado no es una causa de exoneración por sí mismo, ni constituye una especie de salvoconducto para el Facultativo (de manera que, producido cualquier riesgo contenido en el mismo, ello ya sea suficiente para desestimar la existencia de responsabilidad patrimonial) puesto que el Facultativo, en todo caso, ha de actuar conforme a la *lex artis ad hoc* y acreditarse que el riesgo típico no se ha producido como consecuencia de una defectuosa atención prestada: [D.89/07](#), [D.108/07](#), [D.103/10](#), [D.75/11](#), [D.54/12](#), [D.29/13](#), [D.48/13](#)

-El consentimiento informado debe ser expresado por *escrito*, salvo casos de urgencia vital o incapacidad del paciente: [D.17/09](#), [D.45/10](#).

-El consentimiento informado no es preciso en caso de atención a un menor en caso de *urgencia vital*. [D.45/10](#).

-El consentimiento informado, en determinados casos y habida cuenta de las circunstancias concurrentes, puede ser expresado en forma *verbal*, pues lo fundamental es que la información exista, sea clara, detallada, comprensible y completa, de manera que permita al paciente tomar la decisión de someterse al tratamiento con toda la información posible, por lo que la inexistencia del consentimiento por escrito en tales casos lo único que opera es un traslado de la carga de prueba de la existencia del mismo a la Administración, prueba que concurre si las manifestaciones obrantes en el expediente sobre el consentimiento informado y sus circunstancias no son contradichas por el reclamante. [D.157/08](#), [D.17/09](#), [D.18/09](#), [D.58/09](#), [D.75/09](#), [D.67/10](#), [D.86/10](#), [D.59/12](#).

-El consentimiento informado debe estar *firmado* por el paciente y no sólo por el facultativo: [D.24/09](#), [D.74/10](#)

-El consentimiento informado debe estar *fehchado* y no ser firmado sin fecha: [D.24/09](#)

-El consentimiento informado es preciso para una intervención quirúrgica o tratamiento arriesgado o agresivo, pero no para informar al paciente sobre su

estado de salud y para la propuesta terapéutica planteada, sobre todo cuando se trata de una medicación ordinaria por vía oral que es aceptada por el paciente: [D.58/09](#), [D.75/09](#)

-El consentimiento puede ser *tácito* ex STS 3-10-00 y TSJR 30-1-07: [D.157/08](#)

-El consentimiento puede ser *implícito* cuando, las circunstancias del caso concreto revelen que se dio de forma verbal y suficiente sin afectar al derecho de autodeterminación del paciente: [D.17/09](#) (caso de un paciente con artrosis en ambas manos que, habiendo consentido por escrito la intervención en una, consiente verbalmente en la mesa de operaciones a ser intervenido antes de la otra que le molesta más, resultando a la postre ambas intervenciones satisfactorias).

-El consentimiento informado debe ser *específico* para la intervención concreta que se vaya a practicar, no pudiendo aplicarse a la misma el consentimiento firmado en mismo día para otra o para la inclusión de la operación en el sistema de programación quirúrgica del centro sanitario: [D.5/09](#), [D.24/09](#)

-El consentimiento informado *para una segunda operación* sobre la misma dolencia no supe la falta del mismo en la primera. [D.97/09](#).

-No obstante, el consentimiento informado *para un parto*, en el que se advierte de una *posible cesárea de urgencia* con sus correspondientes riesgos típicos, basta para la practica de ésta última en caso de urgencia, como es el de posible sufrimiento de un feto de gran tamaño, pero no supe una posible mala praxis en la practica de ésta ni en el tratamiento ulterior de los riesgos típicos que se hubieren actualizado, como es uan fístula vesico-uterina, aunque en el caso concreto no se probó nada en ese sentido. [D.16/13](#).

-Si el consentimiento informado se presta *en documento normalizado*, deben rellenarse las líneas en blanco para que sea específicamente referido al caso ya que no valen expresiones meramente genéricas: [D.24/09](#)

-Si el consentimiento informado es *genérico*, se desplaza sobre la Administración la carga de probar que el paciente fue *verbal y suficientemente* informado de los riesgos y alternativas de la intervención propuesta: [D.24/09](#).

-El consentimiento informado debe ser obtenido tras explicaciones *en términos comprensibles para el paciente* dadas sus circunstancias de edad, nivel cultural, etc. [D.18/10](#).

-El consentimiento prestado para la inclusión en una *lista de espera quirúrgica* no supe al preciso para la intervención que ha de practicarse ( [D.18/10](#) ), salvo que se pruebe que éste último se ha practicado verbalmente y, tras ello, se firmó la inclusión en la lista de espera ( [D.86/10](#)), [D.18/10](#), [D.86/10](#), [D.21/11](#).

-El consentimiento prestado *para la anestesia* puede implicar el consentimiento para la operación en sí, si se prueba que el paciente fue informado al respecto,

habida cuenta de la íntima conexión entre ambos aspectos que ha señalado la jurisprudencia (SAN 4ª 17-12-03 y SJCA 2 Pamplona 22-3-04). [D.86/10](#), [D.21/11](#).

-El consentimiento informado puede *presumirse* cuando el esposo de la paciente es Médico y compañero en el mismo Centro sanitario del Especialista que la trata, el cual asiste además a la intervención que es practicada por otro compañero más especializado en la cirugía que la dolencia requiere. [D.86/10](#)

-No puede exigirse al paciente que pruebe la existencia de un consentimiento informado cuya existencia la Administración no ha probado, pues ello sería exigir al paciente una *probatio diabólica* al versar sobre un hecho negativo. [D.18/10](#).

-La aportación al expediente de *modelos normalizados* de consentimiento informado elaborados por la Sociedad médica de la especialidad correspondiente no puede suplir la ausencia de consentimiento firmado por el paciente, pero sí puede probar que determinada consecuencia no es reputada *riesgo típico* de una intervención. [D.18/10](#).

-La utilización para el consentimiento informado de un *modelo normalizado* impreso con el contenido general propuesto por la Sociedad médica de la especialidad correspondiente puede contener información suficiente para un caso concreto si éste encaja en las previsiones generales. [D.32/11](#)

-Si el consentimiento informado es *insuficiente*, se priva al paciente de la posibilidad de ponderar los riesgos y de sustraerse al tratamiento ofrecido, impidiéndole ejercer su facultad de autodeterminación: [D.24/09](#).

-El consentimiento informado es suficiente cuando el paciente lo ha firmado por escrito, consta en el documento que se le han explicado los riesgos de la intervención y el paciente o sus familiares han tenido tiempo suficiente para comprender y expresar las dudas o aclaraciones pertinentes. [D.41/12](#)

-El consentimiento informado es también necesario para intervenciones de *cirugía menor*. [D.5/09](#)

-No es preciso para *operaciones mínimas* como punciones evacuatorias o infiltraciones. [D.86/10](#).

-El consentimiento informado debe comprender la explicación de por qué no se realizan conjuntamente dos intervenciones que parecen relacionadas: [D.5/09](#) (en el caso, un dedo en martillo y otro con *halus valgus*).

-Es un requisito cuya falta puede apreciarse aunque se haya intervenido con arreglo a la *lex artis ad hoc*: [D.89/07](#)

-La *lex artis* no solo comprende las actuaciones que sean conformes con las reglas de la profesión médica sino también el deber de informar al paciente de los riesgos derivados de las mismas: [D.157/08](#)

-Debe incluir los *riesgos típicos*: [D.90/06](#), [D.51/09](#), [D.90/09](#).

-Incluye la finalidad y naturaleza de cada intervención, sus riesgos y consecuencias y demás contenidos establecidos en la Ley 41/02, de autonomía del paciente; además los beneficios que se esperan de la actuación médica propuesta y sus alternativas y eventuales riesgos y consecuencias de su rechazo (STS 1ª de 16-12-97) y los riesgos normales y los especiales relacionados con el estado del paciente concreto; también las contraindicaciones: [D.34/07](#); [D.24/09](#)

-No es preciso que recoja todas las posibles incidencias incluso las *excepcionales* de muy escasa incidencia, ya que no se trata de informar más allá de lo razonable, especialmente cuando la idiosincrasia del paciente permite presumir que las habría asumido: [D.58/08](#).

-No es preciso el consentimiento informado para *técnicas no invasivas susceptibles de autoadministración*, como la aplicación de un enema. [D.7/10](#).

-No es preciso para la extracción de un tapón de cerumen del oído. [D.57/11](#).

-El consentimiento puede ser *revocado* por el opaciente en cualquier momento, incluso dentro del quirófano. [D.74/10](#).

-La ausencia de consentimiento informado es indemnizable, pero no como daño material sino moral, según la jurisprudencia: [D.63/08](#); [D.97/09](#)

-Ha existido consentimiento informado cuando el Médico informó personalmente al paciente de la operación y sus riesgos, y en concreto del que luego se materializó, y le dejó el documento que el paciente firmó al día siguiente, aunque inadvertidamente se omitiese luego la firma del Médico, defecto que no es invalidante: [D.128/08](#)

-La falta de o el defecto en el consentimiento informado determina sólo el daño moral consistente en haber impedido la facultad de autodeterminación del paciente en cuanto a no haber podido ponderar el mismo los riesgos y la posibilidad de sustraerse al tratamiento ofrecido: [D.63/08](#), [D.128/08](#), [D.97/09](#), [D.10/12](#).

-El daño moral que determina la falta de consentimiento informado es perfectamente indemnizable, pero sin que la indemnización pueda alcanzar al daño físico, por cuanto no puede imputarse éste causalmente a la mera falta de información; para la imputación de responsabilidad por daños físicos habrá que atender a otro criterio de imputación, como el de la inobservancia de la *lex artis ad hoc*. [D.10/12](#).

-El importe de la indemnización procedente por falta o defecto de consentimiento informado es de fijación prudencial: [D.5/09](#)

-La responsabilidad por falta de o defecto en el consentimiento informado no alcanza a las secuelas salvo que estén causalmente ligadas a la falta o defecto de consentimiento o, pasando a otro parámetro de imputación, a mala praxis. [D.128/08](#)

-No se puede obligar al paciente a probar el hecho negativo consistente en ignorar el riesgo de una complicación post-operatoria, pues es la Administración quien debe probar que le ha proporcionado información suficiente de los riesgos para que el consentimiento prestado tenga plena eficacia: [D.24/09](#).

-La capacitación del Facultativo interviniente se presume por su titulación oficial en la especialidad correspondiente y su inclusión en el cuadro médico del Centro sanitario concertado y no es preciso que figure en el consentimiento informado. [D.17/10](#).

-La dotación de los medios asistenciales suficientes para practicar la intervención propuesta en el Centro sanitario concertado correspondiente se presume y no es preciso que figure en el consentimiento informado. [D.17/10](#).

-El consentimiento de la paciente a ser intervenida en el Centro concertado propuesto se presume y no es preciso que figure en el consentimiento informado. [D.17/10](#).

-No se invade la intimidad de la paciente por el hecho de compartir habitación hospitalaria con otros pacientes a los que visitan sus familiares, cuando no se ha probado que la intervención asistencial (ventaje de compresión) se llevara a cabo en presencia de familiares de otros pacientes: [D.17/10](#).

-El consentimiento informado para una *anestesia local* no impide la aplicación posterior en el quirófano de la *anestesia total* cuando el Anestesta, a quien compete la responsabilidad de decidir ese cambio, así lo determine, teniendo en cuenta las indicaciones del Cirujano. [D.74/10](#)

-El consentimiento informado *se presta a la intervención, no al operador*, por eso no implica la obligación de ser intervenido por un determinado Cirujano, pues, en el sistema de sanidad pública, un Cirujano concreto puede ser sustituido por otro si existen necesidades del servicio que así lo aconsejan, teniendo en cuenta además que el paciente puede consentir una posposición de fechas propuesta por el Cirujano y que el consentimiento puede ser revocado por el paciente en cualquier momento, incluso dentro del quirófano. [D.74/10](#), [D.86/10](#).

-El paciente no tiene derecho a que las pruebas diagnósticas no se las realice un Médico Interno Residente (MIR) ni la intervención de éste es conducta susceptible de causar daño, ni siquiera moral, pues, de aceptarse una indemnización por tal causa, se estaría en cuestión todo el sistema de formación y especialización de los Médicos españoles que se consigue precisamente a lo largo de un periodo de residencia, máxime cuando, en el

caso, el MIR actuó bajo la supervisión del correspondiente Médico Adjunto que también realizó la prueba. [D.2/11](#).

-La *prueba* del consentimiento informado incumbe a la Administración sanitaria. [D.103/10](#), [D.21/11](#).

-El documento firmado por la paciente hace prueba contra las manifestaciones de la misma en contra. [D.104/10](#).

-La exigencia de forma escrita para el consentimiento informado tiene la consecuencia de invertir la carga de la prueba, de suerte que, caso de no existir el documento firmado por el paciente, será la Administración quien haya de acreditar que ha proporcionado a éste toda la información necesaria para que, libremente conocedor de las ventajas e inconvenientes, adopte su decisión. [D.86/10](#), [D.21/11](#).

-En caso de urgencia vital sobrevenida en el transcurso de la operación no es preciso el consentimiento informado por ser legalmente obligado intartar la salvación del paciente. [D.42/11](#).

-La urgencia puede justificar la ausencia de consentimiento informado, especialmente si se informó verbalmente a los familiares. [D.29/13](#).

-No es exigible para atenciones ambulatorias realizadas en España, seguidas de una intervención quirúrgica practicada fuera de España y al margen del sistema español de salud. [D.37/13](#).

-Criterio de los *riesgos típicos*.

-La *lex artis* se cumple aunque se manifiesten ciertos *riesgos típicos* y aunque éstos sean estadísticamente infrecuentes, detectados por la literatura científica como inherentes a la intervención practicada y sobre los que haya recaído consentimiento informado: D.50//07; [D.15/08](#)

-El consentimiento informado debe incluir los *riesgos típicos* asociados a la intervención o tratamiento: [D.16/09](#), [D.90/09](#).

-Los riesgos típicos objeto de consentimiento informado excluyen la responsabilidad patrimonial de la Administración, salvo que haya habido infracción de la *lex artis ad hoc* que es un parámetro diferente de imputación. [D.41/12](#), [D.29/13](#).

-La aportación al expediente de *modelos normalizados* de consentimiento informado elaborados por la Sociedad médica de la especialidad correspondiente no puede suplir la ausencia de consentimiento firmado por el paciente, pero sí puede probar que determinada consecuencia no es reputada *riesgo típico* de una intervención. [D.18/10](#).

-Los riesgos típicos exonerantes son las eventuales complicaciones derivadas de un acto médico que, amparadas por el consentimiento informado y aunque sean infrecuentes, estén documentados en la literatura científica y cuya aparición sea imprevisible e inevitable según el estado actual de la ciencia médica. [D.20/13](#)

-Es *riesgo típico* la recanalización espontánea tras una vasectomía: [D.90/06](#)

-Es *riesgo típico* la pérdida fetal tras una amniocentesis: [D.16/09](#)

-Es *riesgo típico* la persistencia de restos puerperales tras un parto fórceps: [D.90/09](#)

-Es *riesgo típico* la persistencia de restos fetales tras un legrado: [D.16/09](#)

-Es *riesgo típico* la persistencia de restos placentarios tras un parto: [D.64/10](#).

-Es *riesgo típico* la persistencia de dolor y la recurrencia de la patología tras una realineación de Lelieve para corregir una metatarsalgia: [D.24/09](#)

-Es *riesgo típico* la endoftalmitis aguda tras operación de cataratas: [D.27/09](#)

-Es *riesgo típico* la rotura vesical tras histerectomía: [D.72/09](#), [D.54/12](#)

-Es *riesgo típico* la secuela de paraplejia tras una laminectomía y disectomía por hernia discal. [D.49/09](#)

-Es *riesgo típico* la recanalización espontánea tras vasectomía: [D.90/06](#)

-Es *riesgo típico* una fistula biliar tras colecistectomía laparoscópica, pero *no lo es* la estenosis del conducto hepatocolédoco por sutura quirúrgica al cerrar dicha fistula: [D.51/09](#)

-Es *riesgo típico* el retardo en la consolidación de las fracturas de muñeca escayoladas según la edad del paciente: [D.92/09](#)

-Es *riesgo típico* indeseable pero frecuente en pacientes de edad avanzada la distrofia simpático refleja (Südeck), residual a la reducción con escayola de una fractura de muñeca: [D.92/09](#)

-Es *riesgo típico* la limitación del 45% en la flexión palmar y dorsal tras una reducción con escayola de una fractura de muñeca en paciente de edad avanzada: [D.92/09](#)

-Es *riesgo típico* en la cirugía percutánea la limitación de movimiento de la articulación metatarso-falángica, las molestias residuales e incluso la necesidad de una nueva intervención quirúrgica. [D.74/10](#).

-Es *riesgo típico* la aparición de un síndrome de cola de caballo tras una intervención de discos intervertebrales. [D.94/09](#)

-Es *riesgo típico* la aparición de edemas tras las fracturas que obligan a abrir la escayola de inmovilización para evitar la compresión del yeso: [D.95/09](#)

-Es *riesgo típico* el pseudoaneurisma femoral tras un cateterismo. [D.17/10](#)

-Es *riesgo típico* la aparición de fístulas intestinales que pueden provocar peritonitis tras una cistectomía radical con derivación urinaria mediante ureteroileostomía tipo Bircker. [D.24/10](#).

-Es *riesgo típico* de la gonartrosis intervenida con artroscopia cierta artrosis residual de la cavidad intervenida. [D.26/10](#).

-Es *riesgo típico* el dolor testicular tras una vasectomía. [D.56/10](#), [D.67/10](#).

-Es *riesgo típico* la cojera tras la colocación de una prótesis de cadera a un paciente con coxartrosis. [D.82/10](#).

-Es *riesgo típico* la persistencia de metatarsalgia tras una intervención quirúrgica en el pie para tratar de evitarla. [D.101/10](#).

-Es *riesgo típico* que se extravase un reservorio quimioterápico. [D.26/10](#).

-Es *riesgo típico* la rotula de la cápsula posterior del cristalino en una operación de cataratas. [D.32/11](#).

-Es *riesgo típico* la perforación vesical tras laparotomía o laparoscopia tras extracción de un DIU. [D.51/11](#).

-Es *riesgo típico* la insuficiencia cardíaca y la mediastinitis con dehiscencia esternal tras una intervención quirúrgica cardíaca para sustitución de la válvula mitral por una prótesis mecánica bivalva. [D.62/11](#).

-Es *riesgo típico* el edema cerebral y la paresia de extremidades tras una craneotomía para el clipaje de un aneurisma de arteria cerebral. [D.63/11](#).

-Es *riesgo típico* la neuropatía isquémica del nervio óptico derivada de eventos vasculares por hemorragia endonasal producida durante una cirugía endoscópica de senos paranasales. [D.75/11](#).

-Son *riesgos típicos* de la cirugía de las metatarsalgias, la recidiva de la deformidad, la limitación del movimiento articular y otras molestias residuales que puedan requerir tratamiento ortopédico o incluso una segunda intervención quirúrgica. [D.79/11](#).

-Es *riesgo típico* de una colecistectomía laparoscópica la fístula biliar y complicaciones subsiguientes a ella. [D.83/11](#), [D.20/12](#).

-Es *riesgo típico* de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), la perforación del duodeno y la pancreatitis aguda. [D.41/12](#).

-Es *riesgo típico* el accidente cerebro vascular y sus secuelas neurológicas y motoras tras la reiteración de una ligadura arterial o una angiografía con embolización de una arteria sangrante en una hemorragia incoercible por otros medios de la cualificación. [D.10/12](#).

-Es *riesgo típico* la lesión de nervios adyacentes en una intervención quirúrgica de traumatología del brazo: [D.11/12](#).

-Son *riesgos típicos* de la histerectomía laparoscópica con salpinguectomía, por este orden, las infecciones, las hemorragias, las lesiones y las fistulas vesicales, uretrales, uretrales e intestinales. [D.54/12](#).

-Es *riesgo típico* de la evolución de una cardiopatía isquémica correctamente diagnosticada y tratada, la muerte súbita. [D.55/12](#).

-Es *riesgo típico* de una intervención oftalmológica de pterigión la infección y la úlcera corneal. [D.11/13](#).

-Es *riesgo típico* de una cesárea de urgencia la fistula vesico-uterina. [D.16/13](#).

-Es *riesgo típico* primero de una artropasia y meniscectomía de rodilla el aflojamiento aséptico, de la origen no infeccioso, de la prótesis implantada. [D.20/13](#)

-Es *riesgo típico* segundo de una artropasia y meniscectomía de rodilla la infección del implante de la prótesis. Dicha infección es más frecuente en las prótesis de rodilla (donde su frecuencia llega al 5%) que en las de cadera, probablemente porque la cadera tiene una mejor vascularización y una mejor protección de las partes blandas. La cifra de infecciones ha disminuido en los últimos años, pero el mecanismo específico de por qué un paciente se infecta y otro no, y la causa exacta de la infección en una situación determinada, son todavía asuntos desconocidos y, siendo así, cabe considerar acertada la afirmación de que la infección, tratándose de una artroplastia de rodilla, constituye una complicación imprevisible e inevitable en el estado actual de la ciencia médica. [D.20/13](#).

-Es *riesgo típico* de una segunda operación de recambio de prótesis de rodilla la secuela de cuadro de dolor periarticular con cierta limitación en la flexión de la rodilla. [D.20/12](#)

-Es *riesgo típico* de una reducción de estómago (gastroplasia con derivación biliopancreática, tipo Merceau), las infecciones, el derrame pleural, el *shock* séptico de origen abdominal, y la posibilidad de una ulterior reintervención de urgencia, con riesgo de mortalidad. [D.44/13](#).

-Es *riesgo típico* de la artroscopia para resección de un osículo, la rotura de los tendones extensores de la mano. [D.48/13](#).

-Es *riesgo típico* de la cirugía de reparación tendones de la mano que las suturas quirúrgicas tendinosas coincidan con zonas dolorosas y haya que retirarlas luego. [D.48/13](#).

-Es *riesgo típico* -muy frecuente y actualmente irresoluble- de la cirugía de nervios periféricos, como hernias discales o el síndrome del tunel carpiano y, en concreto, de la intervención quirúrgica de la tenosinovitis estenosante de De Quervain en una mano, el dolor neuropático y la atrofia de la mano por atrapamiento de cicatriz fibrosa, especialmente en pacientes productores de colágeno.

- Criterios de la constancia en la *historia clínica* y de la relevancia de ésta.
  - Las patologías previas del paciente deben constar en su historia clínica: [D.65/05](#)
  - Los parámetros para evaluación de la observancia de la *lex artis ad hoc* deben constar por escrito en la historia clínica para poder ser comprobados: [D.59/98](#)
  - La segunda opinión médica recabada en el sistema público debe constar en la historia clínica: [D.105/08](#)
  - El *poder* no faculta al representante para acceder a datos de la historia clínica del representado pues el derecho de acceso a la documentación clínica es personal y exclusivo del paciente: [D.113/07](#).
  - No existe infracción de la legislación de protección de datos ni hay título de imputación de responsabilidad patrimonial, aunque pudiera ser una eventual infracción (no probada en el caso) de la deontología profesional colegial, en el caso de una Psiquiatra que entrega a familiares de una paciente (que está presente en el acto, aunque no asume su grave enfermedad psíquica) los partes de baja de la misma e información sobre su estado de salud para entregar al Juez, con objeto de que éste pueda acordar su internamiento involuntario: [D.30/09](#)
  - Para ponderar la responsabilidad patrimonial hay que atender a los datos resultantes de la historia clínica: [D.88/09](#), [D.94/09](#)
- Criterio de la *individualización del daño* (legitimación activa).
  - El daño reclamable ha de ser el material, físico o moral padecido personalmente por el paciente reclamante; o el daño moral parecido por sus familiares; pero existe falta de legitimación activa si el paciente muere sin reclamar sus propios daños o sin ratificar la reclamación interpuesta en su nombre por su familia, y, después de fallecido, ésta no alega tampoco daños morales irrogados a la misma. [D.78/09](#), [D.19/10](#).
  - La indemnización procedente por daños físicos irrogados al paciente por mala praxis sanitaria pedece con él ya que no son transmisibles a sus herederos los cuales carecen de legitimación activa para reclamarlos, salvo en cuanto se hayan traducido en daño moral irrogado a los mismos. [D.35/12](#).
- Criterio de la *efectividad del daño*:
  - Es daño efectivo (aunque luego pueda no ser imputable a la Administración) el consistente en molestias, dolores, incomodidad y angustia ante un sangrado abundante que obliga a practicar un legrado un mes después de un parto fórceps; pero, realizado el mismo con éxito, no pueden ser considerados daños efectivos los, alegados pero no producidos, de riesgo de haber tenido que someterse a dicha cirugía y deterioro de la salud y la integridad física: [D.90/09](#).

-No es daño efectivo una secuela cuyo alcance no puede ser determinado al consistir en un perjuicio estético por un proceso de cicatrización que aún no se ha completado, sin perjuicio de que la reclamación pueda ser reproducida cuando la secuela se estabilice una vez finalizada la terapia estética correspondiente. [D.71/10](#).

-No hay daño efectivo en el caso de un paciente al que se suspende en el mismo quirófano la práctica de una porstatectomía radicial para sustituirla por un tratamiento radioterápico pues lo aconsejaba la idiosincrasia del paciente; y, aunque podía haberse previsto antes, el diagnóstico y tratamiento fue el adecuado, el retraso careció de trascendencia y la ligera zozobra por el incidente se compensa por la que se evitó al no tener un periodo post-operatorio. [D.2/11](#).

-No hay daño efectivo cuando todavía no se conoce el alcance de las dolencias o no se han estabilizado las secuelas, por lo que en tales casos es preciso acreditar en el expediente el estado de salud del reclamante para saber si permanece en estado de curación o ya no es susceptible de mejoría. [D.43/11](#).

-No hay daño efectivo cuando el paciente no ha probado que el retraso en la práctica de las pruebas diagnósticas en la sanidad pública haya comprometido sus posibilidades de curación y tampoco hay daño moral, al habérselas practicado voluntaria e inmediatamente, en la sanidad privada. [D.60/11](#).

-No hay daño en las malformaciones físicas de carácter congénito que un niño presenta al nacer, cuando las mismas no han sido causadas por la Administración sanitaria. [D.54/13](#).

-Criterios del *daño excesivo* y de la *culpa virtual*.

-Es objetivamente imputable a la Administración sanitaria el daño derivado de una intervención cuando excede del habitual en una intervención de normalmente no presenta complicaciones y sin embargo en el caso pone en riesgo la vida del paciente. [D.18/10](#).

**-Exoneración:**

-*Por observancia de la “lex artis ad hoc”:*

**-Anestesiología:**

-[D.42/11](#) (paciente diagnosticada de bocio multinodular que, al practicársele una tiroidectomía, presenta una tal saturación de oxígeno que requiere que se le practique una traqueotomía de urgencia vital, sin prueba de haberse incumplido la *lex artis ad hoc* en la intubación, pero de la que resultan secuelas de disfagia, disnea y disfonía).

**-Cardiología, Angiología y Cirugía Vascolar:**

-[D.25/08](#) (paciente diabético, hipertenso y tratado con Sintrom que fallece por muerte súbita -de causa desconocida al haberse negado los familiares a practicar la autopsia-, 4 horas después de haber sido atendido correctamente en Urgencias de una hemoptisis por caída domiciliaria casual) <sup>1</sup>.

-[D.128/08](#) (paciente con epistaxis incoercible correctamente intervenido con embolización arterial mediante microesferas que, como riesgo típico advertido en el consentimiento informado, deriva a pérdida de visión de un ojo por deslizamiento de una de ellas a la arteria oftálmica central de la retina).

-[D.85/09](#) (paciente que fallece de un aneurisma de aorta que debutó con molestias abdominales vagas y escasas manifestaciones clínicas).

-[D.17/10](#) (paciente al que se practica en un Centro concertado un cateterismo que causa como riesgo típico, objeto de consentimiento informado, un pseudo-aneurisma o hematoma de la zona femoral de punción que es resuelto posteriormente en la Sanidad pública, todo ello conforme a la *lex artis ad hoc*).

-[D.28/10](#) (paciente con cardiopatía hipertensiva y fibromialgia al que se le practican las pruebas precisas para descartar que padezca una cardiopatía coronaria y se le prescribe seguir con su tratamiento habitual).

-[D.59/11](#) (paciente con marcapasos, operada de recambio trivalvular, medicada con Sintrom y afectada por numerosas embolias cerebrales desde hace más de 20 años, que sufre un leve accidente isquémico transitorio – AIT- compatible con un cuadro de hipoglucemia inicialmente diagnosticado y que es descartado tras un TAC practicado a las 24 h. del accidente).

-[D.62/11](#) (paciente aquejado de estenosis mitral moderada sintomática e insuficiencia tricuspídea moderado-severa de más de 20 años de evolución que, tras ser intervenido quirúrgicamente, en un centro privado concertado, para la sustitución de la válvula mitral por una prótesis mecánica bivalva, presenta, como riesgos típicos objeto de consentimiento informado, secuelas de insuficiencia cardíaca y mediastinitis con dehiscencia esternal, que no se deben al hecho de no haber sido intervenido de la válvula tricúspide, ya que ésta última intervención no era médicamente precisa ni había sido programada).

-[D.4/12](#) (paciente cardiológico crónico, también afectado psicológicamente de ansiedad por el fallecimiento en atentado de un hijo, que ha sido

---

<sup>1</sup> Este Dictamen tiene un Voto particular de D. Pedro de Pablo en el que sostiene: i) que hubo infracción no de la *lex artis* en general, pero si de la “*ad hoc*”, en Urgencias al no recabar información suficiente sobre el estado previo del paciente; y ii) que debió indemnizarse -en una cuantía inferior a la pedida por los reclamantes- el daño moral causado a los familiares por la duda razonable de si el paciente hubiera sobrevivido de haberse recabado dicha información y actuado en consecuencia (doctrina de la *pérdida de oportunidad terapéutica*, afirmada por la jurisprudencia que cita).

correctamente tratado conforme a la *lex artis ad hoc* varias veces en el SERIS y últimamente de una arritmia, aunque se trasladó voluntariamente a un Centro privado para la implantación de un desfibrilador y pretende el reintegro de gastos como daños morales).

-[D.13/12](#) (paciente fallecida tras el tratamiento de diversas dolencias cardio-respiratorias, óseas y funcionales)

-[D.19/12](#) (paciente con valvulopatía que deriva a infarto agudo de miocardio y endocarditis de la que fallece en un centro de referencia sin probar que se haya producido un retraso en el diagnóstico y tratamiento ya que el cuadro era muy grave y la cirugía requería la previa estabilización del paciente).

-[D.29/12](#) (paciente con úlcera arterioesclerótica penetrante en la aorta descendente al que, tras implantarle una prótesis por vía endovascular y sin prueba de una migración de la misma ni de mala praxis en la implantación, le adviene, como riesgo típico objeto de consentimiento informado, una estenosis del tronco celíaco, con las secuelas propias de un cuadro isquémico visceral con alteraciones metabólicas y nutricionales, todas las cuales que son corregidas mediante el adecuado tratamiento posterior).

-[D.48/12](#) (paciente cardiópata que presenta un síndrome coronario agudo que es tratado según *lex artis ad hoc* en la sanidad pública, pero, una vez estabilizado, rehusa la intervención propuesta porque se traslada voluntariamente a la privada donde se le realiza y luego pretende el reintegro de los correspondientes gastos, sin cumplir los requisitos precisos para ello).

-[D.54/12](#) (paciente con cardiopatía isquémica y varios factores de riesgo cardiaco que, pese a estar correctamente diagnosticado, fallece de muerte súbita cuando estaba siendo atendido en la sanidad pública, en la que se le habían practicado correctamente múltiples pruebas diagnósticas pertinentes –analíticas, electrocardiogramas, ergometrías, ecocardiogramas, cateterismos con coronariografía, radiografías- y aplicado el tratamiento adecuado a su dolencia, que no aconsejaba la implantación de un *stent*).

#### **- Cirugía general:**

-[D.47/10](#) (paciente diagnosticado erróneamente de un lipoma que, pese a ser extirpado quirúrgicamente, resulta ser un sarcoma, pero que no comunica la alteración del tamaño de la tumoración en el lecho quirúrgico y, tras ser intervenido nuevamente para la extirpación del sarcoma, acude a la sanidad privada para quimioterapia).

#### **- Dermatología:**

-[D.124/08](#) (paciente con melanoma correctamente operado tras un retraso de pocos días por su derivación a otro Hospital que no afectó a su situación médica).

-[D.64/12](#) (paciente reumatológico correctamente tratado con corticoides al que adviene una afección dermatológica de vigítalo que el estado de la ciencia en 2012 no permite determinar que sea consecuencia de los corticoides).

**-Ginecología, Obstetricia y Neonatología:**

-[D.55/05](#) (paciente correctamente diagnosticada de distintas dolencias ginecológicas en el curso de su rápida patología, que deriva a fallecimiento por carcinoma ovárico).

-[D.26/08](#) (paciente con carcinoma mamario a la que se le ofrece en la sanidad pública una procedente mastectomía con posterior radioterapia y reconstrucción mamaria, y que opta por una mastectomía con reconstrucción mamaria inmediata en la sanidad privada).

-[D.104/08](#) (paciente sometida a la operación de Sturmdorf con hemorragia postquirúrgica incoercible que obliga a una histerectomía total con secuelas de absceso pélvico y fístula vesico-vaginal, sin prueba de mala praxis médica, pese a una larga hospitalización por riesgos típicos sobre los que hubo consentimiento informado).

-[D.112/08](#) (paciente totalmente histerectomizada por carcinoma de cérvix que se extiende y causa grandes padecimientos, pese al tratamiento radiológico y quimioterápico aplicado).

-[D.123/08](#) (paciente recién nacido con importantes deficiencias -riñón ectópico, comunicación interauricular, anomalías vertebrales y ano imperforado- no detectadas, pese a las ecografías bien practicadas durante la gestación, al manifestarse al final de la misma, ser de diagnóstico post-natal por su mínima expresión ecográfica y no justificar una interrupción voluntaria del embarazo).

-[D.157/08](#) (paciente a la que se le practica correctamente una histerectomía subtotal para extraer un mioma uterino, presentando, como riesgo típico informado, secuelas de dolores derivados del contacto de la sutura de la arteria uterina derecha con nervios ileoinguinal y femoro cutáneo derechos).

-[D.47/09](#) (falta de prueba de mala praxis médica en el diagnóstico y tratamiento pre y post-natal de una niña nacida con importantes deficiencias congénitas).

-[D.72/09](#) (rotura vesical tras histerectomía avisada en el consentimiento informado como riesgo típico).

-[D.90/09](#) (paciente a la que se le practica correctamente un legrado para eliminar en el fondo uterino restos puerperales que ecográficamente no pudieron detectarse hasta un mes después de un parto fórceps).

-[D.60/10](#) (madre de un hijo nacido con Síndrome de Down y correctamente atendida durante su embarazo a la que no se practicó la amniocentesis por no estar indicada según los marcadores de cribado previo para su realización).

-[D.64/10](#) (paciente con restos placentarios post-parto a la que se le practican dos legrados y una histeroscopia de control).

-[D.76/10](#) (paciente a la que se le diagnostica carcinoma ovárico sin el retraso alegado por la reclamante).

-[D.104/10](#) (paciente plurípara y con patologías ginecológicas asociadas que resulta embarazada y aborta voluntariamente tras haberse sometido a una ligadura de trompas practicada con arreglo a *lex artis*, en cuyo documento de consentimiento informado se le informaba del riesgo típico de quedar embarazada, aunque ello sólo ocurre en un 0,5% de los casos).

-[D.27/11](#) (paciente a la que, tras sangrado incoercible en un legrado, se le practica correctamente una histerectomía de la que resulta, como riesgo típico objeto de consentimiento informado, una fístula vaginal).

-[D.28/11](#) (paciente joven a la que, tras una correcta extirpación de nódulos mamarios benignos, resulta un perjuicio estético consistente en asimetría entre el completo de areola y pezón de ambos pechos)

-[D.51/11](#) (paciente con perforación vesical tras laparoscopia y laparotomía para la extracción de un DIU).

-[D.44/12](#) (paciente que alega un pretendido retraso no probado en el diagnóstico de un carcinoma ovárico).

-[D.15/13](#) (paciente con osteoporosis menopáusica cuyo tratamiento con *Protelos 2 mg* –ranelato de estroncio- es suspendido por afectaciones hepáticas pasajeras y no es el causante de una posterior neumonía de origen medicamentoso de la que cura y se comprueba que no fue causada por dicho fármaco, sino por haber tomado la paciente antiinflamatorios no esteroideos –AINEs-).

-[D.16/13](#) (paciente a la que, habiendo firmado el consentimiento informado para un parto, se le practica correctamente una cesárea de urgencia de la que, por el gran tamaño del feto, nacido sin problemas, resulta, como riesgo típico, una fístula vesico-uterina de la que sana tras el tratamiento adecuado, aunque con las lógicas molestias del periodo de sondaje y curación).

-[D.25/13](#) (paciente con carcinoma de mama correctamente tratada sin retraso en el tratamiento).

-[D.54/13](#) (bebé nacido con malformaciones congénitas no incluidas en el supuesto legal de despenalización del aborto, que se alegan para valorar el daño moral de la pérdida de oportunidad de haber podido practicar un aborto terapéutico de haberlas detectado en una ecografía fetal realizada e

interpretada con arreglo a la *lex artis* y que presentó al feto como normal debido causas como las limitaciones de la técnica ecográfica, el desarrollo y la posición del feto en el momento de realizarla, la existencia de las denominadas bridas fetales, la cantidad de líquido amniótico o las características físicas de la gestante).

**-Estomatología:**

-[D.46/06](#) (rotura de pieza dental al intubar al paciente).

**-Hematología:**

-[D.102/08](#) (paciente correctamente diagnosticado de síndrome mielodisplásico con exceso de bastos -AREB- y riesgo de derivar a leucemia mieloblástica aguda que se traslada voluntariamente a la sanidad privada para tratamiento, que no logra impedir su fallecimiento).

-[D.26/10](#) (paciente con gonartrosis listada de espera para artroscopia en grado 3 y que es antes intervenida de urgencia en una colicestomía laparoscópica tras la que presenta hemorragias que imputa a inadvertencia de una disfunción hemostática leve que también padecía por déficit del factor hemático IX).

-[D.33/10](#) (paciente derivado desde Dermatología con linfoma folicular indolente, no Hodgkin, que sana con quimioterapia, sin apreciarse retraso excesivo en el tratamiento ya que se debe a actos propios del paciente).

**-Medicina Interna y del Aparato Digestivo:**

-[D.83/06](#) (lesión iatrogénica producida con pinza de tracción sobre la superficie del páncreas que seccionó el conducto de Wirsung en operación quirúrgica para extraer una cucharilla que se había tragado accidentalmente una paciente anoréxica al tratar de provocarse un vómito).

-[D.12/07](#) (muerte por pancreatitis aguda).

-[D.43/07](#) (paciente con colitis ulcerosa durante más de 20 años a la que finalmente se practica en la Medicina privada una proctocolectomía total).

-[D.117/07](#) (paciente con multimorbilidad fallecido por complicaciones subsiguientes a una intervención de aneurisma abdominal).

-[D.132/08](#) (paciente con obstrucción intestinal debida a una tumoración en el colon, a la que se le practica correctamente y en tiempo una colostomía total, previa preparación con enemas, debido a su reacción emética a la preparación por vía oral).

-[D.154/08](#) (paciente con molestias gástricas debidamente tratadas que denota una intolerancia a la fructuosa, no manifestada ni verbal ni

sintomatológicamente en la sanidad pública, tras una prueba de curva de fructosa-sorbitol practicada en la sanidad privada).

-[D.4/09](#) (paciente que muere tras una colostomía por peritonitis iatrogénica subsiguiente a colonoscopia).

-[D.63/09](#) (paciente que fallece por sepsis incoercible tras grave peritonitis con la que ingresó).

-[D.73/09](#) (paciente con plurimorbilidad al que adviene un nuevo ictus parcial estando ingresado y correctamente atendido).

-[D.84/09](#) (paciente con adenocarcinoma gástrico que debutó con dolor abdominal inespecífico).

-[D.83/11](#) (paciente intervenida conforme a la *lex artis ad hoc* de colecistectomía laparoscópica en un Centro sanitario privado concertado, con secuelas de fistula biliar y complicaciones derivadas, a las que prestó consentimiento informado como riesgos típicos de la misma).

-[D.17/12](#) (paciente correctamente diagnosticado de un adenocarcinoma que se tralada voluntariamente para su tratamiento a la sanidad privada y pretende el reintegro de los gastos alegando un inexistente retraso de la pública en el diagnóstico).

-[D.20/12](#) (paciente que fallece de peritonitis por filtrado de bilis a través del grapado del conducto cístico tras una colecistectomía laparoscópica, sin prueba de haberse omitido la práctica de pruebas diagnósticas necesarias ni de mala praxis en la intervención, siendo dicho filtrado uno de los riesgos típicos de la misma que fue objeto de consentimiento informado).

-[D.21/11](#) (paciente fallecida de carcinoma de colon un mes después de haberlo detectado el Servicio de Aparato Digestivo, sin prueba de retraso en el diagnóstico por el Médico de cabecera que la atendió correctamente de afecciones menores los meses anteriores).

-[D.41/12](#) (paciente fallecida por perforación del duodeno y pancreatitis aguda, riesgos típicos objeto del consentimiento informado tras una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) practicada con arreglo a la *lex artis* y siendo atribuible el deceso a la idiosincrasia previa de la paciente).

-[D.43/13](#) (paciente con antecedentes de pólipos de colon, que presenta deposiciones diarreicas con test de sangre en heces positivo, pero normalidad física, analítica en marcadores tumorales y en TAC, siendo diagnosticado inicialmente de poliposis y hemorroides, y, cuatro meses después, de adenocarcinoma rectal tratado mediante una colostomía terminal).

[-D.44/13](#) (paciente con obesidad mórbida intervenida de reducción del estómago (gastroplastia con derivación biliopancreática, tipo Marceau, ajustada al Protocolo para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida del Hospital en que se practica la intervención, que es similar al de otras Unidades Multidisciplinares para el tratamiento de la obesidad) y que fallece luego de muerte súbita por una miocarditis linfocitaria que pericialmente se prueba que no está relacionada con la intervención practicada y sólo pudo ser advertida *a posteriori* mediante autopsia).

#### **-Neumología:**

[-D.45/08](#) (niña adoptada de origen chino con antecedentes de alergia y patologías respiratorias y gástricas que ingresa en Urgencia con un cuadro muy grave de hidroneumotórax que vira a empiema con fístula broncopleural y es tratada adecuadamente con antibióticos y drenaje pleural que logra su curación sin necesidad de practicarle una toracocentesis en otro Hospital público al que fue preventivamente trasladada al efecto).

[-D.19/10](#) (contagio inexistente de tuberculosis ya que solo hubo medidas preventivas de inmunización al entorno familiar de un fallecido).

[-D.24/11](#) (joven paciente que fallece en la UCI por sepsis pulmonar incoercible un día después de haber sido ingresada en el Servicio de Urgencias por neumonía).

[-D.15/13](#) (paciente con osteoporosis menopáusica cuyo correcto tratamiento ginecológico con *Protelos 2 mg* –ranelato de estroncio- es suspendido por afectaciones hepáticas pasajeras y no es el causante de una posterior neumonía de origen medicamentoso, de la que cura y que se comprueba que no fue causada por dicho fármaco, sino por haber tomado la paciente antiinflamatorios no esteroideos –AINEs-; sin que tampoco se aprecie daño indemnizable en la espera de un mes, que se estima razonable, para obtener los resultados de la broncoscopia para biopsia que se practicó a la paciente y que no se extravió, como ésta alega, sino que se analizó dos veces en el mismo centro hospitalario y una tercera en un hospital de referencia).

#### **-Neurología:**

[-D.29/07](#) (muerte de paciente con alzheimer evolucionado tras sucesivos ingresos hospitalarios ante la negativa familiar a su atención domiciliaria).

[-D.102/07](#) (paciente de 9 años de edad tratada con vancomicina y fallecida al no poder desobstruir una válvula ventriculoperitoneal que tenía implantada desde su nacimiento ni poderla derivar a tiempo al centro de neurocirugía de referencia).

[-D.74/09](#) (paciente con epilepsia mioclónica juvenil que presenta efectos secundarios debido a su idiosincrasia y al periodo de adecuación de las dosis de la medicación adecuada).

-[D.87/09](#) (paciente con astrocitoma quístico -tumor cerebral- que debuta con intensas migrañas).

-[D.49/10](#) (paciente diagnosticado de síndrome vertiginoso de componente somatoforme y psicológico no desmentido por la sanidad privada).

-[D.5/11](#) (paciente diagnosticada y tratada correctamente de cefalea migrañosa que, al día siguiente, presenta una hemorragia subaracnoide correctamente tratada).

-[D.37/11](#) (paciente ochogenaria y con tratamiento anticoagulante –Sintrom- que ingresa, consciente, sin amnesias, vómitos ni convulsiones, en el Servicio de Urgencias, con un traumatismo craneoencefálico por caída fortuita en su domicilio; es dada de alta, conforme a la *lex artis*, por presentar un estado neurológico y radiológico normal, aunque sin realizar un TAC craneal ni una valoración del estado coagulativo (INR); y, tres días después, presenta síntomas convulsivos cuyo examen neurológico releva un hematoma intracraneal subdural de formación progresiva para cuya detección precoz las pruebas omitidas no habrían sido predictivas, por lo que no existe pérdida de oportunidades terapéuticas).

-[D.63/11](#) (paciente con un cuadro de parestesias faciales, disestesias y disartría de casi 10 años de evolución, que, tras un episodio agudo en el que se le practican en el Servicio de Urgencias de su Centro sanitario público pruebas analíticas y de TAC sin contraste, es diagnosticada allí de parálisis facial periférica; pero que, 4 días después, reingresa en un Hospital de referencia donde, tras practicarle nuevos TAC, RMN y arteriografía, es diagnosticada de posible ictus isquémico vertebro-basilar asintomático y de un aneurisma en la bifurcación de la arteria cerebral media –ACM- derecha, sin posibilidad de embolización, por lo que, tras un periodo en lista de espera, es objeto allí mismo de una craneotomía con clipaje del aneurisma, de la que resultan secuelas de edema cerebral post-quirúrgico, no de sutura, y paresia braquial y crural, que son riesgos típicos objeto de consentimiento informado y que remiten con el tiempo).

-[D.65/11](#) (paciente diagnosticado acertadamente del *Síndrome de Guillain Barré* tras diez días en que fue atendido de urgencia según la sintomatología que presentaba).

#### **-Odontología:**

-[D.84/11](#) (paciente al que, tras una extracción dentaria rutinaria practicada correctamente, adviene una hemorragia incoercible que revela que padecía una leucemia de la que es correctamente tratado).

-[D.59/12](#) (paciente con idiosincrasia de afecciones neurológicas faciales al que resulta la secuela de afectación del trigémico tras la exodoncia de un canino realizada según la *lex artis*)

### **-Oftalmología:**

-[D.27/09](#) (paciente con endoftalmitis aguda incoercible, de procedencia endógena, manifestada, como riesgo típico objeto de consentimiento informado, tras una operación de cataratas realizada con toda asepsia, y que exige evisceración de la masa ocular).

-[D.17/11](#) (paciente con ciclitis heterocrómica de Fuchs crónica, al que, para curar una catarata subcapsular en el ojo derecho, que también presentaba, se le practicó, con arreglo a la *lex artis*, una cirugía de catarata mediante facoemulsificación, que fracasó por advenir, como riesgos típicos objeto de consentimiento informado: i) una rotura de la cápsula posterior del cristalino, que requirió una vitrectomía e implante de lente intraocular en el sulcus del cristalino, y ii) un postoperatorio con vitritis y aumento de tensión e inflamación ocular, que exigió una segunda intervención, también realizada según la *lex artis*, de explante de la lente intraocular y vitrectomía, que no pudo evitar la cronificación del edema corneal en forma de queratopatía bullosa establecida y drusas maculares, no siendo indicado el trasplante corneal y resultando de todo ello una no corrección de la pérdida de visión originaria y una apreciable pérdida de agudeza visual, pero que no es imputable a las dos intervenciones quirúrgicas sino a la evolución de su enfermedad crónica subyacente).

-[D.32/11](#) (paciente con patología previa de miopía magna y diabetes mellitus al que, tras una doble operación de cataratas, adviene pérdida de visión en un ojo en que se produjo, como riesgo típico, la rotura de la cápsula del cristalino, y ptosis palpebral).

-[D.11/13](#) (paciente con patología previa de pterigión en ojo izquierdo con importantes fibrosis y años de evolución que es intervenido quirúrgicamente de la citada dolencia, conforme a la *lex artis ad hoc*, resultando, como riesgo típico objeto del previo consentimiento informado, una necrosis esclerocorneal debidamente tratada, pero cuya tórpida evolución condujo a la evisceración ocular con implante de una prótesis sustitutiva).

### **-Oncología:**

-[D.26/11](#) (paciente al que, como riesgo típico objeto de consentimiento informado, se le extravasa un reservorio perfusivo de sustancias quimioterápicas irritantes implantado correctamente tras una operación oncológica).

-[D.35/12](#) (paciente oncológico terminal muy agitado que es objeto de sujeción mecánica, aplicada por el personal de enfermería sin orden expresa del Médico responsable, la cual le produce desholladuras en las muñecas hasta que dicho Médico aplica tratamiento sedante paliativo)

### **-Otorrinolaringología:**

-[D.58/08](#) (paciente con una anatomía compleja de oído al que se le practica una exéresis de colesteatoma a consecuencia de la cual surge una complicación infrecuente: la trombosis de los senos transversos y sigmoides, de la que se recupera normalmente).

-[D.88/09](#) (paciente con antecedentes carcinomatosos, derivado por su Oncólogo al ORL para valorar una biopsia que no se realiza al presentar, primero, adenopatías de sintomatología aparentemente inflamatoria y, luego, afonía que radiológicamente sugería una afección del nervio recurrente, si bien un TAC y biopsias posteriores revelan que todo ello es consecuencia de un carcinoma pulmonar metastático incoercible aunque se hubiera dispuesto de un diagnóstico precoz).

-[D.41/10](#) (paciente con acúfenos e hipoacusia al que, tras la pertinente y pronta RMN, se le diagnostica un neurinoma de acústico que es objeto de intervención quirúrgica correcta, aunque deja secuelas; a diferencia del caso contemplado en el [D.38/10](#) donde no se practicó la citada RNM, por lo que el Consejo estimó que existía responsabilidad patrimonial).

-[D.57/11](#) (paciente que, sin probarlo, asocia una cofosis o pérdida total de audición en un oído a la extracción de un tapón de cerumen, pero que la prueba pericial demuestra que es consecuencia de la sífilis que padece).

-[D.75/11](#) paciente con secuela de neuropatía isquémica del nervio óptico derivada de eventos vasculares por hemorragia endonasal producida durante una cirugía endoscópica de senos paranasales, sin prueba pericial de dicha hemorragia, analíticamente demostrada *a posteriori*, hubiera podido ser detectada de forma precoz durante la intervención. [D.75/11](#).

#### ***-Pediatria:***

-[D.52/11](#) (lactante fallecido por peritonitis subsiguiente a apendicitis que no pudo diagnosticarse a tiempo por no presentar síntomas abdominales específicos sino más bien sugerentes de una gastroenteritis, siendo excepcional lo primero y difícil el diagnóstico diferencial en los lactantes).

#### ***-Psiquiatría:***

-[D.58/09](#) (paciente con delirio paranoide de perjuicio internada involuntariamente por orden judicial y adecuadamente diagnosticada y tratada que reclama infundadamente por presunta retención indebida en el hospital y tratamiento inadecuado).

#### ***-Rehabilitación:***

-[D.74/10](#) (paciente intervenido de una osteonecrosis en la cabeza del segundo metatarsiano del pie izquierdo al que se pauta correctamente como tratamiento rehabilitador caminar tras las 48 h. siguientes a la intervención).

-[D.75/10](#) (paciente con rizoartrosis y fractura marginal del radio consolidada que presenta, como secuelas tras la rehabilitación pero no debidas a ella, el síndrome de hombro-mano y limitación de movimientos extensivos del codo en los últimos grados, susceptible de mejora posterior).

**-Reumatología:**

-[D.31/10](#) (paciente con alegada espondilitis anquilopoyética y HLA B27 positivo, nunca confirmada ni probada en 25 años).

**-Traumatología:**

-[D.25/07](#) (secuelas tras operación de síndrome de túnel carpiano en paciente con artrosis evolutiva previa).

-[D.123/07](#) (secuelas de deformación de una mano tras una fractura de Colles cuya mala reducción no se prueba).

-[D.15/08](#) (paciente al que se implanta una prótesis de rodilla en la sanidad pública y presenta luego infecciones -riesgo típico sobre el recayó el consentimiento informado- que, correctamente tratadas en la sanidad pública, conducen a un nuevo implante en la sanidad privada).

-[D.107/08](#) (paciente con luxación del hombro y fractura de troquiter al que se cita en tiempo para artroscopia procedente que voluntariamente se realiza en la sanidad privada).

-[D.10/09](#) (paciente correctamente diagnosticado de artrofibrosis de la rodilla derecha y correctamente tratado con artrotomía y colocación de prótesis, aunque solo mejora cuando ésta se le cambia con *mejor praxis* en la sanidad privada, sin implicar que la efectuada en la pública fuera *mala praxis*).

-[D.49/09](#) (paciente con secuela de paraplejía tras una laminectomía y disectomía por hernia discal).

-[D.64/09](#) (paciente con fracturas a consecuencia del “síndrome del pie de diabético” correctamente tratado).

-[D.67/08](#) (paciente con secuelas tras una meniscectomía interna y externa y regularización artroscópica de la rodilla derecha).

-[D.92/09](#) (paciente de edad avanzada con fractura de muñeca por caída, que, tras su reducción y escayolamiento de consolidación lenta, presenta como secuelas típicas distrofia simpático-refleja (Südeck) y limitación del 45% en la torsión palmar y dorsal).

-[D.94/09](#) (paciente con secuela de síndrome de cola de caballo tras operación de hernia discal).

-[D.95/09](#) (paciente con algodistrofia simpático-refleja en la mano, reputada por el Consejo como secuela de una fractura casual del radio ante la falta de prueba de que posiblemente se deba a compresión producida por un mal escayolamiento de la misma).

-[D.97/09](#) (paciente con artrofibrosis tras reducción de fractura osteocondral del cóndilo femoral externo con tornillo reabsorbible cuya cabeza es expulsada espontáneamente por rechazo orgánico y extraída tras dos artrólisis artroscópicas al provocar protusión del referido cóndilo).

-D1/10 (paciente con rodilla dolorosa a la que se practican dos intervenciones , una de implantación de una prótesis de rodilla y otra de protetización de la rótula, ambas efectuadas correctamente sin prueba en contrario y de las que resultan secuelas típicas objeto de consentimiento informado que exigen rehabilitación).

-[D.26/10](#) (paciente con gonartrosis listada de espera para artroscopia en grado 3 y que es antes intervenida de urgencia en una colicestomía laparoscópica tras la que presenta hemorragias que imputa a inadvertencia de una disfunción hemostática leve que también padecía por déficit del factor hemático IX).

-[D.59/10](#) (paciente a la que una doble caída sucesiva produce una rotura del tendón supraespinoso, es intervenida quirúrgicamente para la implantación de anclajes metálicos, y presenta capsulitis adhesiva, que precisa tratamiento de rehabilitación, sin prueba de error de diagnóstico, error de tratamiento o defecto de información).

-[D.74/10](#) (paciente con molestias y limitación de movimiento de la articulación metatarso-falángica tras una cirugía percutánea).

-[D.82/10](#) (paciente con fractura acetabular con gran conminución del cótilo producida en un accidente de tráfico y correctamente tratada y que, veinte años después, en los que no ha efectuado ningún ejercicio físico de rehabilitación de los que se le prescribieron, presenta, como evolución natural de la dolencia originaria, una coxartrosis que es tratada mediante la correcta colocación de una prótesis de cadera).

-[D.86/10](#) (paciente con dolor rotuliano a la que se practica correctamente en la sanidad pública una meniscectomía con secuelas artrósicas importantes pero no imputables a la intervención sino a un proceso degenerativo que exige una ulterior intervención protésica en la sanidad privada).

-[D.13/11](#) (paciente con politraumatismo y secuelas tras caída desde una altura de cuatro metros, correctamente diagnosticado y tratado, que presentó luego un diagnóstico privado de sospecha de hernia diafragmática que no se objetivó al ser intervenido, aunque la operación de toracotomía descubrió y reparó una rotura del diafragma).

-[D.21/11](#) (paciente correctamente intervenido de coxartrosis izquierda mediante una artroplastia o implantación de prótesis total de cadera, que se provoca luego una luxación en la misma al salir de un vehículo, siendo reintervenido correctamente pero presentando como riesgo típico infección que finalmente es tratada también de forma adecuada).

-[D.49/11](#) (piloto de aeronaves con secuelas de hombro doloroso tras una correcta intervención quirúrgica por caída domiciliaria sin prueba de mala praxis médica).

-[D.79/11](#) (paciente con metatarsalgia y *hallux valgus* bilateral de varios años de evolución y resistente al tratamiento, que, tras varias intervenciones quirúrgicas, realizadas según la *lex artis ad hoc*, sigue presentando, como riesgos típicos objeto de consentimiento informado, deformidades, limitaciones articulares y otras secuelas que pueden requerir tratamiento ortopédico o incluso nuevamente quirúrgico).

-[D.80/11](#) (paciente con bloqueo articular y sensación de cuerpo extraño libre que no prueba que sean consecuencia de una artroscopia para meniscectomía de rodilla izquierda practicada en un centro sanitario concertado).

-[D.81/11](#) (paciente con fractura del húmero derecho que es reducida quirúrgicamente con arreglo a *la lex artis ad hoc*, enclavándola con osteosíntesis endomedular, aunque resultaron secuelas neurovasculares, axonotmesis y pseudoartrosis, todas ellas riesgos típicos objeto de consentimiento informado).

-[D.20/13](#) (paciente con gonartrosis severa a la que se le practica, con arreglo a la *lex artis ad hoc*, una artroplastia total con meniscectomía de la rodilla izquierda, con resultado de infección post-operatoria y secuelas de prótesis dolorosa y limitación de la flexión, ambos riesgos típicos que fueron objeto de consentimiento informado).

-[D.48/13](#) (paciente con muñeca derecha dolorosa a la que se practica una artroscopia para la exéresis de un osículo en el fibrocartílago articular y presenta luego el síndrome de Vaughan Jackson de roturas tendinosas múltiples en los extensores de cuatro dedos de la mano; pero dicha rotura era distal al retináculo extensor, zona en la que no se trabaja durante una artroscopia de muñeca, por lo que no se produjo durante la artroscopia sino por una complicación post-operatoria surgida de forma espontánea debido a que la sinovitis apreciada durante la artroscopia afectó también a la zona del retináculo extensor y esto, unido a la inflamación lógica postoperatoria, debilitó los tendones y motivó que se rompieran posteriormente por rozamiento, como lo demuestra una resonancia magnética que refiere la presencia de espículas óseas en el semilunar susceptible de provocar dicho rozamiento, atrición y rotura).

-[D.49/13](#) (paciente con tenosinovitis estenosante de De Quervain intervenida correctamente en cuatro ocasiones para eliminar adherencias, granulomas, neuromas y dolor, con secuelas -todas ellas riesgos típicos

bastante frecuentes en este tipo de intervenciones y objeto de consentimiento informado- consistentes en dolor neuropático y mano atrófica por atrapamiento de cicatriz fibrosa, derivadas no de las intervenciones sino de la idiosincrasia de la paciente, integrada en uno de los grupos que Lister denomina productores de colágeno y que son más proclives a este tipo de cuadro).

**-Urología:**

-[D.90/06](#) (vasectomía total espermiográficamente comprobada que, al cabo de varios años, se recanaliza espontáneamente como riesgo típico objeto del consentimiento informado).

-[D.86/09](#) (paciente con carcinoma vesical recidivante en cuyo proceso asistencial se aprecian ciertas disfunciones de comunicación del tratamiento a la familia pero insuficientes para fundar una indemnización por daños).

-[D.24/10](#) (paciente que, sin presentar síntomas de abdomen agudo que aconsejasen prescindir de un tratamiento conservador, fallece por sepsis generalizada consecuenta a una infección urinaria por salida de masa fecaloidea a través de una fístula abdominal producida como riesgo típico tras una cistectomía radical con derivación urinaria mediante ureteroileostomía tipo Bircker).

-[D.56/10](#) (paciente que presenta, como riesgo típico al que prestó consentimiento informado, dolor testicular, de posible origen neuropático, tras una vasectomía realizada conforme a la *lex artis*).

-[D.67/10](#) (paciente que presenta, como riesgo típico objeto de consentimiento informado, secuelas de dolor testicular y temblor axial de tipo corea, tras una orquidopexia y vasectomía bilateral correctamente realizadas).

-[D.40/13](#) (paciente que, tras un tratamiento anticonceptivo y un embarazo luego voluntariamente interrumpido, presenta una insuficiencia renal que no es debida a dicho tratamiento sino a una enteliosis glomerular de etiología desconocida, que es tratada mediante un trasplante de riñón exitoso, sin apreciarse error o retraso de diagnóstico, ni de tratamiento, que haya provocado pérdida de oportunidad terapéutica).

*-Por inexistencia de retraso en la asistencia sanitaria a domicilio (servicio de ambulancias):*

-[D.75/09](#) (paciente cuya extrema gravedad no es transmitida adecuadamente por la familia al Servicio telefónico 061 de Urgencias que llega en tiempo razonable cuando dicha gravedad es correctamente transmitida).

*-Por inexistencia de error de diagnóstico:*

-[D.10/05](#) (paciente diagnosticado correctamente en su momento de osteoporosis tipo Sudeck, es decir, algodistrofia simpático refleja, que, sin relación de causalidad probada, deriva luego a tromboangeitis obliterante).

-[D.46/05](#) (paciente diagnosticado de gastroenteritis sin haberse probado que tuviera indicios de problema cardiaco, y que fallece a las pocas horas de un imprevisible infarto de miocardio).

-[D.54/05](#) (paciente de siete meses, diagnosticado de traumatismo cráneo-encefálico leve, y dado de alta en la sanidad pública con advertencia de volver a las 24 h. para nueva observación, cuyos padres acuden seguidamente a la sanidad privada donde se le diagnostica fractura de fémur).

-[D.74/05](#) (paciente intervenida en centro sanitario privado de obesidad mórbida, que luego refiere molestias correctamente diagnosticadas en centro sanitario público como prolapso intestinal consiguiente a la operación practica, que es solventado tras una nueva intervención quirúrgica a que la paciente se somete voluntariamente en el mismo centro sanitario privado que practicó la anterior).

-[D.85/05](#) (paciente diagnosticada de tromboflebitis que deriva a embolia pulmonar).

-[D.108/05](#) (paciente politraumatizado que, estando estabilizado, solicita su traslado voluntario a otro centro sanitario público más cercano a su domicilio, donde se le producen varias complicaciones).

-[D.117/05](#) (paciente que acude a centro sanitario público refiriendo dolores inespecíficos por los que es correctamente tratado, si bien días después acudió a otros centro sanitario público donde se le diagnosticó un pequeño neumotórax).

-[D.45/07](#) (paciente con sintomatología prostática adecuadamente tratada, que luego presenta neoplasia vesical silente que impedía su tratamiento precoz).

-[D.93/07](#) (paciente con sintomatología de protusión adecuadamente tratada que luego presenta hernia discal intervenida en sanidad privada).

-[D.16/08](#) (paciente adecuadamente diagnosticada y tratada de dolor lumbociático que luego es operada de hernia discal en la sanidad privada).

-[D.47/08](#) (paciente correctamente diagnosticado de fistula o hidrosadenitis perianal cuya curación espontánea se comprueba al ser intervenido y objetivarse entonces una hidrosadenitis inguinal que se opera correctamente en ese momento).

-[D.59/08](#) (paciente correctamente diagnosticado y tratado de gastroenteritis aguda que fallece horas después en su domicilio por una parada cardio-respiratoria que la autopsia revela como producida por una estenosis aórtica congénita, que hasta entonces había sido asintomática y silente).

-[D.156/08](#) (paciente bien diagnosticado con arreglo al cuadro clínico que presentaba en cada momento y que resultó padecer fibromialgia, síndrome de difícil diagnóstico solo diferenciado por la OMS desde 1992).

-[D.21/09](#) (paciente con obesidad mórbida correctamente diagnosticada y tratada de quistes hepáticos, que presenta inopinadamente una neoplasia de colon de la que fallece).

-[D.27/10](#) (paciente al que, a la vista de una RN que presenta como “falso positivo” una rotura de menisco, es sometido a una artroscopia, de la que no resultan daños probados, pero que releva que el menisco está íntegro y que el paciente sufre una condromalacia).

-[D.13/11](#) (paciente con politraumatismo y secuelas tras caída desde una altura de cuatro metros, correctamente diagnosticado y tratado, que presentó luego un diagnóstico privado de *sospecha* de hernia diafragmática que no se objetivó al ser intervenido, aunque la operación de toracotomía descubrió y reparó una rotura del diafragma).

-[D.63/11](#) (paciente con un cuadro de parestesias faciales, disestesias y disartria de casi 10 años de evolución, que, tras un episodio agudo en el que se le practican en el Servicio de Urgencias de su Centro sanitario público pruebas analíticas y de TAC sin contraste, es diagnosticada allí de parálisis facial periférica; pero que, 4 días después, reingresa en un Hospital de referencia donde, tras practicarle nuevos TAC, RMN y arteriografía, es diagnosticada de posible ictus isquémico vertebro-basilar asintomático y de un aneurisma en la bifurcación de la arteria cerebral media –ACM- derecha, sin posibilidad de embolización, por lo que, tras un periodo en lista de espera, es objeto allí mismo de una craneotomía con clipaje del aneurisma, de la que resultan secuelas de edema cerebral post-quirúrgico, no de sutura, y paresia braquial y crural, que son riesgos típicos objeto de consentimiento informado y que remiten con el tiempo).

*-Por inexistencia de retraso en el diagnóstico:*

-[D.2/07](#) (alegado retraso diagnóstico de paciente fallecido con cáncer pancreático metastático; inexistencia por la rapidez con que actúa esta dolencia y corrección de los diagnósticos iniciales según la sintomatología del paciente).

-[D.88/09](#) (paciente con antecedentes carcinomatosos, derivado por su Oncólogo al ORL para valorar una biopsia que no se realiza hasta 3 meses después, al presentar, primero, adenopatías de sintomatología aparentemente inflamatoria y, luego, afonía que radiológicamente sugería una afección del nervio recurrente, si bien un TAC y biopsia posteriores revelan que todo ello es consecuencia de un carcinoma pulmonar metastático incoercible aunque se hubiera dispuesto de un diagnóstico precoz).

-[D.53/10](#) (paciente con molestias gástricas a la que se practica una gastroscopia que no revela la tumoración ovárica que aparece en una revisión

ginecológica posterior y que resulta ser derivación metastática de un carcinoma gástrico de rápida evolución).

-[D.76/10](#) (paciente a la que se le diagnostica carcinoma ovárico sin el retraso alegado por la reclamante que entra dentro de los estándares del diagnóstico precoz dada la sintomatología que fue presentando)

-[D.5/11](#) (paciente diagnosticada y tratada correctamente de cefalea migrañosa que, al día siguiente, presenta una hemorragia subaracnoide correctamente tratada).

-[D.65/11](#) (paciente diagnosticado y tratado acertadamente del *Síndrome de Guillain Barré* tras diez días en que fue atendido de urgencia según la sintomatología que presentaba debido al difícil diagnóstico temprano de esta dolencia).

-[D.25/13](#) (paciente con carcinoma de mama correctamente tratada sin retraso en el tratamiento).

*-Por inexistencia de denegación injustificada de pruebas diagnósticas:*

-[D.2/07](#) (falta de prueba de la alegada denegación de práctica de TAC pélvico a paciente que luego fallece de cáncer de páncreas).

*-Por irrelevancia práctica en el caso de la prueba diagnóstica omitida.*

-[D.2/07](#); [D.88/09](#), [D.37/11](#) (paciente que hubiera fallecido igualmente aunque la prueba omitida se hubiera realizado).

-[D.49/07](#) (paciente fallecida de infarto de miocardio -IAM- sin habersele podido practicar una resonancia magnética -RNM- por su obesidad mórbida, sin nexo causal entre ambos eventos).

-[D.8/09](#) (paciente bien diagnosticado y tratado de contractura en la sanidad pública, al que una innecesaria RNM practicada en la sanidad privada descubre un liposarcoma).

-[D.37/11](#) (falta de carácter predictivo de las pruebas omitidas, por lo que no existe pérdida de oportunidades terapéuticas).

*-Por inexistencia de retraso en la práctica de prueba diagnóstica:*

-[D.10/05](#) (paciente diagnosticada correctamente en centro sanitario público de diverticulitis aguda, a quien, desaparecida la inflamación que desaconsejaba la prueba y estando citada para la misma, se le practica, en centro sanitario privado, una colonoscopia que revela carcinoma de colon).

-[D.33/12](#) (paciente menor de edad ingresada en el Servicio de Urgencias por amigdalitis que deriva a shock séptico del que fallece, sin que los ligeros

retrasos en la práctica de algunas pruebas diagnósticas hayan influido en la evolución general del cuadro clínico).

*-Por inexistencia de retraso en la comunicación de los resultados de una prueba diagnóstica:*

-[D.1/07](#) (alegado daño moral por imposibilidad de haber abortado un niño nacido con síndrome de Down tras comunicación tardía inexistente del resultado de una amniocentesis correctamente practicada a una embarazada de riesgo con 39 años de edad y 15 semanas de gestación).

-[D.15/13](#) (inexistencia de daño indemnizable en el caso de una paciente con neumonía ya curada a la que se practicó una broncoscopia para biopsia, la cual se analizó dos veces en el mismo centro hospitalario y una tercera en un hospital de referencia, lo que explica que se retrasase un mes la comunicación de su resultado favorable, tiempo que se estima razonable en el caso concreto).

*-Por inexistencia de retraso en el tratamiento:*

-[D.45/07](#) (alegado retraso en el tratamiento de un paciente con sintomatología prostática que luego presenta neoplasia vesical).

-[D.4/09](#) (alegado retraso en la práctica de colostomía por peritonitis iatrogénica tras colonoscopia a paciente que muere después).

-[D.33/10](#) (paciente con linfoma folicular indolente, no Hodgkin, que sana con quimioterapia, sin apreciarse retraso excesivo en el tratamiento ya que se debe a actos propios del paciente).

-[D.74/10](#) (paciente operado de osteonecrosis metatarsica en un pie al que se recomienda caminar a los dos días de la intervención, aunque luego presenta secuelas típicas dolorosas que requieren nueva rehabilitación e incluso una nueva intervención en el futuro).

*-Por inexistencia de error en la continuación del tratamiento:*

-[D.11/08](#) (paciente fallecido de adeno-carcinoma colon en metástasis cuyo tratamiento con quimioterapia no se interrumpió pese a una analítica baja en plaquetas que no lo impedía).

*-Por inexistencia de error en el tratamiento:*

-[D.31/07](#) (paciente con miopía graduada por el Servicio de Oftalmología de un centro sanitario público con 0,5 dioptrías de diferencia con respecto a la graduación efectuada luego en una Óptica privada, concurriendo la circunstancia de falta de prueba).

-[D.96/08](#) (paciente cardiopático crónico tratado con *Sintrom* en la sanidad pública, al que se implanta un marcapasos en la privada que luego debe ser eliminado).

-[D.17/09](#) (paciente con artrosis en ambas manos que, citado para eliminar un osteofito en la izquierda, consiente verbalmente que se le intervenga antes un dedo en gatillo en la derecha que le molesta más y, subsanado el error administrativo consistente en habersele notificado que la intervención practicada había sido de síndrome del túnel del metacarpiano, se le interviene posteriormente la mano izquierda, si bien para la desbridación previa de una vaina tendinosa que era necesaria para, en una tercera intervención, eliminar, finalmente, el osteofito, todo ello con arreglo a la *lex artis* y sanación final del paciente).

-[D.30/09](#) (paciente tratada adecuadamente en diversas crisis de un síndrome psiquiátrico maniforme evolutivo).

-[D.74/09](#) (paciente con epilepsia mioclónica juvenil que presenta efectos secundarios debido a su idiosincrasia y al periodo de adecuación de las dosis de la medicación adecuada).

-[D.75/09](#) (paciente diabético al que se prescribe metformina y pregabalina sin que se pruebe que hayan desencadenado una acidosis láctica ni muerte súbita).

-[D.88/09](#) (paciente tratado adecuadamente según la sintomatología que presentaba al ser atendido en cada momento, aunque luego se comprueba que padecía un carcinoma irreversible).

*-Por inexistencia de daño tras un error en el tratamiento:*

-[D.26/09](#) (alegados posibles daños por sobredosis de un fármaco que no se materializaron ni probaron).

*-Por inexistencia de daño tras un retraso en la comunicación de pruebas diagnósticas que no conllevó pérdida de oportunidades terapéuticas.*

-[D.62/09](#) (paciente a la que se comunica con retraso de dos meses el resultado de una biopsia con neoplasia mamaria cuyo diagnóstico no empeoró ni tampoco cambió su tratamiento consistente en una mastectomía que resultó satisfactoria; y no existiendo daño moral ya que el shock emocional se hubiera producido cualquiera que hubiera sido el momento de comunicación de la dolencia).

*-Por inexistencia de daño tras un cambio de tratamiento.*

-[D.2/11](#) (paciente al que no se practica una prostatectomía radical por decidirse en el mismo quirófano sustituirla por un tratamiento radioterápico a la vista de su idiosincrasia).

*-Por riesgo típico asumido al prestar el consentimiento informado:*

-[D.38/05](#) (paciente totalmente histerectomizada que deriva a lesiones vesicales y uretrales).

-[D.83/05](#) y [D.89/07](#) (pacientes intervenidos en una operación de recambio de prótesis de cadera de la que resulta como secuela una neuropatía del nervio ciático).

-[D.86/05](#) (paciente que fallece por perforación esofágica subsiguiente a una intervención quirúrgica para extraer un cuerpo extraño que se había tragado).

-[D.3/07](#) (riesgo típico con consentimiento informado de complicaciones subsiguientes a intervención de reducción de estómago en paciente con obesidad mórbida que conducen a su fallecimiento).

-[D.46/07](#) (paciente con “boca séptica” que pierde un diente en la intubación de una operación quirúrgica).

-[D.50/07](#) (paciente a la que se practica una punción mamaria que deriva a infección mamaria).

-[D.90/07](#) (fractura de Colles mal consolidada por no acudir el paciente a revisión en los tiempos prescritos).

-[D.107/07](#) (exéresis de ganglión en la mano derecha con secuelas debidas al historial de base del paciente).

-[D.108/07](#) (secuelas de intervención de hernia discal).

-[D.118/07](#) (secuelas de intervención para renovar una prótesis de cadera).

-[D.15/08](#) (infección subsiguiente a implante de prótesis total de rodilla).

-[D.128/08](#) (paciente con epistaxis incoercible que pierde la visión de un ojo por obstrucción de arteria oftálmica central de la retina, tras una embolización selectiva de las arterias esfenopalatinas con micropartículas esféricas, siendo riesgo típico sobre el que recayó consentimiento informado).

-[D.64/10](#) (paciente con restos placentarios post-parto).

*-Por riesgo típico inherente al adecuado tratamiento dispensado, habiéndose observado la lex artis ad hoc y recaído al respecto el consentimiento informado:*

-[D.111/07](#) (paciente con Hepatitis C tratado con *Interferón* que produce psoriasis).

-[D.12/09](#) (paciente al que se le practica una artroplastia total de la rodilla izquierda que lesiona el nervio ciático poplíteo externo izquierdo con resultado de debilidad para la dorsiflexión y eversión del pie izquierdo).

-[D.16/09](#) (paciente que se somete a una interrupción voluntaria de embarazo acogida al supuesto exonerador penal de posibles malformaciones fetales, mediante un legrado incompleto (riesgo típico, que exige uno nuevo posteriormente) practicado, por pérdida de líquido amniótico (sugere también de daños fetales) tras una amniocentesis realizada para comprobar los resultados de una prueba de *triple screening* que sugería posibles cromosopatías fetales, las cuales, una vez practicado el aborto, no resultan corroboradas:

-[D.37/09](#) (paciente correctamente diagnosticado y operado de Hallux Valgus con secuelas iatrogénicas de limitaciones de flexibilidad articular y motora en el pie).

-[D.41/12](#) (paciente fallecida por perforación del duodeno y pancreatitis aguda, riesgos típicos objeto del consentimiento informado tras una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) practicada con arreglo a la *lex artis* y siendo atribuible el deceso a la idiosincrasia previa de la paciente).

*-Por inexistencia de revelación indebida de datos de la historia clínica.*

-No existe infracción de la legislación de protección de datos ni hay título de imputación de responsabilidad patrimonial, aunque pudiera ser una eventual infracción (no probada en el caso) de la deontología profesional colegial, en el caso de una Psiquiatra que entrega a familiares de una paciente (que está presente en el acto, aunque no asume su grave enfermedad psíquica) los partes de baja de la misma e información sobre su estado de salud para entregar al Juez, con objeto de que éste pueda acordar su internamiento involuntario: [D.30/09](#)

*-Por imposibilidad de imputar el daño a la Administración que no comporta propiamente el deber de soportarlo sino la consecuencia lógica de no haber podido imputárselo. [D.55/05](#)*

-[D.25/07](#) (Hepatitis C contagiada por transfusión hospitalaria en 1983 cuando el estado de la Ciencia no permitía aislar el virus correspondiente).

*-Por inexistencia de relación causal según el criterio de la “condicio sine qua non”:*

-[D.97/06](#) (paciente de fallece por infarto de miocardio, sin que en ello influya un ligero retraso en su traslado en ambulancia al Hospital).

-[D.121/07](#) (rotura de dientes por caída de la camilla durante su asistencia sanitaria sin prueba de que se deba a funcionamiento anormal del servicio público sanitario) Cfr. otros casos de caída de camilla con circunstancias diferentes: [D.92/03](#); y [D.16/06](#), [D.34/06](#) y [D.57/06](#)

-[D.77/10](#) (paciente que fallece por parada cardio-respiratoria, sin en ello influya su atención previa por el servicio de atención urgente a domicilio)

-[D.45/11](#) (paciente al que un Cirujano General practica conforme a la *lex artis ad hoc* la exégesis de un quiste facial de la que resultan secuelas cicatriciales “en culo de pollo” que no pueden ser imputadas como perjuicio estético alegando que debió haber sido operado por un Cirujano Plástico).

-[D.53/11](#) (paciente con pie diabético que se traslada voluntariamente a centro sanitario privado para diagnóstico y tratamiento).

*-Por la idiosincrasia, configuración psico-física o enfermedad previa del paciente:*

-[D.4/07](#) (proceso isquémico).

-[D.46/07](#) (boca séptica).

-[D.115/07](#) (graduación oftalmológica antigua).

-[D.18/08](#) (paciente totalmente histerectomizada y portadora del virus del papiloma humano que cursa a neoplasia de cérvix correctamente diagnosticada en la sanidad pública y quirúrgicamente tratada en la privada por voluntad de la paciente).

-[D.70/08](#), [D.116/08](#) (paciente menor de edad a la que no se le detecta en Consulta de Pediatría un glaucoma congénito, patente por fotografías, y correctamente tratado unos días después pues dicha mala praxis y pequeño retraso en el tratamiento no es causa del daño ni de su agravación, sino la idiosincrasia congénita de la paciente).

-[D.133/08](#) (paciente con meniscos discoides que siguen molestando -pese a la artroscopia realizada sin prueba de mala praxis-, debido a un proceso artrósico degenerativo en ambas rodillas).

-[D.149/08](#) (paciente con anatomía testicular anómala que impide la agenesia tras una vasectomía convencional infructuosa que debe reiterarse).

-[D.74/09](#) (paciente con epilepsia mioclónica juvenil que presenta efectos secundarios debido a su idiosincrasia y al periodo de adecuación de las dosis de la medicación adecuada).

-[D.88/09](#) (paciente con antecedentes oncológicos que termina falleciendo por carcinoma pulmonar incoercible).

-[D.4/10](#) (paciente con herida nasal por agresión con vidrio que reclama daños derivados no de su tratamiento médico sino de la agresión efectuada por un tercero).

-[D.4/12](#) (paciente cuyos alegados daños derivan de su patología cardiológica crónica y de su estado psicológico previo de ansiedad por motivos familiares y no de la correcta atención sanitaria recibida).

-[D.36/12](#) (paciente fallecido por carcinoma de páncreas que no acudió a la cita programada en la sanidad oñublica para la práctica de una colonoscopia al trasladarse voluntariamente a un centro sanitario privado).

-[D.41/12](#) (paciente fallecida por perforación del duodeno y pancreatitis aguda, riesgos típicos objeto del consentimiento informado tras una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) practicada con arreglo a la *lex artis* y siendo atribuible el deceso a la idiosincrasia previa de la paciente).

-*Por falta de prueba:*

-De la legitimación activa:

-[D.50/13](#) (reclamación presentada por una hermana no conviviente con el difunto la cual, no estando amparada por la presunción jurisprudencial a favor del cónyuge supérstite, los hijos y los padres, no acredita el daño moral que le haya producido el fallecimiento de su anciano hermano tras una cirugía cardíaca en un centro sanitario concertado).

-De la realidad del daño: [D.42/06](#); [D.31/07](#); [D.47/08](#); [D.8/09](#), [D.16/09](#), [D.31/10](#), [D.72/10](#), [D.59/11](#), [D.60/11](#).

-De la efectividad del daño tras un error de diagnóstico:

-[D.60/11](#) (paciente diagnosticada, por la sanidad pública, en el Programa de detección precoz de cáncer de mama, y tras estudio mamográfico y ecográfico, de una densidad asimétrica focal de la mama derecha con clasificación 3 BI.RADS, pero que no solicita segunda opinión médica en la sanidad pública ni espera a la cita para revisión a los tres meses, sino que, sin mediar urgencia vital, se traslada, inmediata y voluntariamente, a la sanidad privada, donde la mamografía y una biopsia revelan una clasificación 4 BI-RADS, que no compromete su curación ni ocasiona daños morales, aunque no se ha probado si el error en el diagnóstico por imagen padecido en la sanidad pública se debe a una mayor resolución de los aparatos empleados por la sanidad privada o a una mayor pericia de los Facultativos de ésta).

-[D.12/11](#) (paciente infértil por azoospermia, al que, ante la eventual extirpación de ambos testículos por sospecha de una tumoración maligna en los mismos, se le niega una previa extracción y conservación de esperma para eventuales inseminaciones posteriores; y, realizada la extirpación bilateral, resulta, en el análisis definitivo de anatomía patológica post-operatoria, que las tumoraciones derivan de una hiperplasia benigna de células de Leydig para la que no está indicada la doble extirpación testicular practicada, pero sin que exista daño efectivo en

la negativa pre-óperatoria a la solicitada extracción de semen ya que el paciente era previamente azoospermico).

-De la inobservancia de la *lex artis ad hoc*": [D.73/05](#); [D.91/06](#); y [D.1/07](#), [D.3/07](#), [D.12/07](#), [D.29/07](#), [D.102/07](#), [D.108/07](#), [D.123/07](#); [D.133/08](#); [D.5/09](#), [D.47/09](#), [D.94/09](#), [D.95/09](#), [D.4/10](#), [D.26/10](#), [D.27/10](#), [D.49/10](#), [D.64/10](#), [D.74/10](#), [D.9/11](#), [D.59/11](#), [D.80/11](#), [D.11/12](#).

-Del origen hiatrogénico y no traumático de la lesión: [D.11/12](#).

-Del retraso en el tratamiento:

-[D.4/10](#) (paciente con herida nasal por agresión con vidrio que, tras ser tratado adecuadamente en la sanidad pública de la secuela normal de cicatriz hipertrófica queloidea, acude una semana después a la sanidad privada donde es tratado de necrosis cutánea, sin probar si dicha evolución era previsible al ser tratado en la sanidad pública).

-[D.26/10](#) (paciente con artrosis residual tras artroscopia de rodilla listada de espera en grado de urgencia tres y pospuesta ante una colicestomía laparoscópica urgente).

-[D.25/13](#) (paciente con carcinoma de mama correctamente tratada sin prueba de retraso en el tratamiento).

-Del error en el tratamiento:

-[D.27/10](#) (paciente en cuya historia clínica consta que es alérgico al ácido acetil salicílico y se le prescribe Ennatyum (Dexkletoprofeno) lo que, según alega, le provocó un asma leve que cede con autoadministración de Ventolin, pero sin acudir a los Servicios sanitarios al efecto).

-De la paternidad del reclamante:

-Es esencial en alegados daños por embarazo no deseado tras una vasectomía realizada en Hospital público, seguida de aborto y nueva vasectomía que impide probar si había habido recanalización tras la anterior: [D.90/06](#).

-De la denegación de asistencia:

-[D.75/10](#) (paciente con secuelas típicas de limitación de movimiento susceptible de mejora con nueva rehabilitación, que no prueba que se le haya negado la rehabilitación tras una fractura, ni que la practicada por una profesional eventual fuera incorrecta.).

-Falta de toda actividad probatoria aun de principio sobre el daño, la causa y la inobservancia de la *lex artis* alegados: [D.42/09](#), [D.75/09](#), [D.31/10](#), [D.49/11](#), [D.80/11](#).

*-Por la doctrina del standard de los servicios que impide tener todos en el mismo centro sanitario:*

-[D.102/07](#) (paciente de 9 años de edad tratada con vancomicina y fallecida al no poder desobstruir una válvula ventriculoperitoneal que tenía implantada desde su nacimiento ni poderla derivar a tiempo al centro de neurocirugía de referencia).

-[D.4/10](#). No resulta exigible la existencia de Cirujano Plástico en el Servicio de Urgencias para atender una herida nasal que fue asistida por el Otorrinolaringólogo de guardia según la Cartera de Servicios del Centro hospitalario-

-[D.45/11](#). No resulta exigible ser operado de un quiste facial por un Cirujano Plástico en vez de por un Cirujano General.

-[D.54/11](#). No resulta exigible ser suturada una herida facial por un Cirujano Plástico en vez de por un Cirujano General al no existir la Especialidad de Cirujía plástica o estética en la cartera del Servicio de Urgencias.

-[D.44/13](#). No resulta exigible la práctica de una biopsia endomiocárdica para detectar una posible miocarditis linfocitaria pues dicha prueba sólo esta disponible en algunos centros hospitalarios de nuestro país y exige alguna sintomatología previa y que la situación del paciente la permita.

-[D.44/13](#): No resulta exigible la existencia de UVI dentro del Hospital cuando los riesgos típicos asociados a la intervención no la requerían y si, como era el caso, se disponía de una a la que derivar el paciente en caso de necesidad, sin que se haya aportado prueba alguna que indique que, ante la materialización de aquellos riesgos, en una UVI se le hubieran dispensado a la paciente atenciones y medios sanitarios (seguimiento, pruebas diagnósticas, tratamiento farmacológico) distintos o mejores de los que de modo efectivo se le prestaron y que todos los estudios médicos coinciden en afirmar fueron correctos.

*-Por la doctrina del daño producido “con ocasión” del servicio pero no “como consecuencia” del mismo:*

-[D.9/11](#) (paciente hipertensa atendida en el Servicio de Urgencias por una fuerte cefalea que se fractura la muñeca al incorporarse voluntariamente de la camilla en la que había sido colocada); estimando que concurre también el criterio exonerador del riesgo general de la vida.

*-Por concurrencia de la excepción de cosa juzgada:*

-[D.87/08](#) (paciente oncológico que se somete voluntariamente en la sanidad privada aun tratamiento con infusión hepática de microesferas de Itrio 90, inexistente en la cartera de servicios de la sanidad pública, y al que un sentencia firme de la jurisdicción social, competente en materia de reintegro de gastos en la sanidad privada, denegó dicho reintegro por no concurrir urgencia vital, error de diagnóstico ni denegación de asistencia en la sanidad pública.).

-[D.56/09](#) (paciente que se suicida tras haber solicitado su alta voluntaria, habiendo sobreseído la causa la jurisdicción penal por entender que la atención sanitaria prestada al mismo había sido correcta).

*-Por alta voluntaria del paciente:*

-[D.56/09](#) (paciente en tratamiento con metadona, pero cuyos antecedentes de toxicomanía, enfermedad psíquica y parientes suicidas no fueron revelados a los servicios sanitarios, que ingresa por ingestión de productos cáusticos y, contra el criterio médico, aunque su estado no imponía el internamiento forzoso, exige su alta voluntaria y, poco después, aparece muerto -sin pruebas de si fue por accidente o por suicidio-, al precipitarse al vacío en el acceso a un aparcamiento subterráneo).

-[D.8/11](#) (paciente oftalmológica que, antes de concluir la preparación preliminar de dilatación pupilar para poder examinarla, se va del Centro sanitario público y se traslada voluntariamente para diagnóstico y tratamiento a Centros privados de cuyos gastos pretende luego ser reintegrada).

-[D.43/11](#) (paciente que se niega a someterse a una nueva intervención quirúrgica para solventar la pseudoartrosis que presentaba como riesgo típico objeto de consentimiento informado tras un politraumatismo por accidente de tráfico tratado en varias intervenciones de urgencia vital).

-[D.53/11](#) (paciente con pie diabético que se niega a pruebas diagnósticas por imagen propuestas conforme a la *lex artis* por el servicio público de salud antes de decidir sobre la amputación y se traslada para tratamiento voluntariamente a un centro privado).

*-Por falta de legitimación activa:*

-[D.78/09](#) (paciente que fallece tras padecer fuertes dolores oncológicos que no fueron paliados adecuadamente por creerlos de origen traumatológico; son daños personales imputables la Administración sanitaria, pero que solo pudo reclamar el afectado en vida y no lo hizo pues no ratificó la reclamación presentada en su nombre por la familia, y, una vez fallecido, no pueden reclamar sus familiares, quienes tampoco los alegan como daños morales irrogados a la familia).

*-Por falta de legitimación pasiva*

-[D.64/12](#) (paciente que alega hacer contraído vitíligo tras ser tratado con corticoides en una afección reumatológica, pues en el caso hipotético -que no concurría en ese expediente-, de que el estado de la ciencia hubiera determinado un nexo causal entre dicho tratamiento y la referida enfermedad dermatológica, la responsabilidad habría recaído sobre el Estado cuya Agencia del Medicamento no lo advertía en el prospecto del corticoide, impidiendo así la facilitación y prestación del consentimiento informado).

*-Por la doctrina del estado de la ciencia.*

-[D.64/12](#) (paciente a la que adviene un vitíligo tras un tratamiento reumatológico con corticoides sin que el estado de la ciencia en 2012 permita conocer si hay nexo causal entre dicho tratamiento y la referida enfermedad dermatológica).

*-Por inexistencia del daño:*

-En aplicación de la doctrina de la “*actio non nata*”:

-[D.4/10](#) (reclamación prematura de gastos previstos en sanidad privada por una futura intervención reparadora de cirugía estética nasal tras secuelas cicatriciales por una agresión con vidrio).

-[D.71/10](#) (reclamación prematura de indemnización por perjuicio estético a consecuencia de una secuela cicatricial aún no estabilizada tras una electrocoagulación nasal).

-Concurrencia del “*síndrome de renta*”: [D.31/10](#).

*-Por interferencia del paciente en el nexo causal:*

-[D.66/11](#) (paciente con marcapasos que no acude a la cita programada para la sustitución de la pila o generador temporal del mismo y sufre una lesión por caída doméstica, sin prueba de si se debió a un tropiezo causal o a un síncope por disfunción del MP).

### **-Imputación:**

*-Por error de diagnóstico que provoca daños morales:*

-[D.79/10](#) (paciente a la que, en una conización, se le diagnostica un abultado tumor como carcinoma “*in situ*” cuando, en realidad, se trataba de un carcinoma invasor en estadio avanzado, pues, independientemente de si el resultado hubiera sido el mismo en ambos casos, se han irrogado a la paciente daños morales consistentes en la preocupación psicológica sobre cual sería su estado de no haber existido aquel error).

*-Por error o retraso en el diagnóstico que comporta pérdida de oportunidades terapéuticas:*

-[D.53/05](#) (paciente menor de edad diagnosticado erróneamente de ordiepididimitis, cuando parecía torsión testicular que condujo a necrosis y orquiectomía).

-[D.70/08](#) (paciente menor de edad a la que no se le detecta en Consulta de Pediatría un glaucoma congénito, patente por fotografías, si se prueba dicha patencia).

-[D.102/10](#) (paciente con torsión testicular perinatal que condujo a extirpación de un testículo sin derivación a tiempo al Hospital de referencia debido al retraso en practicar distintas pruebas sobre el hidrocele inicial que presentaba).

-[D.37/13](#) (paciente diagnosticada de cervico-braquialgia contractural que resulta ser una miobratosis agresiva que obligó a la amputación del brazo derecho).

*-Por error o retraso en el diagnóstico motivado por no realización de pruebas necesarias:*

-[D.91/05](#) (paciente diagnosticado en centro sanitario público de hipoacusia coclear izquierda sin practicar un TAC que luego se practicó en un centro sanitario privado donde fue diagnosticado un neurinoma del acústico; a diferencia del caso contemplado en el [D.41/10](#) en el que al paciente se le practicó a tiempo la RNM que detectó el neurinoma, por lo que el Consejo entendió que no existía responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria).

-[D.56/08](#) (paciente diagnosticado de vértigos periféricos sin practicar una audiometría que un mes después reveló una sordera súbita del oído izquierdo que hubiera sido tratable pero que había devenido irreversible).

-[D.105/08](#) (paciente con hemoptisis frecuentes y sospecha de bronquiectasias tras un TAC ordinario, a la que, pese a pedir segunda opinión médica en el sistema sanitario público, no se le diagnostican bronquiectasias crónicas hasta que voluntariamente acude a la sanidad privada donde se le practica un TAC torácico de alta resolución).

-[D.38/10](#) (paciente con acúfeno y vértigo al que se practica un TAC pero no una RN que era precisa para descubrir un neurinoma de acústico que se le diagnostica cuando la RN se lleva a cabo).

-[D.63/10](#) (paciente al que la no realización de una temprana colonoscopia impide el diagnóstico precoz de una neplasia estenosante de sigma).

-[D.15/12](#) (paciente con alegada y no probada insuficiencia venosa crónica, cuya evolución, tampoco probada, a profunda achaca a un retraso de 2 meses en el diagnóstico, en el tratamiento suspendido con anticoagulantes y en la práctica

de un eco-doppler tras un segundo episodio trombótico, apreciándose en este caso daños morales de 6000 euros sólo por el retraso en la práctica de esta última citada prueba diagnóstica).

*-Por error de diagnóstico que conlleva retraso en el tratamiento correcto:*

-[D.31/06](#) (paciente menor de edad diagnosticado de conjuntivitis, que luego resultó ser una dacriocistitis por obstrucción congénita de lacrimales, lo que requirió cinco intervenciones quirúrgicas).

-[D.9/09](#) (paciente con herida rotuliana por agresión violenta, al que sólo seis meses después se le detecta y extrae un cuerpo extraño -cristal- incrustado).

-[D.99/10](#) (paciente con enfermedad de Crohn, finalmente tratada de forma correcta, pero al que, con mismos síntomas, se le había antes diagnosticado y tratado de colon irritable y, por error, se le había comunicado el diagnóstico de otro paciente que padecía cáncer, generándole ambas circunstancias molestias y zozobras que debían haberse evitado).

-[D.49/12](#) (paciente de 4 años que, conducida por su madre a la sanidad pública por sospecha de déficit de audición, es, en la opinión mayoritaria del Consejo, erróneamente diagnosticada de retraso en el desarrollo del lenguaje y la comunicación, cuando, en la sanidad privada, es correctamente diagnosticada de hipoacusia bilateral de probable origen genético. Hay un voto particular de la Consejera D<sup>a</sup> Carmen Ortiz Lallana en el sentido de que la reclamación debe ser desestimada al entender que no existió error ni retraso en el diagnóstico, pues las pruebas diagnósticas realizadas en la sanidad pública fueron las posibles y adecuadas por razón de la edad, colaboración y estado de la paciente en el momento de su realización, sin perjuicio de una evolución posterior de su dolencia que condujo al diagnóstico final de hipoacusia).

*-Por error en la valoración médica de la prueba diagnóstica practicada al paciente.*

-[D.12/13](#) (paciente azoospermico, con antecedentes de atrofia testicular, infertilidad y criptorquidia, que presenta en ambos testículos unos nódulos que, al ser biopsiados intraquirúrgicamente bajo anestesia general, son informados como sugestivos de sendos seminomas malignos, por lo que se procede seguidamente a una orquiectomía bilateral con implantación de prótesis sustitutiva; pero que, en el análisis definitivo de anatomía patológica post-operatoria son informados como resultado de una hiperplasia benigna de células de Leydig para la que no está indicada la doble extirpación testicular practicada).

*-Por error en la comunicación al paciente del diagnóstico*

-[D.99/10](#) (daños morales causados a un paciente al que, por error, se le comunica el diagnóstico de otro paciente que padecía cáncer).

-Por inobservancia de la “lex artis ad hoc”:

-[D.25/06](#) (error en la calificación de la urgencia de un caso pese a reiteradas peticiones de asistencia por teléfono).

-[D.28/06](#): no ofrecimiento al paciente de medios terapéuticos (en el caso un tratamiento quirúrgico-oftalmológico) que podían haber curado o mejorado su enfermedad y que éste obtiene luego en la sanidad privada: [D.28/06](#)

-[D.34/07](#) (perforación de recto en uretrotomía interna endoscópica en paciente con estenosis total de uretra sin malformaciones congénitas, que obliga a una colostomía de descarga y de la talla vesical, que causa gota, depresión psíquica y angina de pecho reactiva al paciente, luego resueltos satisfactoriamente y que se indemnizan como daño moral).

-[D.63/08](#) (pérdida del bazo subsiguiente a su perforación al practicar una punción pleural).

-[D.51/09](#) (estenosis del conducto hepatocolédoco por sutura iatrogénica al cerrar una fístula biliar producida como riesgo típico tras una colecistectomía laparoscópica).

-[D.69/09](#) (lesión inflamatoria abdominal que la Administración sanitaria no ha probado que no haya sido causada por la migración de uno de los clips empleados para la extirpación laparoscópica de la vesícula biliar, sin advertencia de riesgo típico en el consentimiento informado).

-[D.7/10](#) (perforación del recto inferior que obliga a una sigmoidectomía de Hartmann urgente en un paciente anciano cuya oclusión intestinal por fecaloma comenzó siendo tratada con la autoadministración torpe de un enema y un posterior sondaje ineficaz).

-[D.18/10](#) (perforación del intestino que provoca una peritonitis fecaloidea tras una histerectomía).

-[D.63/10](#) (paciente con sangrado intestinal que es objeto de diversos errores médicos, aunque sólo se reputan relevantes: i) no haberle realizado una temprana colonoscopia, que impidió un diagnóstico precoz de la neoplasia estenosante de sigma que padecía; ii) tratarle con retraso una fístula producida por su intubación; y iii) suturarle o electrocoagularle mal el sangrado, conduciéndole a un grave proceso respiratorio y hemodinámico que terminó con su fallecimiento).

-[D.77/11](#) (embarazada gemelar, bicorial y biamniótica con uno de los fetos en posición podálica a la que, pese a haber inscrito en el Registro de instrucciones previas su oposición a las transfusiones de sangre, por su condición de testigo de Jehová, no se le aplica inicialmente, por desconocimiento, el vigente *Protocolo de actuación quirúrgica para testigos de Jehová*, que forma parte de la *lex artis ad hoc*, sino que es citada para una cesárea de alto riesgo, aunque no urgente, y, cuando se le informa de que no existe en la cartera de servicios de

la Administración sanitaria actuante la práctica de dicha intervención sin eventuales transfusiones sanguíneas, ni el traslado en ambulancia a centros privados caso de alta voluntaria, se niega a firmar el consentimiento informado, a permanecer ingresada mientras se busca otro centro sanitario público que pueda atenderla, pide el alta voluntaria y se traslada por su cuenta a un centro sanitario privado donde es intervenida con éxito sin transfusión sanguínea; si bien el Consejo entiende que sólo son indemnizables en este caso los daños morales temporales por la zozobra causada por la inobservancia inicial del meritado *Protocolo* y no los gastos en la Sanidad privada asumidos por decisión voluntaria de la paciente).

*-Por error de o en el tratamiento, en su caso, quirúrgico:*

-[D.64/05](#) (paciente de cólico nefrítico tratado con Nolotil que luego resulta ser alérgico a las pirozolonas y alega haber advertido esa circunstancia que no consta en la historia clínica ya que no se cumplimentó debidamente).

-[D.123/05](#) (paciente al que se extrae una pieza dentaria sana en vez de la afectada).

-[D.113/08](#) (paciente a la que se practica, sin consentimiento informado, una mamoplastia de reducción, de la que deriva, como riesgo típico postoperatorio, una infección mamaria, tratada con antibióticos inespecíficos al no haber hecho un cultivo para antibiograma, y, tras fracasar una operación tardía de desbridamiento de la necrosis, exige una mastectomía).

-[D.48/09](#) (paciente cuyas múltiples adherencias intestinales post-histerectomía, exigía justificar porqué una posterior anexectomía se realizó en forma abierta (laparotomía) y no por la vía laparoscópica que le provocó una perforación intestinal que debió solucionarse tras un periodo de *ano contra natura*).

-[D.46/10](#) (joven futbolista bien diagnosticado por artroscopia de lesión meniscal y rotura parcial del ligamento cruzado anterior –LCA-, al que se le practica una meniscectomía parcial, pero no la necesaria ligamentoplastia reparadora del LCA, que debió ser realizada posteriormente).

-[D.25/11](#) (joven a la que se le practica una intervención quirúrgica de extirpación de una mastopatía fibroquística o nódulo mamario benigno, perfectamente localizado y palpable, sin diagnóstico de padecer otros similares, el cual, meses después, se descubre que no ha sido extirpado).

-[D.50/11](#) (paciente que fallece por sepsis tras una infección aguda hematógena de una prótesis de cadera, al que, según los Forenses, debió practicarse un desbridamiento quirúrgico de la articulación afectada, seguida de tratamiento antibiótico, en vez de supresión antibiótica seguida de intervención quirúrgica para desbridar).

-[D.57/12](#) (paciente que se somete a una herroidectomía con secuelas de invalidez permanente absoluta por incontinencia fecal y cuadro depresivo).

*-Por prolongación excesiva del tratamiento:*

-[D.37/07](#) (paciente tratada largo tiempo por Médico de Atención primaria con calcitonina intranasal prescrita sin pauta definida en Otorrinolaringología, que provoca perforación de tabique nasal).

*-Por denegación indebida de pruebas de control de la evolución del tratamiento:*

-[D.36/09](#) (paciente con dolor tras fractura subcapital del quinto metacarpiano de la mano derecha reducida con escayola en la sanidad pública, que no accede a comprobar radiográficamente si debe mejorarse el ángulo de reducción, como finalmente se hace en la privada hasta la curación del enfermo, habiendo alegado, pero no probado, la sanidad pública que la radiografía y la mejora angular no eran necesarias).

*-Por retraso indebido en la asistencia o demora en el “tiempo de respuesta razonable” de la sanidad pública:*

-[D.65/05](#) (paciente cardíaca tardíamente diagnosticada y trasladada al centro sanitario público donde se le practican pruebas innecesarias y acaece su fallecimiento).

-[D.25/06](#) (retraso en el envío de asistencia médica pese a reiteradas peticiones de asistencia por teléfono).

-[D.77/06](#) (retraso en pruebas diagnósticas que causan zozobra en la paciente sobre su estado de salud indemnizable como daño moral): [D.77/06](#)

-[D.106/07](#) (descoordinación entre Servicios sanitarios del mismo Hospital público que difieren el tratamiento adecuado finalmente dispensado en la sanidad privada).

-[D.24/09](#) (tardanza en reconocer y tratar las secuelas posquirúrgicas).

-[D.33/09](#) (retraso en hospitalizar a una paciente pluripatológica, bien diagnosticada por los Facultativos y bien tratada a domicilio por el Servicio de Enfermería mediante curas, de una úlcera que vira a gangrena y provoca la muerte por sepsis antes de que se emita la segunda opinión médica pedida por dichos familiares sobre la procedencia de una amputación de la pierna ulcerada, aunque lo indemnizable no es un daño por pérdida de oportunidades terapéuticas ni por mala praxis en la atención, sino exclusivamente el moral de los familiares por la zozobra causada por el retraso inicial en hospitalizar. [D.33/09](#)

-[D.41/09](#) (retraso en aplicar tratamiento rehabilitador por dificultad administrativa en nombrar un sustituto al Médico enfermo que debía pautarlo y haber tenido el paciente que acudir al efecto a la sanidad privada).

-[D.54/09](#) (retraso en diagnosticar y tratar un condroblastoma de la meseta tibial izquierda a un menor, pues, aunque el diagnóstico temprano era difícil y el diagnóstico y tratamiento posterior fue correcto, se ocasionaron daños morales por la zozobra de la espera con molestias).

-[D.22/10](#) (paciente con quiste parapiélico que provoca estenosis ureteral, correctamente diagnosticada y tratada en la sanidad pública con punción lumbar del quiste y dilatación del uréter con un catéter “doble J”, aunque dicha intervención es repetida con mayor celeridad en la sanidad privada con otra técnica de desbridación y cateterización), aquí la mayor celeridad en el “*tiempo de respuesta razonable*” de la sanidad privada es reputada por el Consejo como generadora de daños morales por el padecimiento sufrido por el paciente durante el tiempo de espera de una segunda intervención que se demostró necesaria, aunque en el caso no se probó que hubiera habido mala praxis médica.

-[D.32/10](#) (paciente que fallece por infarto agudo de miocardio tras larga espera en la Sala de Urgencia producida por su errónea clasificación por la Enfermera encargada de la clasificación o *triaje* de las urgencias).

-[D.34/12](#) (paciente diagnosticado de carcinoma vesical por el Servicio de Urología y que no es derivado pronto al de Oncología ya que se le biopsia una zona que no permite apreciar las metástasis que luego se objetivaron y provocaron el fallecimiento, siendo indemnizable el daño moral causado a su hermana por dicha pérdida de oportunidad).

-[D.21/13](#) (paciente cardiópata agudo que fallece en el hospital cuando estaba a la espera de ser intervenido quirúrgicamente para practicarle un triple *bypass* coronario en lo que se estima anormal funcionamiento del servicio público sanitario con pérdida de oportunidad terapéutica por no haber valorado debidamente la urgencia vital del caso).

*-Por desatención post-operatoria del paciente internado en el Centro privado concertado en que había sido intervenido.*

-[D.57/10](#) (paciente trasladado desde el Servicio de Cardiología de la sanidad pública a un centro privado concertado para que se le practique allí cirugía cardiovascular especializada, pero en el que, una vez realizada correctamente una valvuloplastia mitral y revascularización de doble pontaje, no se le atiende durante el periodo postoperatorio por falta de personal y medios adecuados para subvenir a su progresivo empeoramiento y que fallece tras ser finalmente trasladado a la UCI del centro sanitario público de procedencia).

*-Por funcionamiento anormal del servicio sanitario no médico:*

-[D.16/06](#) (paciente que sufre diversos incidentes, como caídas de camilla, calor excesivo, retraso y falta de atención en el traslado en ambulancia al hospital que denotan mal funcionamiento del servicio de transporte de enfermos).

-[D.57/06](#) (caída de la camilla al introducir en el hospital a un paciente politraumatizado, causándole rotura del calcáneo).

-[D.105/08](#) (no constancia en la historia clínica de la paciente de la segunda opinión médica practicada en la sanidad pública, que aconsejó una prueba diagnóstica necesaria y que no se practicó en la sanidad pública sino en la privada).

-[D.13/08](#) (paciente psiquiátrico que se lesiona al escapar del Hospital por un fallo en el sistema de vigilancia y seguridad de la salida de pacientes internados, pues en estos casos el servicio no solo comprende las atenciones terapéuticas adecuadas, sino también un deber de custodia de los pacientes internados). Sobre este deber de guardia y custodia cfr. también los [D.48/01](#) y [D.56/09](#).

-[D.32/10](#) (paciente que fallece por infarto agudo de miocardio tras larga espera en la Sala de Urgencia producida por su errónea clasificación por la Enfermera encargada de la clasificación o *triaje* de las urgencias).

-[D.74/11](#) (paciente que fallece por infarto agudo de miocardio tras ser correctamente atendido tras su traslado al Hospital, pero con pérdida de oportunidades terapéuticas ya que no recibió una atención médica temprana, aunque sí la de un transeúnte guiado telefónicamente por un Médico, por estar cerrado, sin explicación de la causa, el Centro de Salud de su municipio, al que se dirigió inicialmente y no funcionar el teléfono móvil del Médico de guardia, aunque en el caso se estimó prescripción de la acción).

*-Por inexistencia o insuficiencia del consentimiento informado prestado:*

-[D.34/07](#) (paciente al que no se le informó suficientemente de los riesgos asociados a una uretrotomía endoscópica).

-[D.37/07](#) (paciente al que se no informa suficientemente de las consecuencias de un tratamiento prolongado con calcitonina que provoca perforación de tabique nasal).

-[D.63/08](#) (paciente al que se le practica una punción pleural sin consentimiento informado).

-[D.5/09](#) (paciente con dedo en martillo al que no se le informa de las razones por las que no se le interviene simultáneamente en el dedo contiguo afectado de *halus valgus* pues, aunque son afecciones distintas, están relacionadas).

-[D.24/09](#) (paciente con metatarso en garra al que no se le informa suficientemente de los riesgos típicos inherentes a una intervención de realineación y, cuando éstos se actualizan en secuelas, no es objeto de un pronto tratamiento reductor, rehabilitador o paliativo).

-[D.97/09](#) (paciente al que se reduce una fractura osteocondral del cóndilo femoral externo con tornillo reabsorbible sin consentimiento informado, aunque recae en ulteriores intervenciones semejantes).

-[D.103/10](#) (paciente con metatarsalgia persistente tras la operación practicada para tratar de evitarla, que no firmó el consentimiento informado en el que tampoco se le informaba de este riesgo típico).

-[D.25/11](#) (joven a la que se le practica una intervención quirúrgica consentida de extirpación de una mastopatía fibroquística o nódulo mamario benigno, perfectamente localizado y palpable, sin diagnóstico de padecer otros similiares, el cual, meses después, se descubre que no ha sido extirpado; la razón de la imputación a la Administración sanitaria del daño moral producido a la paciente en este caso estriba en que el consentimiento se prestó para extirpar un nódulo mamario que de hecho persiste tras la operación).

-[D.50/12](#) (paciente a la que se le practicó correctamente un parto con fórceps del que resultó un recién nacido normal, pero produciendo a la madre una fístula vésico-vaginal cuyo carácter de riesgo típico no fue objeto de consentimiento informado, por lo que los padecimientos consecuentes hasta su curación sin secuelas deben ser indemnizados como daño moral).

-[D.24/13](#) (paciente tratado de un adenocarcinoma de sigma con una quimioterapia que le provoca una parada cardiaca y obliga a implantarle un desfibrilador, sin que en el consentimiento informado para dicho tratamiento se le advirtiera de los efectos cardiacos de uno de los componentes de la quimioterapia, concretamente del 5-fluoracilo, lo que implica daño moral por pérdida de oportunidad de haber aceptado o rechazado el tratamiento).

*-Por aplicación de la doctrina del daño desproporcionado:*

-[D.37/07](#) (perforación de tabique nasal por empleo prolongado de un aerosol de calcitonina).

-[D.63/08](#) (punción pleural que lesiona el bazo).

-[D.19/11](#) (parto distócico en el que, tras practicar correctamente la maniobra de Kristeller, se produce un importante desgarro vaginal que es suturado por una Matrona residente, todo ello sin pruebas de mala praxis, pero provocando un post-parto con tales dolores y molestias que incluso impide defecar, de suerte que ha de procederse al descosido, desbridación, nueva suturación e incluso reconstrucción plástica de la zona perineal y vaginal).

-[D.54/12](#) (paciente a la que, con consentimiento informado que cubría los riesgos típicos que advinieron, se le practicó, como intervención no urgente sino programada, una histerectomía laparoscópica con salpinguectomía, de la que resultaron lesiones iatrogénicas de perforación intestinal y fistula urinaria).

-[D.57/12](#) (paciente que se somete a una herroidectomía con secuelas de invalidez permanente absoluta por incontinencia fecal y cuadro depresivo).

*-Por aplicación de la doctrina de la pérdida de oportunidades terapéuticas:*

-[D.25/08](#), Voto particular de D. Pedro de Pablo que, con cita de jurisprudencia, entiende que hay daño moral indemnizable por la zozobra inherente a la duda racional sobre la posible pérdida de oportunidades terapéuticas de un paciente diabético, hipertenso y tratado con *Sintrom*, fallecido de muerte súbita 4 horas después de haber sido atendido correctamente en Urgencias de una hemoptisis por caída domiciliar casual, sin haber recabado suficiente información sobre el estado previo del paciente.

-[D.110/08](#) (paciente con esófago de Barret al que no se le practica una revisión endoscópica que podría haber revelado de forma temprana su posterior derivación a adenocarcinoma letal).

-[D.37/10](#) (paciente ingresado en Urgencia por una contusión al que se le practica una radiografía de torax en cuyo examen el Facultativo sólo atiende a la inexistencia de fracturas y no ve un nódulo pulmonar cancerígeno del que fallece posteriormente).

-[D.34/12](#) (paciente diagnosticado de carcinoma vesical por el Servicio de Urología y que no es derivado pronto al de Oncología ya que se le biopsia una zona que no permite apreciar las metástasis que luego se objetivaron y provocaron el fallecimiento, siendo indemnizable el daño moral causado a su hermana por dicha pérdida de oportunidad).

-[D.21/13](#) (paciente cardiópata agudo que fallece en el hospital cuando estaba a la espera de ser intervenido quirúrgicamente para practicarle un triple *bypass* coronario en lo que se estima anormal funcionamiento del servicio público sanitario con pérdida de oportunidad terapéutica que conlleva privación de expectativas de vida, por no haber valorado debidamente la urgencia vital del caso, sin a ello obstar la idiosincrasia del paciente ni la organización hospitalaria existente que asigna esas intervenciones a un centro privado concertado).

-[D.29/13](#) (paciente que fallece por sepsis tras una hemicolectomía con retraso en el diagnóstico y tratamiento antibiótico post-operatorio).

*-Por error en la redacción de la prescripción médica:*

-[D.85/07](#) (gasto en lentes inadecuadas por graduación oftalmológica correcta que se transcribe incorrectamente en la prescripción de gafas para la Óptica).

*-Por error en la interpretación de la prueba diagnóstica:*

-[D.37/10](#) (paciente ingresado en Urgencia por una contusión al que se le practica una radiografía de torax en cuyo examen el Facultativo sólo atiende a

la inexistencia de fracturas y no ve un nódulo pulmonar cancerígeno del que fallece posteriormente).

-[D.38/12](#) (paciente con cáncer en la mejilla al que se le practica un TAC que es erróneamente interpretado originando un retraso en el diagnóstico de recidiva tumoral que supone una pérdida de oportunidad en el tratamiento de la enfermedad)

#### **-Prueba:**

*-De la causa: doctrina del daño desproporcionado*

-Incumbe al reclamante: [D.10/05](#); [D.104/08](#), [D.110/08](#); [D.42/09](#), [D.11/12](#)

-El criterio *res ipsa alloquitur* o de que las cosas hablan por sí solas implica inclinarse por la idea de que algo tuvo que hacerse mal para provocar un daño que en otro caso sólo se explicaría por un desgraciado cúmulo de circunstancias adversas. [D.63/10](#), [D.19/11](#), [D.25/11](#).

-El criterio *res ipsa alloquitur* significa que, si se produce un resultado dañoso que normalmente no se da más que cuando media conducta negligente, responde el que ha ejecutado ésta, a no ser que pruebe cumplidamente que la causa ha estado fuera de su esfera de acción. [D.19/11](#), [D.54/12](#), [D.57/12](#).

-No es necesaria la prueba del daño cuando éste es inherente al incumplimiento de su deber por parte del productor (daños *in re ipsa*), se deducen de la propia existencia del daño (daños en los que *res ipsa alloquitur*) o se trata de daños *reconocidos* por su causante. [D.25/11](#).

-Siempre que haya un principio de prueba, ésta resulta *amabilizada* por las doctrinas del *daño desproporcionado*, *desmesurado* o *excesivo*; la *facilidad probatoria* (cfr. art. 217.5 LEC); la *culpa virtual* y el principio *res ipsa alloquitur*: [D.10/05](#); [D.63/08](#), [D.104/08](#); [D.48/09](#), [D.54/09](#), [D.1/10](#), [D.63/10](#), [D.82/10](#).

-Estas doctrinas (*culpa virtual*, *res ipsa alloquitur*, etc) implican una inversión de la carga de la prueba, de suerte que la producción de un daño de gran magnitud supone que algo falló y, salvo que se acredite expresamente su inevitabilidad, será imputable a la Administración que lo produjo. [D.57/12](#).

-En determinados supuestos, por aplicación de doctrinas como la de la culpa virtual o la del daño desproporcionado ("*res ipsa alloquitur*"), puede suavizarse la exigencia probatoria e, incluso, producirse una inversión de la carga de la prueba, de modo que, producido el daño, es la Administración quien tiene que acreditar la más exquisita diligencia en su actuación para exonerarse de responsabilidad. [D.48/13](#).

-En virtud de la doctrina jurisprudencial del *daño desproporcionado*, la Administración sanitaria debe responder de un daño o resultado que la víctima no está obligada a soportar ya que, por sí mismo, denota un componente de culpabilidad, como corresponde a la regla *«res ipsa alloquitur»* (la cosa habla por sí misma) de la doctrina anglosajona; de la *«anscheinsbeweis»* (apariencia de la prueba) de la doctrina alemana y de la *«faute virtuelle»* (culpa virtual), de la doctrina francesa, que significan que, si se produce un resultado dañoso que normalmente no se produce más que cuando media una conducta negligente, responde el que ha ejecutado ésta, a no ser que pruebe cumplidamente que la causa ha estado fuera de su esfera de acción. [D.54/12](#).

-Pero las teorías anteriores de amabilización requieren siempre un principio de prueba por lo que no pueden aplicarse en caso de ausencia total de actividad probatoria: [D.42/09](#), [D.1/10](#).

-La prueba pericial es sumamente importante en estos casos y el Consejo, que es lego en Medicina, ha de estar a los informes periciales que obren en el expediente y no estén contradichos por otras pruebas, no sirviendo como tales las manifestaciones de la parte reclamante, también imperita en Medicina: [D.1/07](#); [D.104/08](#), [D.110/08](#), [D.82/10](#), [D.32/11](#), [D.57/12](#), [D.40/13](#).

-Es relevante el dictamen pericial emitido por especialista cualificado que analiza concienzudamente el caso. [D.63/10](#).

-No procede aplicar la doctrina del daño desproporcionado cuando los daños se explican pericialmente por otras causas, como la idiosincrasia del paciente. [D.59/12](#)

*-Del daño:*

-Incumbe al reclamante: [D.8/09](#) y [D.42/09](#)

-Hay daños que definen el hecho por el resultado, como las lesiones que se produce un paciente psiquiátrico que escapa del Hospital en que estaba internado demostrando así un funcionamiento anormal del servicio de vigilancia y control de salida de los internados. [D.48/01](#) y [D.13/09](#)

-No hay que confundir la efectividad del daño, que incumbe probar al reclamante, con las facturas sanitarias privadas que justifican el pago efectuado por el mismo, que pueden y deben ser requeridas por la Administración reclamada cuando los daños se presuman o se haya probado que son reales y efectivos: [D.86/09](#)

*-De las secuelas:*

-La Administración ha de investigar de oficio el alcance de las secuelas, practicando las oportunas pruebas ex art. 7 del Reglamento, en relación con el art. 80 LPAC: [D.70/08](#).

*-De la existencia y suficiencia del consentimiento informado.*

-Incumbe a la Administración pues sería *probatio diabólica* de un hecho negativo el exigírselo al paciente. [D.18/10](#).

### **-Indemnización:**

-Criterios generales:

-Criterio de *reparación integral*:

-Concepto: [D.53/05](#) y [D.31/06](#)

-Incluye daño emergente, lucro cesante, perjuicio de toda índole, incluidas las secuelas, los daños morales y el *pretium doloris*: [D.31/06](#)

-Incluye las *secuelas*, especialmente las irreversibles y degenerativas: [D.24/09](#)

-No incluye meras expectativas o ganancias dudosas: [D.31/06](#)

-No incluye daños ya indemnizados, prescritos o resueltos por cosa juzgada: [D.57/06](#)

-La indemnización por funcionamiento normal o anormal del servicio público es independiente de las *indemnizaciones que el dañado pueda percibir por el Sistema de la Seguridad Social*, pues se trata de indemnizaciones que surgen de distintas fuentes y, por lo tanto, son compatibles. [D.11/12](#)

-Criterio de la *evaluación global, racional y no matemática*: [D.31/06](#)

-Carácter meramente *orientativo* y no vinculante de los *baremos*: [D.53/05](#) y [D.65/05](#); y [D.92/06](#); [D.56/08](#), [D.113/08](#); [D.9/09](#), [D.47/09](#), [D.51/09](#), [D.69/09](#), [D.32/10](#), [D.37/10](#), [D.46/10](#), [D.57/10](#), [D.57/12](#).

- Necesidad de ponderar todas las circunstancias concurrentes: [D.31/06](#); [D.113/08](#); [D.13/09](#), [D.24/09](#), [D.46/10](#), [D.54/12](#).

-Debe ponderarse si concurren varios títulos de imputación: [D.24/09](#)

-Cuando concurren diversas intervenciones quirúrgicas, unas efectuadas en la sanidad pública y otras en la privada, sólo son indemnizables los daños que sean imputables a una mala praxis médica en la sanidad pública, pero no los ocasionados por traslado voluntario a la privada para solucionarlos, cuando aquéllos podían haber sido resueltos en la pública: [D.51/09](#)

-Caso de duplicidad de intervenciones quirúrgicas en la sanidad pública (menicestomía y ligamentoplastia) que hubiera podido evitarse operando simultáneamente ambas lesiones, ha de descontarse de la indemnización

debida el tiempo de rehabilitación que en todo caso hubiera exigido la realización correcta de una sola operación. [D.46/10](#).

-Ha de optarse por una valoración global que evalúe todas las circunstancias concurrentes cuando se trata de casos complejos o de secuelas transitorias pero de gran incomodidad como un año *contra natura*: [D.48/09](#), [D.57/12](#).

-Ha de optarse por una valoración global que evalúe todas las circunstancias concurrentes cuando se trata de casos complejos en los que concurren circunstancias subjetivas particulares con perjuicios de diversa índole. [D.46/10](#), [D.57/10](#), [D.57/12](#).

-Ha de procederse a una evaluación global cuando concurren diversas circunstancias que requieren una estimación a tanto alzado, como el sometimiento a una nueva intervención de urgencia, con los riesgos inherentes a dicha situación, la prolongación de la estancia hospitalaria, las continuas visitas al Servicio de Urgencias, el hecho de haber padecido dolor, la colocación de diversos catéteres, etc. [D.54/12](#).

-Daños indemnizables y no indemnizables:

-*Daños físicos*:

-Tipología:

-La STS 5-6-91 distingue: i) daños producidos necesariamente por la enfermedad; ii) daños intrínsecos al tratamiento adecuado en sustancia, tiempo y forma; iii) daños producidos por la enfermedad, pero evitables con el tratamiento adecuado en sustancia, tiempo y forma; y iv) daños producidos por un tratamiento inadecuado en sustancia, tiempo o forma; sólo estos dos últimos son indemnizables: [D.25/06](#) y [D.97/06](#); [D.43/07](#), [D.111/07](#)

-Deben indemnizarse los daños físicos directamente causados por una intervención quirúrgica no ajustada a la *lex artis ad hoc*, pero no los ocasionados por otras intervenciones anteriores o posteriores ajustadas a la *lex artis* (en el caso, los daños eran la estenosis iatrogénica del conducto hepatocolédoco por sutura al cerrar una fístula biliar producida como riesgo típico tras una colescitectomía laparoscópica).

-Sólo pueden ser indemnizados los daños físicos efectivamente producidos no los que hipotéticamente puedan derivarse de la previsible evolución del paciente pues a los tales se aplica la doctrina jurisprudencia de la *actio non nata*: [D.69/09](#)

-*Daños morales*:

-Como todos los daños, los morales requieren también ser individualizados, reales y efectivos, no supuestos, pero además, para ser indemnizables deben

concurrir los requisitos de relación de causalidad con el servicio público e imputación objetiva a la Administración: [D.105/08](#), [D.125/08](#)

-Los daños morales pueden irrogarse también a las personas jurídicas, si bien sólo en su faceta *objetiva* (fama o reputación) y no en la *subjetiva*, pues los entes morales no tienen capacidad de sufrimiento: [D.125/08](#)

-Incluye el *pretium doloris* (que comprende daño moral y padecimientos físicos y psíquicos): [D.53/05](#) y [D.31/06](#)

-Su apreciación no es matemática y corresponde al juzgador, ponderando todas las circunstancias del caso: [D.53/05](#) y [D.25/06](#) (con amplia jurisprudencia).

-Incluye la angustia de los familiares ante el retraso en la atención urgente de un enfermo grave: [D.25/06](#)

-Incluye las secuelas, luego resueltas, de gota, depresión psíquica y angina de pecho reactiva a una perforación de recto en uretrotomía interna endoscópica en paciente con estenosis total e uretra sin malformaciones congénitas, que obliga a una colostomía de descarga y de la talla vesical. [D.34/07](#)

-Incluye el dolor por la pérdida de un hijo: [D.25/06](#)

-Incluye la incertidumbre y desasosiego de los familiares durante el último periodo de la enfermedad: [D.110/08](#)

-Incluye la zozobra por portar un cuerpo extraño de origen iatrogénico en el organismo, cuya evolución se desconoce. [D.69/09](#) (clip)

-Incluye la zozobra, inquietud y desesperanza provocada en la paciente por el retraso injustificado de diagnóstico que finalmente da la sanidad privada: [D.105/08](#)

-Incluye la zozobra producida al surgir complicaciones inhabituales y excesivas tras una intervención quirúrgica. [D.18/10](#).

-Incluye la zozobra causada por un tratamiento incorrecto (joven a la que se le practica una intervención quirúrgica de extirpación de una mastopatía fibroquística o nódulo mamario benigno, perfectamente localizado y palpable, sin diagnóstico de padecer otros similares, el cual, meses después, se descubre que no ha sido extirpado). [D.25/11](#).

-Su fijación carece de componentes objetivos y tiene un componente subjetivo innegable: [D.31/06](#); [D.34/07](#) (con amplia jurisprudencia)

-La fijación del daño moral ha de hacerse de forma estimativa y a tanto alzado teniendo en cuenta las distintas circunstancias concurrentes en el

caso: [D.53/05](#), [D.31/06](#), [D.69/09](#), [D.22/10](#), [D.55/10](#), [D.63/10](#), [D.79/10](#), [D.85/10](#), [D.25/11](#).

-Para su fijación no pueden tenerse en cuenta, ni siquiera analógicamente, los criterios del baremo de accidentes de tráfico [D.34/07](#)

-Pueden tenerse en cuenta para su fijación los gastos en sanidad privada aunque no proceda la reclamación directa de los mismos: [D.77/06](#), [D.22/10](#)

-No lo es el embarazo ni el nacimiento de un hijo, aunque presente deficiencias congénitas tras su nacimiento, debido al bien precioso que supone la vida humana: [D.90/06](#) (en el caso se alegaban daños por un embarazo no deseado tras una vasectomía realizada en Hospital público, seguida de aborto y nueva vasectomía que impide probar si había habido recanalización tras la anterior); [D.123/08](#) (en el caso se alegaban daños por pérdida de la oportunidad de practicar un aborto terapéuticos por malformaciones en el recién nacido); [D.77/09](#) (en el caso se alegaban daños por embarazo de una menor en régimen de acogida en un piso tutelado por la Administración; este D. precisa que, si bien el nacimiento de un hijo, y más si es deseado, como era el caso, no es daño indemnizable, sí lo puede ser la carga psicológica y familiar que entrañe cuando la madre es menor); [D.54/13](#) (en el caso, se alegaba pérdida de oportunidad de haber podido realizar un aborto terapéutico de haber conocido malformaciones congénitas en un feto, no incluidas en el supuesto legal de despenalización del aborto por tal causa).

-No lo es (por inexistencia de daño) el supuesto riesgo innecesario de una intervención quirúrgica procedente que evita otra innecesaria que el paciente suponía que era la procedente: [D.47/08](#)

-No lo es la incertidumbre sobre si una fractura metacarpiana bien diagnosticada, sanará definitivamente, como así sucedió, tras haber sido reducida con escayola por segunda vez para corregir el ángulo de reducción. [D.36/09](#)

-No lo es la molestia inherente a tener que someterse a una segunda operación por un riesgo típico objeto de consentimiento informado que ha advenido tras una primera infructuosa: [D.149/08](#) (vasectomía).

-No hay daño moral en un diagnóstico retrasado en la sanidad pública que no compromete la curación del paciente el cual, si existir urgencia vital, se había trasladado, seguida y voluntariamente, a la sanidad privada para la práctica de pruebas diagnósticas que se le realizaron allí inmediatamente. [D.60/11](#)

-Puede haberlo si hay lesión del derecho de la persona humana a autodeterminarse, derecho que es inherente a su dignidad según STC 53/85 y que se ejerce al decidir vasectomizarse, por lo que cabría un daño moral si, probada la paternidad, la vasectomía devino inútil por el embarazo de la mujer: [D.99/04](#) y [D.90/06](#).

-Existe en el caso de un paciente cuyo tratamiento adecuado se difiere por descoordinación entre Servicios sanitarios del Hospital público y que finalmente se aplica por la sanidad privada, y es independiente de los gastos habidos en ésta: [D.106/07](#)

-La *pérdida de oportunidades terapéuticas* es una modalidad de daño moral indemnizable, basado en el cálculo de probabilidades, que ha de ponderarse en cada caso para evaluar la indemnización a la vista también de las secuelas: [D.70/08](#), [D.102/10](#), [D.34/12](#).

-Hay daño moral indemnizable a los familiares en el retraso de hospitalización de una paciente pluripatológica, bien diagnosticada por los Facultativos y bien tratada a domicilio por el Servicio de Enfermería mediante curas, de una úlcera que vira a gangrena y provoca la muerte por sepsis antes de que se emita la segunda opinión médica pedida por dichos familiares sobre la procedencia de una amputación de la pierna ulcerada, aunque dicho daño no es por pérdida de oportunidades terapéuticas ni por mala praxis en la atención, sino exclusivamente por la zozobra causada por el retraso inicial en hospitalizar. [D.33/09](#)

-Hay daño moral en los dolores que un menor se vio obligado a soportar y el desasosiego que él y sus padres sufrieron durante un periodo de retraso en el diagnóstico y tratamiento, aunque estos fueron correctos: [D.54/09](#)

-Hay daño moral indemnizable en la intervención quirúrgica practicada sin consentimiento informado. [D.97/09](#)

-Hay daño moral indemnizable en la angustia y preocupación inherente a la práctica de una sigmoidectomía de urgencia en un anciano que presentaba oclusión intestinal y perforación del recto inferior tras la incorrecta autoadministración de un enema prescrito y un sondaje inferior que no lograron disolver un fecaloma obstructivo. [D.7/10](#).

-Hay daño moral indemnizable en los padecimientos y dolores sufridos por un paciente bien diagnosticado en tratado en la sanidad pública pero que debe acudir a la privada para que le realicen un tratamiento adicional que precisa y para el que la pública no le había ofrecido un tiempo de respuesta razonable. [D.22/10](#).

-Hay daño moral indemnizable en la certeza del retraso del diagnóstico correcto por no haber practicado a tiempo una prueba diagnóstica necesaria: [D.38/10](#).

-Hay daño moral indemnizable en la zozobra y padecimientos producidos a un joven futbolista por tener que practicarle posteriormente una ligamentoplastia que podía haberse realizado conjuntamente al realizar una previa meniscectomía. [D.46/10](#).

-Hay daño moral indemnizable en la zozobra y dolor causados a los familiares que atendieron en todo momento a un paciente que fallece tras los padecimientos inducidos por diversos errores médicos. [D.63/10](#)

-Hay daño moral indemnizable en las molestias y zozobras causadas innecesariamente -no por pérdida de oportunidades terapéuticas, pero sí por error y retraso en el diagnóstico y tratamiento-, a un paciente al que, con los mismos síntomas, primero se le diagnostica cólon irritable, luego se le comunica, por error, un diagnóstico de cáncer que era de otro paciente, y, finalmente, se le diagnostica y trata correctamente de la dolencia que padecía, que era la enfermedad de Crohn. [D.99/10](#).

-Hay daño moral indemnizable en la pérdida de un testículo por un paciente neonato que fue trasladado con retraso al Hospital perinatal de referencia. [D.102/10](#).

-Hay daño moral indemnizable en el producido a la hermana de un paciente con carcinoma vesical fallecido por metástasis no detectadas por el Servicio de Urología al biopsiarle una zona que no permitía dicha detección. [D.34/12](#).

-Hay daño moral indemnizable en los padecimientos sufridos por una fístula vésico-vasal subsiguiente a un parto con fórceps correctamente realizado y con resultado de un recién nacido normal, cuando dicha fístula no fue objeto de consentimiento informado como riesgo típico de la intervención. [D.50/12](#).

-Hay daño moral indemnizable en el dolor por la pérdida de un familiar a consecuencia de un error de diagnóstico y tratamiento. [D.29/13](#)

**-Gastos en sanidad privada y distinción de figuras afines:**

-No debe confundirse el *procedimiento de reclamación de gastos ex RD 63/95*, que forma parte del Sistema de la Seguridad Social y cuyo conocimiento compete a la jurisdicción social (ahora reducidos al caso de urgencia vital inmediata sin posibilidad de acceso a la sanidad pública ni de utilización abusiva o desviada de la privada, como precisa el RD 1030/06), con el de *reclamación de responsabilidad patrimonial ex LPAC*, que forma parte del Sistema de responsabilidad administrativa cuyo conocimiento compete a la contencioso-administrativa y que, si se cumplen los requisitos generales, comprende no sólo la citada *urgencia vital*, sino también la *denegación injustificada de asistencia* o el *error de diagnóstico* (antes contemplados en la normativa laboral), al que es equiparable el *error de tratamiento*, cualquier tipo de *infracción de la lex artis ad hoc*, y cualquier *otro funcionamiento anormal* del servicio sanitario; pero sin que esto último (como ha declarado la SAN 25-2-04, con cita de otras) suponga la existencia de un derecho de opción entre la sanidad pública y la privada, con gastos a cargo de la primera: [D.28/03](#), [D.63/04](#), [D.54/05](#); y [D.28/06](#), [D.31/06](#) y [D.57/06](#); y [D.31/07](#), [D.104/07](#),

[D.106/07](#); [D.26/08](#), [D.70/08](#), [D.96/08](#), [D.102/08](#), [D.105/08](#); [D.8/09](#), [D.37/09](#), [D.51/09](#), [D.97/09](#), [D.22/10](#), [D.72/10](#), [D.27/11](#), [D.48/12](#).

-Los **requisitos** precisos para que pueda ser apreciada la **urgencia vital** que justificaría la reclamación del reintegro de gastos (según la STSJ Rioja, Sala Social, de 30-12-05, con cita de otras STS) son: i) la existencia de una **situación de riesgo** (pues no toda urgencia es de carácter vital, sino únicamente aquella que es más intensa y extremada y que se caracteriza, en los más de los casos, porque en ella está en *peligro la vida del afectado*. Pero también en términos menos graves, se aprecia la urgencia vital ante la concurrencia de un *peligro que dificulte la curación definitiva del enfermo* o que *provoque la pérdida de órganos o miembros fundamentales* para el desarrollo normal del vivir, aunque la lesión se halle en una zona periférica del cuerpo. La integridad moral queda así incluida en el término «vital». Es preciso, por tanto, *una situación patológica que presuntamente ponga en peligro la integridad fisiológica del enfermo*); ii) que la situación de riesgo sea **objetiva y contrastada**; iii) que el riesgo sea **inesperado, imprevisible**, como un accidente o la aparición **súbita** de un cuadro clínico que requiera de una inmediata atención; iv) que exista **perentoriedad o premura** en la actuación, de suerte que se perjudica la supervivencia del enfermo o se le puede infligir un daño irreparable o de difícil subsanación a su integridad física si ha de estarse a la necesaria demora o a la superación de los naturales inconvenientes que supone el acudir a los Servicios médicos asignados por la Seguridad Social; y v) que la urgencia vital precisa, además, de la situación patológica que presuntamente ponga en peligro la integridad fisiológica del enfermo y que exija acción terapéutica inmediata, **que no sea posible, extremadamente dificultoso o desaconsejable médicamente, el acudir a los Servicios sanitarios propios de la Seguridad Social**". [D.48/12](#)

-Puede considerarse que estamos ante un procedimiento de reintegro de gastos cuando la cantidad reclamada es la de las facturas de la sanidad privada. [D.27/11](#).

-A estos efectos, son equiparables los errores de diagnóstico y tratamiento: [D.96/08](#)

-Jurisprudencia contencioso administrativa en el sentido de que pueden dilucidarse, si concurren los requisitos necesarios para ello, como reclamaciones de responsabilidad patrimonial supuestos excluidos del procedimiento de reclamación de reintegro de gastos en la sanidad privada. como los de error de diagnóstico y denegación de asistencia (SAN 12-4-00, 27-9-00 y 18-9-02, y STS, 4ª, de 11-6-90; y 3ª, de 25-2-04, 29-3-99, 7-7-99 y 18-10-98 y STS, 4ª, de 4-11-88): [D.28/03](#); [D.16/04](#), [D.45/04](#) y [D.63/04](#); [D.105/08](#), [D.156/08](#); [D.10/09](#)

-Las pretensiones de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria han de dilucidarse por los trámites de los arts. 139 ss LPAC, precepto que forma parte del régimen jurídico administrativo, por lo que la resolución que recaiga es recurrible en vía contencioso-administrativa; mientras que los del procedimiento de reintegro de gastos en sanidad privada han de sustanciarse

con arreglo al art. 4 del RD 1030/06, sobre *cartera de servicios comunes* del Sistema de la Seguridad Social, precepto encuadrado en el régimen jurídico de la Seguridad Social, por lo que la resolución final que recaiga es recurrible ante la jurisdicción social: [D.70/08](#), [D.105/08](#); [D.10/09](#), [D.72/10](#).

-La exclusión del sistema de la Seguridad Social del reintegro de gastos en la sanidad privada (salvo casos de urgencia vital) es tan perfectamente coherente con el sistema de la Seguridad Social como lo es la inclusión de los mismos en el Sistema de responsabilidad general de la Administración cuando concurren los requisitos necesarios para ello: [D.10/09](#), [D.72/10](#).

-Un mismo expediente puede plantear la existencia de dos reclamaciones, una de reintegro de gastos en sanidad privada y otra de responsabilidad patrimonial previa por pérdida de oportunidades terapéuticas: [D.70/08](#)

-La decisión del paciente de trasladarse voluntariamente a un centro sanitario privado conlleva la obligación de dicho paciente de pagar al centro privado los gastos correspondientes pues, para poder reclamarlos a la Administración por vía de responsabilidad patrimonial debe probarse la existencia de un daño imputable a la misma por inobservancia de la *lex artis ad hoc*. [D.17/12](#), [D.22/13](#)

-Tampoco debe confundirse con el supuesto de *autorización de la sanidad pública* para acudir a la privada: [D.104/07](#)

-Tampoco debe confundirse con el *traslado a otro centro sanitario público* (derecho éste del paciente que no existe cuando puede ser tratado en el centro público que le corresponde): [D.105/07](#), [D.28/11](#).

-Tampoco debe confundirse con la *derivación de un paciente a un Hospital o Centro sanitario público de referencia*, en cuyo caso los actos médicos de dicho Centro u Hospital son imputables a la Administración sanitaria que dispuso la derivación del paciente. [D.41/10](#).

-Tampoco debe confundirse con el *derecho del paciente a obtener una segunda opinión médica*, por su puesto, *en la sanidad pública*, que es un derecho individual del paciente que, en absoluto puede ser convertido en potestativo de los Especialistas que le atienden: [D.63/04](#); [D.105/07](#)

-Sin embargo, la desatención por la sanidad pública de la segunda opinión médica emitida en la sanidad pública a instancia de un paciente que luego acude a la privada, puede ser causa de indemnización. [D.105/08](#)

-El paciente tiene derecho a pedir una segunda opinión médica en la medicina privada, pero a costa del propio paciente, sin poder luego reclamarlo de la Administración sanitaria. [D.5/09](#).

-El paciente, por supuesto, tiene derecho a trasladarse voluntariamente a un centro sanitario privado para ser atendido en el mismo y asumiendo dicho paciente los gastos correspondientes sin poder repercutirlos ni exigirlos a la

sanidad pública, puesto que ha roto voluntariamente la relación jurídica con la sanidad pública que es gratuita, extracontractual y de carácter legal; y ha contraído voluntariamente otra con la sanidad privada, que es contractual, onerosa y de Derecho privado, por lo que conlleva obviamente la obligación del paciente de pagar los gastos correspondientes, sin poder luego exigirlos a la sanidad pública, salvo caso de asistencia urgente, inmediata y de carácter vital, que es el único supuesto en que cabe pedir dicho reembolso como una reclamación en materia de prestaciones de Seguridad Social. [D.41/10](#), [D.86/10](#), [D.8/11](#), [D.53/11](#), [D.22/13](#).

-Tampoco debe confundirse con el obvio *derecho de opción que tiene el paciente para elegir entre ser atendido en la sanidad pública gratuitamente o la privada a su costa*; pero lo que no existe (cfr. SAN 25-2-04) es un derecho del paciente a optar por ser atendido en la sanidad pública o en la privada, pero siempre a cargo de la pública: [D.26/08](#), [D.96/08](#), [D.107/08](#), [D.154/08](#).

-Tampoco debe ser confundido el reintegro de gastos en la sanidad privada con el hecho de que los mismos se tengan en cuenta (aunque no en su integridad) para valorar los daños morales producidos a un paciente bien diagnosticado y tratado en la sanidad pública pero que acude a la sanidad privada por no ser razonable el tiempo de respuesta ofrecido en la sanidad pública para un tratamiento adicional que precisa. [D.22/10](#).

-Requisitos de la *urgencia vital* para poder ser apreciada a estos efectos: i) intensidad extrema; ii) riesgo objetivo y contrastado; iii) carácter súbito, inesperado e imprevisible del evento; iv) perentoriedad y premura en la atención que precisa; v) imposibilidad, extrema dificultad o criterio médico que desaconseje el traslado del paciente a un centro público: [D.104/07](#)

-No concurre riesgo vital cuando el paciente es correctamente diagnosticado en la sanidad pública, el diagnóstico es confirmado por la misma tres días después y el paciente derivado seguidamente a un Centro de referencia, al que no ingresa por decisión legítima de hacerlo en la sanidad privada: [D.70/08](#)

-No concurre riesgo vital en el caso de una paciente que no manifiesta su dolencia de intolerancia gástrica a la sanidad pública y sí a la privada donde le practican una prueba diagnóstica apropiada para detectarla: [D.154/08](#)

-No concurre riesgo vital en el difícil diagnóstico diferencial de una enfermedad rara como la fibromialgia solo aislada como tal por la OMS en 1992.

-No concurre riesgo vital en una paciente que se traslada voluntariamente a la sanidad privada para someterse a una prueba diagnóstica para la que había sido citada más tarde por la sanidad pública. [D.60/11](#).

-No concurre riesgo vital ni denegación de asistencia cuando el paciente es correctamente atendido, diagnosticado y tratado en la sanidad pública, pero precisa un ulterior tratamiento que no le es ofrecido en la sanidad pública en tiempo razonable, por lo que el paciente acude voluntariamente a la sanidad

privada, sin perjuicio de indemnizarle los daños morales producidos por esta falta de respuesta en tiempo razonable, pero no por los gastos causados en la sanidad privada, aunque dichos gastos sean tenidos en cuenta para valorar en parte dichos daños morales. [D.22/10](#).

-No concurre riesgo vital ni denegación de asistencia en paciente correctamente diagnosticado con linfoma indolente folicular no Hodking que, tras 14 semanas de demora en el tratamiento quimioterápico prescrito debidas en parte a sus negativas a someterse a diversas pruebas, acude voluntariamente para quimioterapia a la sanidad privada. [D.33/10](#).

-No concurre denegación de asistencia en paciente correctamente diagnosticado en la sanidad pública de un bloqueo de rodilla, susceptible de intervención quirúrgica no urgente y posterior rehabilitación programada, que acude voluntariamente a la semana siguiente a la sanidad privada donde es intervenido primero y rehabilitado después. [D.72/10](#).

-Son indemnizables, en su caso, los de diagnóstico, no los de tratamiento posterior que el paciente pudo realizar en centro público: [D.91/05](#)

-Son indemnizables los gastos en sanidad privada directamente relacionados o motivados por un error de diagnóstico o una denegación injustificada de tratamiento en lo pública: [D.26/08](#); [D.15/09](#)

-Cuando concurren diversas intervenciones quirúrgicas, unas efectuadas en la sanidad pública y otras en la privada, sólo son indemnizables los daños que sean imputables a una mala praxis médica en la sanidad pública, pero no los ocasionados por traslado voluntario a la privada para solucionarlos, cuando aquéllos podían haber sido resueltos en la pública: [D.51/09](#)

-El importe de la indemnización debe coincidir con los gastos efectuados en la sanidad privada por un paciente al que se le retrasó en la pública la rehabilitación que precisaba, por dificultad en designar un sustituto al Médico que debía pautarla. [D.41/09](#)

-No son indemnizables los gastos producidos por el traslado voluntario del paciente a otro centro distinto del sanitario público donde podía haber sido atendido: [D.27/06](#) y [D.77/06](#); [D.31/07](#), [D.90/07](#), [D.104/07](#), [D.105/07](#); [D.15/09](#), [D.37/09](#), [D.86/09](#), [D.53/11](#)

-No son indemnizables los gastos por una segunda opinión médica pedida voluntariamente por el paciente a la sanidad privada sin ejercer ese derecho en la pública: [D.26/08](#)

-No son indemnizables los gastos en la sanidad privada por una complicación posterior derivada de la previa intervención quirúrgica habida en la propia sanidad privada: [D.26/08](#)

-No son indemnizables los gastos en sanidad privada por medicina satisfactoria, no curativa: [D.26/08](#)

-No son indemnizables los gastos futuros que el paciente desea efectuar en la sanidad privada, sin autorización de la pública, por no confiar ya en ésta última: [D.149/08](#)

-No son indemnizables los gastos por práctica de una prueba en la sanidad privada que era innecesaria para la patología bien tratada en la pública, aunque descubra otra que era desconocida. [D.8/09](#) (en el caso, paciente bien tratado de una contractura, al que una RNM en la sanidad privada descubre además un liposarcoma).

-Han de ser tenidos en cuenta para calcular la indemnización procedente cuando consisten en atenciones que hubieran sido innecesarias si el paciente hubiera sido tratado adecuadamente en la sanidad pública: [D.57/06](#); [D.110/08](#); [D.36/09](#) (que hace coincidir el daño indemnizable con la factura pagada).

-Han de ser tenidos en cuenta (pero no por su total importe) para valorar los daños morales producidos a un paciente bien diagnosticado y tratado en la sanidad opública pero precisado de un ulterior tratamiento no ofrecido en la misma en un tiempo de respuesta razonable por lo que el paciente acude a la sanidad privada. [D.22/10](#).

-En caso de gastos sanitarios privados indemnizables, es preciso aportar las correspondientes *facturas* acreditativas de su pago: [D.86/09](#), [D.72/10](#).

-Para valorar el daño moral en estos casos, hay que tener en cuenta el ahorro objetivo (aunque no enriquecimiento injusto) que para la sanidad pública ha tenido la asistencia prestada al paciente en la sanidad privada. [D.22/10](#).

#### **-Distribución entre familiares:**

-En principio, a partes iguales, ex art. 1138 Cc: [D.25/06](#)

-La madre conviviente excluye a la hermana ausente: [D.25/06](#)

-Indemnización mayor a la madre y menor y repartida a partes iguales entre los hermanos del fallecido: [D.110/08](#)

-Ha de indemnizarse conjuntamente el daño moral al esposo e hijos de la fallecida, no por título de herencia, sino por vínculo familiar que genera cariño, dolor y angustia por sus sufrimientos y molestias. [D.33/08](#), [D.37/10](#).

-En caso de fallecimiento de la madre, es acreedor a la eventual indemnización por daño moral su hijo, pero no el padre de éste cuando no se ha probado en el expediente la relación del mismo con la fallecida. [D.63/09](#).

-Ha de pagarse la indemnización conjuntamente a la hermana de un fallecido y al esposo de la misma, cuñado del fallecido, que atendieron conjuntamente a la víctima. [D.63/10](#).

-Ha de pagarse la indemnización a la viuda e hijos del fallecido en la misma proporción que los mismos expresaron en su reclamación. [D.21/13](#).

-Reparto de indemnización a razón de un 50% para la viuda y el resto a dividir a partes iguales entre los hijos de un fallecido. [D.29/13](#).

#### **-Prescripción:**

-Doctrina del *daño continuado*:

-No concurre desde el momento en que el reclamante conocía toda la información para basar su reclamación: [D.25/07](#)

-En caso de daños anteriores y posteriores al derribo de un edificio administrativo irrogados a un edificio colindante, el plazo anual debe contarse desde la fecha del derribo, sin considerar la *actio nata* en el momento de la primera reclamación. [D.48/11](#).

-Presunción de *conocimiento anterior del daño*:

-Si el paciente fue operado el 18-7-07 y reclama el 18-7-08, ya ha pasado un año desde que conoció el alcance de las secuelas, pues, obviamente, tuvo que ser informado de ello antes de la operación: [D.37/09](#)

-Prescripción de un pedimento de la reclamación.

-Existe prescripción en un concreto pedimento de la reclamación referente a un acto médico ocurrido hace más de un año. [D.2/11](#).

-*Dies a quo* caso de destimación de la indemnización por silencio administrativo.

-La doctrina del silencio administrativo negativo está pensada en garantía del ciudadano, para abrirle la vía jurisdiccional, pero no impide la resolución tardía de la Administración ex art. 42 LPAC, por lo que ésta, al dictarla, no puede tomar como *dies a quo* de prescripción el de la petición inicial ni el de la denegación por silencio, sino el de la resolución expresa. [D.48/11](#).

#### **-Procedimiento:**

-*Competencia del Estado antes de los traspasos en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social:*

-No son imputables a la Comunidad Autónoma los daños derivados de expedientes anteriores al traspaso de las competencias con fecha 1 de enero de 2002: [D.28/02](#), [D.29/02](#), [D.30/02](#), [D.01/03](#), [D.15/03](#), [D.20/03](#), [D.21/03](#), [D.28/03](#), [D.29/03](#), [D.44/03](#), [D.94/03](#), [D.82/10](#).