



Dictamen nº **264/2025**



El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 16 de octubre de 2025, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 19 de junio de 2025 (COMINTER número 228879), sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2025_223), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 20 de marzo de 2024 una procuradora de los Tribunales, actuando en nombre y representación de D. X, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella, expone que su mandante se sometió el 28 de marzo de 2023 a una resección transuretral de próstata (RTU) en el Hospital General Universitario Rafael Méndez (HGURM) de Lorca. Resalta que sufrió, como complicación, una perforación de vejiga, que motivó que se le tuviese que practicar, al día siguiente, una reintervención quirúrgica urgente, concretamente una laparotomía de reparación.

Añade que la evolución de esa última intervención fue tórpida y que el paciente presentó un cuadro febril intenso, a pesar de que se le había dado de alta en el Servicio de Urología el 10 de abril de ese año. Resalta que, de hecho, su médico de Atención Primaria (MAP) lo tuvo que remitir de urgencia y en ambulancia al HGURM, el 12 de abril, porque continuaba con la febrícula postquirúrgica. Precisa que su MAP le dijo que en su historia clínica existía una radiografía en la que se podía advertir la presencia de un objeto compatible con una compresa quirúrgica dentro del abdomen.

Destaca que en el apartado relativo a *Otras exploraciones realizadas* del informe de revisión que se emitió el 12 de junio de ese año se señala: “*rx simple de abdomen 12.06.23: imagen compatible con una compresa que se ha dejado intraabdominal*”.

Añade que, como consecuencia de ello, se le tuvo que practicar una tercera cirugía para extraer dicho material el 18 de junio de 2023, y que se le dio de alta el día 24 de ese mes.

La representante argumenta que se le provocó a su mandante, debido al anormal funcionamiento del servicio sanitario, un daño personal que no tiene la obligación de soportar y que, además, ha entorpecido notablemente el proceso de recuperación respecto del que requería su patología inicial.

Por esa razón, solicita que se le resarza con 60.000 €.

Con la solicitud de indemnización adjunta copias de diferentes documentos de carácter clínico y de la escritura de apoderamiento otorgada a su favor por el reclamante.

SEGUNDO.- La reclamación se admite a trámite el 25 de julio de 2024 y al día siguiente se informa de ese hecho a la correduría de seguros del SMS para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente.

De igual modo, ese último día se solicita a la Dirección Gerencia del SMS que remita una copia de la historia clínica del interesado y los informes de los facultativos que lo atendieron.

TERCERO.- El 22 de octubre de ese año se recibe la documentación clínica solicitada, entre la que destaca la anotación efectuada por su MAP el 12 de abril de 2023, que es del siguiente tenor literal:

“**REGISTRO DE VISITA A DOMICILIO.**

Visita realizada en domicilio[X] Observaciones: Acudo a domicilio, desde el alta el paciente continua con febrícula mantenida pese a estar con tratamiento antibiótico con cefuroxima. Herida quirúrgica de buen aspecto, taquipneico, exploración abdominal sin alteraciones, PPR negativa. Febrícula de 37.2, sat 90 FC 77.

El paciente se encuentra con regular estado general, dadas las complicaciones quirúrgicas que tuvo y mantenida la fiebre pese a tratamiento antibiótico. Decido derivar a urgencias hospitalarias para valoración de pruebas complementarias.

Asimismo, se adjunta el informe realizado por D.^a Y, Supervisora de Quirófano del HGURM, en el que expone, tras

haber realizado las comprobaciones oportunas en el registro de intervención, que en él “no consta que faltara ninguna compresa en el recuento final. Se realizan varios recuentos durante la intervención según protocolos por parte tanto de la enfermera instrumentista como del circulante siendo el último recuento y más importante antes de empezar cerrar peritoneo visceral anotándose en la hoja de registro de intervención apareciendo en este caso como recuento completo, tras lo acaecido evidentemente no era así”.

CUARTO.- Con fecha 25 de octubre de 2024 se envía al órgano instructor el informe elaborado el día anterior por el Dr. D. Z, facultativo especialista de área en Urología.

En el informe explica que al interesado “se le indicó realización de resección transuretral de próstata en Febrero de 2023 siendo portador de sonda vesical con imposibilidad de retirada por retención aguda de orina. El 28/03/2023 se realizó la intervención prevista y se tomó biopsia vesical tras objetivar una lesión edematosa/papilar en el fondo vesical. En el postoperatorio inmediato de esta cirugía presentó hematuria y dolor abdominal y en una prueba de imagen realizada con contraste se objetiva sospecha de perforación vesical. El 29/03/2024 se lleva a cabo laparotomía exploradora para reparar esta complicación quirúrgica de la primera cirugía. Es práctica habitual preguntar si el número de compresas usadas y devueltas es el mismo y no se cierra la pared abdominal hasta que así lo confirma el personal de enfermería de quirófano presente. Tras estas dos cirugías el paciente no manifestó claramente una clínica que nos hiciese pensar en la presencia de un cuerpo extraño intra-abdominal y, por tanto, no se realizó ninguna prueba de imagen. Fue dado de alta para seguimiento ambulatorio estando afebril y sin otras complicaciones.

El 08/05/2024, ya en consultas externas, se valoró inicialmente cistografía y se retiró la sonda vesical estando el paciente en buenas condiciones. El 12 de Junio de 2024 se revisó nuevamente la prueba de imagen realizada previamente y sospechó (junto con una radiografía de abdomen) que pudiese tener un cuerpo extraño intra-abdominal. El 19/06/2024 se llevó a cabo una laparotomía exploradora y la extracción de un cuerpo extraño intra-abdominal compatible con una compresa quirúrgica. La evolución postoperatoria fue favorable y sin complicaciones y fue dado de alta, con buen estado general, para revisión ambulatoria el 24 de Junio de 2023. El paciente se vio en consulta hasta en dos ocasiones y fue dado de alta el 15/04/2024”.

QUINTO.- El 7 de noviembre de 2024 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS, para que se puedan realizar, en su caso, los informes valorativo y pericial correspondientes.

SEXTO.- El 25 de marzo de 2025 se recibe el informe de valoración del daño corporal elaborado por un responsable de la compañía aseguradora del SMS el 2 de enero anterior.

En este documento se expone que la persistencia de una compresa tras la laparotomía infraumbilical por lesión vesical es contraria a la *lex artis*.

Debido a esa circunstancia, se valora la lesión temporal ocasionada, pues no se produjeron secuelas. Así, se considera alcanzada la estabilización el 19 de julio de 2023, un mes tras la cirugía, lo que comprende un total de 112 días desde el 29 de marzo de ese año.

Se arguye que, de ellos, 6 días serían de perjuicio grave por la hospitalización, los 7 días posteriores al alta hospitalaria se consideran de perjuicio moderado, y los 99 días posteriores de perjuicio también *moderado*, aunque con posterioridad los valora como de perjuicio personal básico.

Por otro lado, se recuerda que se llevó a cabo una intervención por laparotomía que se considera, por analogía, incluida en las del Grupo III de *Clasificación Terminológica y Codificación de Actos y Técnicas Médicas* de la Organización Médica Colegial (*Nomenclator*).

Por tanto, la cuantificación del daño sería la siguiente:

a) Perjuicio personal básico: 99 días, a razón de 35,71.- €/día, 3.535,29.- €.

b) perjuicio personal particular:

- 6 días de carácter grave, a razón de 89,27.- €/día, 535,62.- €.

- 7 días de carácter moderado, a razón de 61,89.- €/día, 433,23.- €.

c) Por último, también corresponde reconocer al perjudicado una indemnización por perjuicio personal particular debido a la necesidad de tener que someterse a una intervención quirúrgica adicional, la tercera, que en este caso se valora en 952,20.- €.

En consecuencia, se propone resarcir al reclamante (3.535,29 + 535,62 + 433,23 + 952,20) con 5.456,34.- €.

SÉPTIMO.- El 27 de marzo de 2025 se recibe el informe pericial elaborado el 2 de enero de ese año, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por un especialista en Urología, en el que se exponen las siguientes conclusiones:

“1. La indicación de cirugía y de la técnica quirúrgica utilizada (RTU) para el tratamiento de la próstata se ajustó a las recomendaciones de la Guía Clínica.

2. Durante la RTU se produjo una perforación vesical inadvertida. Dicha complicación está contemplada en el consentimiento informado que firmó el paciente.

3. La perforación vesical fue diagnosticada y tratada de forma precoz mediante una laparotomía y cierre de la perforación de la vejiga.

4. En ésta última intervención quirúrgica se produjo el olvido de una compresa en el interior del cuerpo del paciente que precisó de una 2ª laparotomía para su extracción.

5. El proceder en la laparotomía realizada por la perforación vesical no se ajustó a la *lex artis ad hoc*".

OCTAVO.- El 2 de abril de 2025 se remiten a la Inspección Médica las copias de los informes aportados por la compañía aseguradora del SMS. además, dos días más tarde se solicita a ese Servicio de Inspección que emita el informe valorativo de modo preferente, dado el presumible carácter estimatorio de la resolución que se pueda dictar.

NOVENO.- El 16 de abril de 2025 se recibe el informe realizado ese día por la Inspección Médica, en el que se recogen las siguientes conclusiones:

"- [El interesado] es intervenido de resección transuretral de próstata por hiperplasia benigna de próstata complicada. Durante el procedimiento se produce la perforación de la vejiga. Dicha complicación está recogida en el consentimiento informado que el paciente firma.

- La perforación de vejiga es tratada mediante laparotomía y sutura de la pared vesical, con buen resultado.

- En esta última intervención quirúrgica se produce el olvido de una compresa quirúrgica en el interior del abdomen, lo que conlleva una laparotomía para su extracción. -

Se concluye, por tanto, que el procedimiento quirúrgico llevado a cabo por la perforación de vejiga no se ajusta a la *Lex Artis*".

DÉCIMO.- El 24 de abril de 2025 se concede audiencia al reclamante y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen pertinentes.

UNDÉCIMO.- La representante del reclamante presenta el 2 de junio de 2025 un escrito en el que impugna la valoración del daño realizada por la compañía aseguradora, tanto en lo que se refiere al período de estabilización lesional, que están concretados en 112 días, como en la consideración de 99 días como de perjuicio personal básico, cuando en el texto del informe se considera de perjuicio personal moderado.

DUODÉCIMO.- Con fecha 18 de junio de 2025 se formula propuesta de resolución estimatoria, en parte, de la reclamación, por concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

Asimismo, se estima procedente indemnizar al interesado con la cantidad ya apuntada de 5.456,34.- €, que deberá ser actualizada con arreglo a los criterios establecidos en la ley.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen mediante un escrito recibido en este Consejo Jurídico el 19 de junio de 2025.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguiente

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de interposición de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien sufre los daños personales por los que solicita una indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. Como dispone el artículo 67.1 LPACAP, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En este supuesto se debe recordar que, después de que el 19 de junio de 2023 que hubiese intervenido al reclamante por tercera vez, tras haberse descubierto el olvido mencionado, se le concedió el alta el día 24 de ese mes. También, que evolucionó de manera favorable durante el período postoperatorio y no ha sufrido secuelas posteriores por ese motivo.

El perito de la compañía aseguradora estima que, al mes de la citada intervención, esto es, el 19 de julio de 2023 (*dies a quo*), se produjo la curación del interesado de la afección que le había provocado el olvido de la compresa en la cavidad abdominal.

Así pues, es evidente que la acción de resarcimiento se interpuso el 20 de marzo de 2024 de forma temporánea, dentro del plazo legalmente establecido.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, según el cual *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce *“el derecho a la protección de la salud”*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económico e individualizado en relación con una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del

tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002).

La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predecible de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata. En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto y acerca del *quantum indemnizatorio*.

I. Ya se ha explicado que el interesado solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización de 60.000.- € por los daños que se le causaron después de que, en el HGURM, el 28 de marzo de 2023, se le realizase una RTU que le provocó una perforación de vejiga. Ello motivó que al día siguiente se le tuviese que practicar una reintervención mediante laparotomía y que en este acto quirúrgico se le dejara olvidado material quirúrgico (concretamente, una compresa) en la zona intra-abdominal. Destaca que ello le causó un cuadro febril y motivó que el 18 de junio siguiente se le tuviese que realizar una tercera cirugía para extraerlo. Sostiene que ello le ha causado un daño personal evidente y que le entorpeció notablemente la recuperación que su afección de próstata requería.

El examen del expediente administrativo permite concluir la existencia de la lesión alegada por la reclamante. Así lo reconocen la Supervisora de Quirófano del HGURM (Antecedente tercero de este Dictamen) y el urólogo que lo atendió (Antecedente cuarto) y se confirma en el informe médico-pericial que ha presentado la compañía aseguradora del SMS (Antecedente séptimo) y en el elaborado por la Inspección Médica (Antecedente noveno).

En esos últimos informes se reconoce que se incurrió en la segunda intervención realizada, es decir, en la de reparación vesical, en una infracción clara de la *lex artis ad hoc* al haber quedado olvidada una compresa en la cavidad abdominal.

Por lo tanto, no cabe duda de que existe el necesario nexo causal entre el daño por el que se reclama y el funcionamiento, anormal en este caso, del servicio sanitario regional, de modo que se debe declarar el derecho del interesado a percibir una indemnización.

II. Admitida la efectividad de la lesión y establecida su conexión causal con el funcionamiento del servicio público sanitario, procede analizar

la valoración del daño producido y la cuantía y el modo de la indemnización.

Para ello, este Consejo Jurídico estima procedente servirse del informe de valoración aportado por la correduría de seguros del SMS, en el que se concreta el alcance económico de los daños personales provocados en la cantidad de 5.456,34.- €, con fundamento -aunque no se diga- en el baremo anexo que se contiene en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, que sustituye al Anexo del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

Conviene señalar, además, que los importes indemnizatorios que se utilizan adecuadamente en ese informe resultan de la aplicación de la Resolución de 12 de enero de 2023, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones actualizadas del sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

En ese informe se reconoce un proceso curativo total de 112 días, esto es, los comprendidos entre la fecha de la segunda laparotomía (29 de marzo de 2023) y cuando se cumplió el mes (19 de julio de ese año) de la tercera operación, en la que se le retiró al reclamante el oblito mencionado. Asimismo, se considera que 6 de esos días (cuando el paciente estuvo hospitalizado) tendrían la consideración de graves por pérdida temporal de calidad de vida, y se entiende que otros 7 serían de perjuicio moderado. Por último, se sostiene que en los 99 restantes se habría producido un perjuicio personal básico.

No obstante, este Consejo Jurídico estima más adecuado entender que el perjuicio personal por pérdida de la calidad de vida fue moderado desde que el interesado regresó a su domicilio tras la segunda intervención (ya que poco tiempo después comenzó a experimentar fiebre continua) hasta que recibió el alta hospitalaria de la tercera operación, el 24 de junio de ese año, es decir, durante 81 días.

Hay que considerar que en el período comprendido entre el alta tras la tercera laparoscopia y el 19 de julio de 2023 (total, 25 días), cuando se puede entender concluido el proceso curativo, el paciente experimentó un perjuicio personal básico. Como se ha adelantado, la suma de los días señalados asciende (6 + 81 + 25) a 112.

Por tanto, los cálculos más ajustados serían los siguientes:

- 6 días de perjuicio personal particular por pérdida grave de la calidad de vida, a razón de 89,27 €/día, 535,62 €.

- 81 días de perjuicio personal particular por pérdida moderada de la calidad de vida, a razón de 61,89 €/día, 5.013,09 €.

- 25 días de perjuicio personal básico, razón de 35,71 €/día, 892,75 €.

A las cantidades anteriores hay que sumar el perjuicio personal particular ocasionado por la necesidad de tener que someterse a una tercera intervención quirúrgica, que se ha fijado en 952,20 €.

Así pues, procedería reconocer al interesado una indemnización total (535,62 + 5.013,09 + 892,75 + 952,20) de 7.393,66 €, si bien debe tenerse en cuenta que dicha cantidad debe ser actualizada de acuerdo con lo que se establece en el artículo 34.3 LRJSP.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución estimatoria, en parte, de la reclamación formulada, porque existe una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento anormal del servicio sanitario regional y el daño por el que se reclama, cuyo carácter antijurídico se ha demostrado, asimismo, de forma conveniente.

SEGUNDA.- No obstante, la cuantía de la indemnización que procede abonar al interesado debería ajustarse a lo que se indica en la Consideración Cuarta, apartado II.

No obstante, V.E. resolverá.

