



ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 14 de febrero de 2001, D. R. M. S. interpuso reclamación patrimonial contra el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) por daños causados como consecuencia de una defectuosa asistencia sanitaria, consistentes en infarto anémico de testículo derecho con impotencia sexual, falta de erección, alteraciones en la orina (debe orinar sentado) y depresión nerviosa reactiva con afectación de la vida normal.

Fundamenta dicha reclamación en el informe emitido por la Dra. M.^a S. L. C., médico de familia asignado en el Insalud, Consultorio de Molinos Marfagones (EAP-Cartagena-Oeste), cuya copia adjunta a efectos de prueba, en el que, a juicio del reclamante, se pone de relieve la relación de causalidad entre dichas lesiones y el funcionamiento del servicio público de asistencia sanitaria del Hospital Santa María del Rosell, en cuyo Servicio de Cirugía se le realizó una intervención quirúrgica de hernia inguinal derecha, sin que los referidos daños puedan considerarse como secuelas o riesgos inherentes al tratamiento quirúrgico de la hernia, ni constan como previsibles en el consentimiento informado que otorgó.

Por ello, solicita una indemnización que, teniendo en cuenta los criterios de valoración de perjuicios establecidos en la Resolución de la Dirección General de Seguros de 2 de marzo de 2000 (BOE 22 de marzo de 2000), de acuerdo con la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, valora en 80 puntos, que multiplicados por 273.789 ptas. (valor del punto, según el reclamante, teniendo en cuenta la edad de 61 años en la fecha de las secuelas), dan un total de 21.903.120 ptas.

SEGUNDO.- Con fecha 16 de febrero de 2001 el Director Territorial Provincial de Asistencia Sanitaria de Murcia del INSALUD solicita a la Gerencia del Hospital Santa María del Rosell de Cartagena el parte de reclamación, debidamente cumplimentado, copia cotejada de la historia clínica e informe de los profesionales que asistieron al reclamante.

TERCERO.- El 14 de junio de 2001, el Director de Gestión del citado Hospital remite la historia clínica, junto con los informes de los facultativos Drs. R. M. B., de 23 de abril, y R. G. C., de 4 de mayo, ambos de ese año.

CUARTO.- El Inspector Médico del INSALUD emite informe el 20 de julio de 2001, en el que, tras estudiar la historia clínica completa del Sr. M. S., consigna lo siguiente:

I. En cuanto al documento aportado por el reclamante y que éste denomina informe médico legal, indica, que es un informe médico normalizado, que se realiza habitualmente para presentar ante la Seguridad Social cuando se solicita algún tipo de prestación, y en el que literalmente consta:

"A) Antecedentes personales: Artrosis generalizada; IAM en año 1991.

B) Comienzo de la enfermedad.

C) Curso de la enfermedad.

D) Estado actual del enfermo: Paciente que fue intervenido de hernia inguinal derecha el día 28-2-2000. El día 5-3-2000 acudí a domicilio de este paciente por dolor importante que le impide levantarse de la cama y moverse. El paciente presenta inflamación importante de la zona inguinal y del testículo derecho.

Ante la no mejoría con AINES y analgésicos que lleva del hospital, lo mando a urgencias para que sea valorado por cirujano de guardia ese mismo día, quien considera que es normal de la (sic).

El día 9-3-2000 se le extirpan los puntos de sutura, pero persiste isquemia y dolor en testículo. El cirujano dice que las molestias que presenta el paciente son normales de la operación en 2 ocasiones (en consulta y en urgencias).

Ante la persistencia de las molestias y alt. sexual y problemas al orinar a consecuencias de la intervención es visto por Urólogo, quien le informa que presenta infarto anémico del testículo derecho.

El paciente ha presentado secuelas a consec. de la interv. de hernia inguinal derecha y afectación de su estado psicológico por impotencia sexual y falta de erección y alteraciones en la orina (tiene que orinar sentado). Presenta depresión nerviosa a raíz de este problema que le está afectando en su vida normal".

II. En cuanto al informe del Dr. R. M. B., FEA del Servicio de Urología, consigna que en él se indica que "el 14/08/2000 el enfermo fue remitido por primera vez a Consulta de urología para valorar cuadro clínico en testículo derecho. En la exploración se aprecia testículo de consistencia dura y contornos regulares. Se le realiza una PAAF del mismo.

El 20/11/2000, es visto de nuevo en consulta para ser informado del resultado anatomopatológico, cuyo diagnóstico es "infarto anémico de testículo derecho".

Acude de nuevo a consulta el 9/01/2001, por dolor en fosa ilíaca derecha y disuria. Se le realiza tacto rectal, presentando próstata pequeña de consistencia firme. Se le solicita urografía intravenosa, sin que hasta la fecha del informe tuviese constancia de que se la hubiesen realizado.

El día 13/03/2001 consta que es intervenido de fimosis (circuncisión)".

III. En cuanto al informe del Dr. G. C., Jefe de Servicio de Cirugía, consigna que el reclamante "fue intervenido quirúrgicamente el 28/02/00 de forma programada, por presentar hernia inguinal derecha, realizándosele una herniorrafia inguinal siguiendo técnica de Bassini. Fue dado de alta hospitalaria el día 1/03/00, presentando discreto edema testicular derecho. Se le retiraron puntos a los 7 días y no tiene constancia de posteriores revisiones.

El paciente era de alto riesgo (ASA-IV), a pesar de lo cual fue aceptado para cirugía por haber presentado varias crisis de estrangulación, que le obligaban a acudir a urgencias. Presentaba cardiomegalia e infarto lateral con extrasistolia y obesidad, y se consideró no diferible a pesar del riesgo.

Al paciente se le informó de todos los riesgos, los comprendió y aceptó firmando el protocolo de consentimiento, donde además de otras complicaciones se le informa de la posibilidad de atrofia testicular.

Concluye el Dr. G. C., que tras una operación de hernia inguinal puede suceder que exista edema de cordón y que esto produzca compresión sobre vasos testiculares que van a producir la atrofia que alega el paciente, pero que esta no justifica bajo ningún concepto la impotencia sexual, alteraciones de la orina y depresión, que si pueden estar justificadas por ser un paciente con otras patologías".

IV. Por su parte, el referido inspector médico informa que "del estudio de la historia clínica completa del Sr. M. S., se extraen importantes datos a considerar:

1.- Se trata de un enfermo cardíaco, que sufrió infarto agudo de miocardio y se le realizó el 8/9/91, una angioplastia sobre DA por lesión significativa en 1/3 proximal.

2.- En el año 1996 fue visto en Reumatología por hiperostosis anquilosante, siendo remitido a la Unidad del Dolor para tratamiento de sus algias.

3.- Desde 1993 consta que está siendo atendido en Endocrinología, por presentar sobrepeso

importante, que superó los 120 kg. de peso, para una estatura de 169 cm.

4.- Se fotocopia y adjunta: la Propuesta de Consulta Externa, realizada por su médico de cabecera el 20/11/00, para remisión a Urología por presentar fimosis; la Hoja de Anamnesis y Exploración Clínica realizada en consulta de urología; hoja de programación de la intervención de circuncisión; Informe Clínico de la intervención de circuncisión; y consentimiento informado para dicha intervención.

En ninguno de los documentos mencionados consta que el paciente sufriese impotencia, siendo llamativo que no hubiese mencionado el paciente esta circunstancia, si la padecía desde la herniorrafia inguinal y habiendo acudido al Servicio de Urología por otro motivo.

Se trata, pues, de un paciente con patologías crónicas que requieren un amplio tratamiento farmacológico: cardiopatía isquémica crónica; IAM postero-inferior; revascularización miocárdica mediante ACTP sobre lesión en DA proximal; función sistólica deprimida en grado leve; HTA; hipercolesterolemia; obesidad; hiperostosis anquilosante; y cuadro ansioso-depresivo.

El paciente aporta como prueba, de las lesiones por él alegadas como consecuencia de la herniorrafia inguinal, el informe médico realizado por su Médica de Atención Primaria, la Dra. S. L. Ch. (sic), sin embargo dicho informe recoge lo que el paciente le manifiesta, no teniendo valor probatorio a efectos científicos, ya que ¿en qué basa su afirmación de que la impotencia sexual y falta de erección, la presenta tras la intervención y no la presentaba antes?.

De las lesiones alegadas por el (sic) D. R. M. S., la única constatable como secundaria a la intervención de herniorrafia inguinal, es la lesión del testículo, estando expresamente recogida la atrofia testicular, como un efecto indeseable derivado de la intervención, en el procedimiento de consentimiento informado para el tratamiento quirúrgico de la hernia, que aparece firmado por el reclamante.

Esta lesión no produce impotencia, tal como manifiesta en su informe el Jefe del Servicio de Cirugía, Dr. G. C., ni hay documentación clínica que lo pruebe.

Respecto a la depresión nerviosa reactiva, si se entiende que es por causa de la impotencia, al no demostrarse que ésta sea causa de la intervención, tampoco sería indemnizable.

En las alteraciones de la orina manifestadas, tampoco se establece una relación con la intervención quirúrgica, y nuevamente llama la atención que no mencionase esta circunstancia en las visitas al Urólogo".

V.- A la vista de lo anterior, formula las siguientes conclusiones: "De todas las lesiones manifestadas por el reclamante, D. R. M. S., la única que considero que es derivada de la intervención del herniorrafia inguinal realizada el 28 de febrero de 2000, es la atrofia testicular, como ya se le comunicó previamente en el consentimiento informado, y aceptó el interesado". No obstante, propone que se le indemnice por la atrofia testicular, "considerando que es una consecuencia de un normal funcionamiento de la una (sic) asistencia sanitaria, que es probable que ocurra, y que así se había comunicado previamente".

QUINTO.- El expediente es remitido por la Dirección Territorial del INSALUD a la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil que, el 31 de octubre de 2001 y a la vista del aquél, rehusa la reclamación interpuesta.

SEXTO.- Mediante oficio de 15 de noviembre de 2001 se concede trámite de audiencia al reclamante, personándose un letrado, quien dice actuar en nombre y representación del interesado, sin que conste ésta en el expediente, al que se facilita fotocopia íntegra del mismo. El 19 de febrero de 2002 presentó el interesado alegaciones en las que se ratifica en todo lo expuesto en su reclamación.

SÉPTIMO.- Traspasadas las funciones y servicios del INSALUD a la Comunidad Autónoma por Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre, el 29 de mayo de 2002, el Servicio de Régimen

Jurídico del Servicio Murciano de Salud formula propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación, al considerar que no se ha acreditado la conducta antijurídica de la Administración, pues se ajustó en todo momento a la "*lex artis*" médica.

OCTAVO.- El 15 de octubre de 2002 el Consejero de Sanidad y Consumo solicita de este Consejo Jurídico la emisión de su preceptivo Dictamen, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento promovido en su día ante la Administración del Estado, pero cuya resolución compete a la Administración regional en virtud del traspaso de funciones y servicios consignado en los Antecedentes. Concorre, con ello, el supuesto establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Procedimiento.

Las actuaciones han seguido, en lo sustancial, lo establecido en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos en Materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas.

No obstante, debemos llamar la atención respecto de la necesidad de acreditar ante el Instructor la representación por quien pretenda actuar en nombre del interesado, máxime en supuestos como el que nos ocupa, por cuanto se facilita a persona distinta a éste copia íntegra del expediente.

TERCERA.- Relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos y los daños alegados.

Según se desprende de los informes médicos consignados en el Antecedente Cuarto del presente Dictamen, los únicos daños que pueden considerarse acreditados y que son consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos son los relativos a la atrofia testicular, no pudiendo admitirse que el resto de patologías alegadas por el reclamante sean causa de la intervención quirúrgica que sufrió el 28 de febrero de 2000, a la que aquél achaca tales dolencias.

Como hemos señalado en numerosos Dictámenes, cuando se alegan daños derivados de una actuación médica es necesario acreditar su relación de causalidad con el funcionamiento del servicio público sanitario. El informe del Inspector Médico del INSALUD reseñado en el Antecedente Tercero justifica por qué el parte de la médico de familia aportado por el reclamante no puede considerarse suficiente para acreditar dicha relación de causalidad, poniendo de manifiesto, además, varios hechos que contribuyen a sostener la falta de acreditación de tal relación causal.

Por todo ello, descartados los daños que no sean el referente a la atrofia testicular, procede analizar si este último debe ser considerado como "*lesión*" en sentido técnico-jurídico, es decir, un daño derivado de una conducta antijurídica de la Administración y que el particular no tiene el deber jurídico de soportar, cuestión a la que se dedica la siguiente Consideración, dado que el informe citado del Inspector Médico estima que debe ser indemnizable.

CUARTA.- Inexistencia de lesión. Ausencia de conducta antijurídica de la Administración por sujetarse a la "*lex artis ad hoc*". El consentimiento del paciente a la posible secuela: el deber jurídico de soportar el riesgo creado con la intervención.

En primer lugar, debe destacarse que el interesado no reclama por la atrofia testicular, lo que ya sería suficiente para no entrar en su indemnizabilidad. No obstante, y por abundar en

cuestiones de indudable interés, se añade lo siguiente.

Como se desprende del expediente, el documento en el que se plasma el consentimiento del paciente a la intervención quirúrgica de hernia inguinal a la que atribuye los daños por los que reclama, incluía como riesgo y posible secuela de la misma la atrofia testicular. La finalidad del denominado "*consentimiento informado*" en materia de asistencia sanitaria es que el paciente disponga de una información suficiente y comprensible acerca de los riesgos que, aun realizando la intervención conforme a la "*lex artis ad hoc*", el estado de los conocimientos de la ciencia y la técnica no permiten evitar. Con ello se suministra al interesado una información esencial para que pueda decidir, con conocimiento de causa, acerca de si se arriesga, o no, a que se le practique dicha intervención, sopesando su estado previo a ésta y los riesgos de no intervenir, con los que pueden derivarse de la intervención quirúrgica que le son informados. En el caso que nos ocupa, además, consta en el expediente que el paciente había acudido al hospital varias veces y que se le aconsejaba la intervención de hernia inguinal por existir riesgo de estrangulación de la misma, con las graves consecuencias que ello podía conllevar. Obviamente, dicho consentimiento no enerva la posible responsabilidad que se generaría si en la intervención o en su seguimiento posterior se hubiera acreditado la existencia de una mala praxis médica, pero ello no se ha probado.

Esto último supone, de un lado, que la conducta médica no pueda considerarse antijurídica, lo que, en el ámbito sanitario, sólo puede producirse por infracción de la "*lex artis*" aplicable al caso concreto o a un funcionamiento anormal de la organización sanitaria que cause daños. Es claro, así, que en materia sanitaria no cabe hablar de "*lesión*" cuando el funcionamiento de los servicios médicos ha sido correcto (y aquí yerra la conclusión jurídica, que no clínica, del Inspector Médico), pues de lo contrario no estaríamos hablando de indemnización por responsabilidad, sino de un subsidio o compensación por todas las dolencias que pudieran sufrir los ciudadanos y que la Administración no pudiera evitar, lo que, obviamente, queda fuera del marco jurídico de la institución de la responsabilidad patrimonial establecida, básicamente, en los artículos 139.1 y 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución que desestima la reclamación, ya que no se ha acreditado la relación de causalidad entre los daños alegados por el reclamante y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, excepto en lo que atañe a la atrofia testicular, que no puede considerarse lesión indemnizable por tratarse de un riesgo inherente a la intervención quirúrgica que sufrió y del que estuvo previa y suficientemente informado al prestar su consentimiento a la referida intervención. Ello supone que el daño no se debe a ninguna conducta antijurídica de la Administración, que se ajustó a la "*lex artis ad hoc*", por lo que la secuela en cuestión se debió a un riesgo que el particular tenía el deber jurídico de soportar.

No obstante, V.E. resolverá.