



## ANTECEDENTES

**PRIMERO.-** Con fecha 2 de marzo de 2005 (registro de entrada) D. M. B. Á. presentó reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud, por la asistencia recibida en el Hospital Comarcal del Noroeste de Caravaca de la Cruz. Describe que fue operada el 2 de noviembre de 1998, de urgencia y por vía laparoscópica, siendo diagnosticada de Ileitis terminal, probable Crohn, y dada de alta el 6 de noviembre siguiente. Como consecuencia de esta operación manifiesta que le ha quedado un dolor crónico hipopátrico derecho irradiado hacia la zona lumbar derecha y cara anterior del muslo derecho y, pese a las pruebas que le han realizado, no ha observado mejoría por negligencia de los profesionales que la han atendido.

Como consecuencia de los hechos relatados solicita que la Administración regional se haga cargo de los daños ocasionados, cuya cuantía justificará posteriormente, incrementada en 20.000 euros en concepto de daños morales.

**SEGUNDO.-** Con fecha 4 de abril de 2005 la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución admitiendo a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, siendo notificada a los interesados, así como al Hospital Comarcal del Noroeste, al que solicita la historia clínica y los informes de los facultativos que atendieron a la paciente.

**TERCERO.-** Recibida la documentación del Hospital Comarcal del Noroeste, la historia clínica se completa con varios informes:

El del Dr. A. M. G., FEA de Cirugía General y Aparato Digestivo, que informa de la operación que realizó a la reclamante:

*"1.º Dicha paciente fue operada por mí el 2-11-98, con carácter urgente. El criterio de cirugía urgente fue determinado ante la presencia de dolor abdominal, fiebre, leucocitosis, valoración ginecológica, y ecografía en la que se objetivaba la presencia de líquido libre intraperitoneal. Ante estos hallazgos, con el diagnóstico de abdomen agudo, no sólo está justificada, sino que es obligada la realización de una exploración quirúrgica para determinar y corregir la causa de dicho abdomen agudo, cuya etiología más frecuente es una apendicitis aguda, aunque otras causas pueden ser de origen ginecológico, o como en este caso, una ileitis distal. Además, la vía de abordaje fue laparoscópica, porque aporta las ventajas de una mayor visibilidad del campo quirúrgico, sobre todo en un abdomen agudo de una mujer en edad fértil, aparte de la casi desaparición de las complicaciones de la herida quirúrgica, en este caso tres miniincisiones de 5, 10 y 10 mms.*

*2º. El diagnóstico al que se llegó en dicho acto quirúrgico fue ileitis terminal, y se practicó apendicectomía. Tras el alta hospitalaria, y ser revisada por dos veces en nuestra consulta con carácter ambulatorio, fue enviada a la consulta de Aparato Digestivo para descartar una enfermedad de Crohn, y me consta que se hicieron todas las exploraciones indicadas al respecto. Asimismo, y ante la ausencia de hallazgos diagnósticos de dicha enfermedad, fue remitida a las consultas de Rehabilitación, Neurocirugía y Unidad del Dolor.*

*3º. Respecto a las posibles causas de dolor crónico, aparte de haber presentado previamente a la intervención antecedentes de dolor pélvico crónico, como se refleja en mi informe de alta,*

existe una evidencia objetiva de una causa probable: en una resonancia magnética nuclear se apreció una estenosis del canal medular. La única causa -infrecuente- de dolor crónico de pared abdominal relacionada con la cirugía podría ser una cicatriz dolorosa. Cuando fue revisada en nuestra consulta, el dolor lo refería en hipogastrio y fosa iliaca derecha, precisamente donde no existe cicatriz alguna de abordaje laparoscópico, aparte de que en este abordaje la posibilidad de cicatriz dolorosa es excepcional (precisamente la principal ventaja de la vía laparoscópica es la desaparición casi completa del dolor postoperatorio y de las complicaciones de la herida quirúrgica, entre otras).

4º. En cuanto a la consideración por parte de la paciente de conducta negligente de los profesionales de este Hospital, en lo que a mí respecta, la paciente fue intervenida quirúrgicamente con un criterio correcto (dolor, leucocitosis, fiebre, líquido libre en ecografía... lo cual está documentado); tras un diagnóstico quirúrgico, y tras ser revisada en nuestra consulta, fue remitida a diferentes servicios (Rehabilitación, Unidad del Dolor, Neurocirugía...), por lo cual en ningún momento se ha incumplido la "lex artis".

El Dr. L. S., facultativo de la Unidad del Dolor, informa lo siguiente (folio 15):

"Paciente con antecedentes de dolor abdominal crónico, que estando pendiente para esterilización quirúrgica, acude a Urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución, interviniéndose por vía laparoscópica de abdomen agudo (noviembre-98), diagnosticándose de Ileítis distal (probable enfermedad de Crohn).

En julio-03 es vista por Rehabilitación por un cuadro de lumbalgia (que la paciente relaciona con la intervención quirúrgica) practicándose TAC lumbar y EMG, diagnosticándose de lumbalgia secundaria a estenosis congénita de canal lumbar en los segmentos L-4-L5 y L5-S1, recomendando valoración quirúrgica por Neurocirugía, y remitiendo a su médico de atención primaria para tratamiento sintomático de su dolor.

Posteriormente es vista por Neurocirugía de la Arrixaca por dolor hipogástrico derecho, irradiado hacia zona lumbar y cara anterior de muslo derecho. Con exploración neurológica normal, se practica EMG, TAC y RMN resultando normales, por lo que al no evidenciar patología, alguna, se aconseja sea remitida a la Unidad del Dolor.

El 28-10-04 es vista en consulta de la Unidad del Dolor, refiriendo dolor cicatricial lancinante que localiza sobre cicatriz quirúrgica, y que irradia a zona lumbar (L4-S1). No consta, irradiación hacia miembro inferior derecho. Frente a los TAC referenciados, todos normales, menos uno que refiere estenosis congénita del canal a ese nivel, y la apreciación subjetiva de la paciente de dolor sobre la cicatriz, se diagnostica de "dolor neuropático de probable origen cicatricial", prescribiendo EMLA y KATRUM durante un mes, tras el cual se le recomienda, vuelva a consulta antes de la Navidad para conocer la evolución y plantear, si procede, infiltraciones locales de anestésicos locales y esferoides, antes de dirigir el diagnóstico definitivo a su estenosis de canal (y así consta en su Historial Clínico).

La paciente no vuelve a ser vista por nuestra Unidad."

También se remite informe de la Dra. S. J. M. (folio 17), del Servicio de Rehabilitación, que detalla que se le recomendó tratamiento conservador con normas posturales de protección de espalda, uso de lumbostato diurno sobre todo para la bipedestación-marcha prolongada y analgésico si había dolor; además, dada la persistencia del dolor, se le recomendó revisión por Cirugía y/o Aparto Digestivo, siendo alta el 27 de enero de 2000.

Posteriormente el Hospital Comarcal del Noroeste remite informe del Dr. O. F.-D. (folio 97), del Servicio de Rehabilitación, quien emite el siguiente juicio clínico: "Lumbalgia crónica secundaria a estenosis de canal con dolor irradiado a M.M.I.I. sin hallazgos de afectación radicular", y que ante la cronicidad del cuadro y la mala respuesta del tratamiento conservador, remite a la reclamante a Neurocirugía para valorar tratamiento quirúrgico, dándole el alta el 18 de julio de

2003.

**CUARTO.-** Con fecha 23 de febrero de 2006 se emite informe por la Inspección Médica (folios 112 y ss), proponiendo la desestimación de la reclamación sustentada en las siguientes conclusiones:

*"La reclamante fue intervenida el 02/11/98, mediante la técnica de laparoscopia por un abdomen agudo, con el diagnóstico final de ileitis distal. El tratamiento quirúrgico planteado fue el adecuado.*

*La indicación de la técnica en una mujer en edad fértil está avalada en la literatura consultada tanto por la alta capacidad diagnóstica, como por la baja tasa de complicaciones.*

*Tras la intervención ha sido atendida por los diferentes especialistas (Cirugía y Digestivo, Neurocirugía, Ginecología, rehabilitación y Unidad, del Dolor) proporcionándole las exploraciones complementarias que podían orientar el origen del dolor crónico referido, no dando por finalizadas las posibilidades terapéuticas. A la vista de la documentación examinada puede decirse que todos los profesionales actuaron de forma correcta.*

*Previo a la intervención consta en la historia antecedentes de dolor pélvico crónico. Considero que hay que tener en cuenta que la causa de la intervención fue una ileitis que originó líquido en el abdomen, y entre sus rasgos clínicos característicos esta el dolor abdominal.*

*No se ha encontrado ninguna causa objetiva del dolor, salvo en el TAC (20/12/02) que mostraba una estenosis de canal lumbar L5-S1 congénita.*

*No puede asegurarse que el dolor referido sea consecuencia de la intervención."*

**QUINTO.-** La compañía aseguradora Z. aporta dictamen realizado colegiadamente por los doctores I. G., C. L., D. Z. A. y O. C., todos ellos especialistas en Cirugía y los tres primeros en Aparato Digestivo.

El mencionado dictamen llega a las siguientes conclusiones:

a. *"1. La intervención realizada en noviembre de 1998 era correcta y la vía laparoscópica indicada.*

b. *Se introdujeron 3 trocares para la realización de la técnica, como es habitual.*

c. *Se realizó diagnóstico, extirpación del apéndice de manera profiláctica y una ligadura de trompas a petición de la paciente.*

d. *Tras la cirugía, de manera correcta, se derivó a la paciente al especialista de digestivo para tratamiento de su posible enfermedad de Crohn.*

e. *En el post-operatorio presentó unos dolores a nivel de la columna lumbar irradiados a FID que no han cedido con el tiempo.*

f. *La paciente ha pasado por múltiples especialistas sin que se haya podido demostrar la etiología del dolor.*

g. *A pesar de la realización de múltiples pruebas diagnósticas, entre las que se incluyen RMN, TACs y EMG, no se ha podido demostrar la existencia de patología orgánica alguna.*

h. *Es posible que nos encontremos ante un dolor de tipo funcional, de difícil diagnóstico etiológico y difícil tratamiento.*

i. *La paciente acude en último lugar a la Unidad del Dolor y no acude más tras la primera visita.*

j. *El diagnóstico de esta Unidad es de posible neuropatía, que no ha sido demostrada.*

k. *El dolor no se corresponde con el lugar de inserción de los trocares para laparoscopia.*

l. *A la vista de la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales que han tratado a la paciente lo hicieron de manera correcta, de acuerdo con la "lex artis ad hoc"."*

**SEXTO.-** Se comunica a los interesados la apertura del trámite de audiencia, sin que hasta la fecha se haya presentado alegación alguna por parte de la reclamante.

**SÉPTIMO.-** La propuesta de resolución, de 24 de octubre de 2006, desestima la reclamación



de responsabilidad patrimonial, al no haberse probado la existencia de nexo causal entre el daño que padece la reclamante y la asistencia recibida de los profesionales del Servicio Murciano de Salud.

**OCTAVO.-** Con fecha 4 de noviembre de 2006 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos Antecedentes procede realizar las siguientes

## **CONSIDERACIONES**

**PRIMERA.-** Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

**SEGUNDA.-** Legitimación y plazo.

La reclamante, al sufrir los perjuicios imputados a la actuación administrativa consistente en la atención sanitaria recibida del sistema público de salud, ostenta la condición de interesada para ejercitar la acción de reclamación, a tenor de lo dispuesto por el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con el 4.1 RRP.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, tras el traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de asistencia sanitaria, dando aquí por reproducidas las consideraciones efectuadas por este Consejo en nuestro Dictamen 65/02.

En cuanto al plazo para ejercitar la acción de reclamación, en caso de daños personales, empieza a computarse desde la determinación del alcance de las secuelas, según establece el artículo 142.5 LPAC, habiendo considerado la propuesta de resolución la temporaneidad de la misma porque la última consulta que figura en el expediente fue la realizada a la Unidad de Dolor el 28 de octubre de 2004, y la reclamación se presentó el 2 de marzo de 2005, dentro del año.

Sin embargo, conviene matizar que si la reclamación se hubiera circunscrito exclusivamente a imputar al Servicio Murciano de Salud las secuelas derivadas de la intervención quirúrgica practicada el 2 de noviembre de 1998, podría sostenerse fundadamente por la Administración regional la prescripción de la acción, en tanto que el Servicio de Rehabilitación, ante las manifestaciones de la paciente que relacionaba el dolor en la región inguinal con dicha intervención, y tras las pruebas que realizaron, le dio de alta el 18 de julio de 2003 con el siguiente juicio clínico:

*"lumbalgia crónica secundaria a estenosis congénita de canal con dolor irradiado a M.M.I.I, sin hallazgos de afectación radicular".*

Por tanto, a partir de ese momento la paciente podría haber ejercitado la acción de reclamación, por cuanto la secuela se encontraba ya estabilizada, y se hallaba en condiciones de ejercitar la acción valorando el daño (STS, Sala 3ª, de 24 de marzo de 1992).

Realizada tal consideración, dado que la reclamación no se ha contraído a la intervención quirúrgica que le fue realizada en el año 1998, sino también a la actuación posterior de los facultativos que la han atendido, a los que también se les imputa negligencia, al no haber observado la paciente mejoría en sus dolencias, motiva que el Consejo Jurídico muestre su conformidad con la propuesta de resolución, en cuanto a entrar a considerar el fondo de la cuestión reclamada, puesto que la última visita documentada en el expediente fue la realizada

a la Unidad de Dolor el 28 de octubre de 2004.

**TERCERA.-** Procedimiento y medios probatorios.

A la vista de la documentación remitida, puede afirmarse que, en lo sustancial, se ha seguido lo establecido al respecto en la LPAC, y en el RRP, salvo el plazo máximo para resolver previsto en el artículo 13.3 del precitado Reglamento.

Sin embargo, conviene destacar la ausencia total de prueba por parte de la reclamante de algunos de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, atribuible en exclusiva a la misma; en el presente supuesto, ni tan siquiera los informes médicos de los distintos facultativos del Hospital Comarcal de Caravaca, de la Inspección Médica y de los peritos de la compañía aseguradora han sido cuestionados o rebatidos por la parte reclamante a través de las correspondientes alegaciones en el trámite de audiencia que se le ha otorgado, sin que ni tan siquiera haya comparecido. A este respecto la SAN, de 27 de junio de 2001, destaca: *"Que corolario de lo dicho es que quien reclama debe probar la relación de causalidad antes expuesta (artículo 6.1.2º in fine Reglamento de Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial (...), y a tal efecto lo propio habría sido interesar una prueba pericial sobre la bondad de los tratamientos dispensados, prueba vital pues se está en un pleito en el que son convenientes o necesarios conocimientos científicos (...) al carecer este Tribunal de conocimientos oncológicos"*.

**CUARTA.-** Concurrencia de los requisitos que determinan la responsabilidad patrimonial en materia sanitaria.

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

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y ss. LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
- b) 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.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) 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 puede esperar de los poderes públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de poner todos los medios posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de medios. La actuación del médico ha de llevarse a cabo por la denominada "*lex artis ad hoc*" o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica, y las circunstancias en que la misma se desarrolle (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 (SAN, Sección 4ª, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002 ).

La reclamante imputa al servicio público sanitario que la asistencia recibida del Hospital Comarcal del Noroeste ha sido totalmente negligente, pues persiste un dolor crónico hipopátrico derecho irradiado a zona lumbar derecha y cara anterior del muslo, que atribuye a la intervención que se le realizó, con carácter urgente y por vía laparoscópica, el 2 de noviembre de 1998.

Sin embargo, dichas imputaciones quedan relegadas a meras manifestaciones de la reclamante ante su pasividad probatoria, frente a la existencia de abrumadoras valoraciones técnicas de la asistencia prestada por los facultativos de la sanidad pública que concluyen en su adecuación a la "*lex artis*". A este respecto conviene recordar, como reiteradamente ha indicado el Consejo Jurídico (por todos nuestro Dictamen 29/2006), la necesidad de que las imputaciones de los reclamantes sobre inadecuada *praxis* médica por parte de los sanitarios públicos vayan acompañadas de los correspondientes medios probatorios, jugando un papel esencial las pruebas periciales cuando se reprocha al profesional de la sanidad pública fallos en el curso de una intervención quirúrgica, o actuación sanitaria.

En consecuencia, no existiendo elemento probatorio alguno que acredite una mala *praxis* médica, ni siquiera indiciariamente, que lleve a la convicción de que los servicios sanitarios no actuaron conforme al estándar de atención médica exigible a las circunstancias del caso, ha de estarse al parecer de la Inspección Médica, dado el carácter eminentemente técnico de la misma (Dictámenes núms. 133/04 y 56/2005 del Consejo Jurídico), que no aprecia infracción de la "*lex artis*", según se transcribe en el Antecedente Cuarto:

*"La reclamante fue intervenida el 02/11/98, mediante la técnica de laparoscopia por un abdomen agudo, con el diagnóstico final de ileitis distal. El tratamiento quirúrgico planteado fue el adecuado.*

*La indicación de la técnica en una mujer en edad fértil está avalada en la literatura consultada tanto por la alta capacidad diagnóstica, como por la baja tasa de complicaciones.*

*Tras la intervención ha sido atendida por los diferentes especialistas (Cirugía y Digestivo, Neurocirugía, Ginecología, rehabilitación y Unidad, del Dolor) proporcionándole las exploraciones complementarias que podían orientar el origen del dolor crónico referido, no dando por finalizadas las posibilidades terapéuticas . A la vista de la documentación examinada puede decirse que todos los profesionales actuaron de forma correcta.*

*Previo a la intervención consta en la historia antecedentes de dolor pélvico crónico. Considero que hay que tener en cuenta que la causa de la intervención fue una ileitis que originó líquido en el abdomen, y entre sus rasgos clínicos característicos esta el dolor abdominal.*

*No se ha encontrado ninguna causa objetiva del dolor, salvo en el TAC (20/12/02) que mostraba una estenosis de canal lumbar L5-S1 congénita."*

*(...).*

Además conviene destacar un dato digno de resaltar por parte de los peritos de la aseguradora en el sentido de que el dolor no se corresponde con el lugar de inserción de los trocares para laparoscopia (folio 127).

Pero aun en la hipótesis, no corroborada por la Inspección Médica, de que el dolor irradiado, como sostiene la reclamante, pudiera tener un origen cicatricial (en el abordaje laparoscópico la posibilidad de cicatriz dolorosa es excepcional, según indica el facultativo que la intervino, pues

la principal ventaja de dicha técnica es la desaparición completa del dolor postoperatorio y de las complicaciones de la herida quirúrgica, entre otras), tampoco abocaría a estimar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, pues la atención médica que el ciudadano puede esperar de los poderes públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, y en el presente supuesto el servicio sanitario puso todos los medios posibles para la curación del paciente en el sentido expuesto por la STS, Sala 3ª, de 16 de marzo de 2005, "*A la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que puede sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. Esto es así porque lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente (...)*". Por otra parte también conviene resaltar que, previo a la intervención, la paciente padecía dolor pélvico crónico, según consta en la historia (folio 119).

En consecuencia, conforme a la Memoria del Consejo Jurídico correspondiente al año 1999, la ausencia de prueba de algunos de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, atribuible a la parte reclamante, debe abocar a la desestimación de lo pedido, sin que tampoco la reclamante haya concretado finalmente la cuantía indemnizatoria total reclamada, según indicó en el escrito de reclamación.

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

## **CONCLUSIÓN**

**ÚNICA.-** Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución, al no concurrir los requisitos para reconocer la responsabilidad patrimonial de la Administración regional en materia sanitaria.

No obstante, V.E. resolverá.