



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **214/2013**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 30 de julio de 2013, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 26 de diciembre de 2012, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **02/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 21 de mayo de 2008, x, en representación de x, según acredita con la escritura de poder que acompaña, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud por los siguientes hechos, según describe:

Su representada (en lo sucesivo la paciente) fue intervenida el 18 de diciembre de 2006 en el Hospital General Universitario Reina Sofía, de Murcia, de artroplastia de cadera derecha por necrosis avascular de la cabeza femoral derecha. Desde entonces presenta imposibilidad para flexo-extensión del pie, con debilidad para la flexión de la rodilla derecha, así como sensación de pinchazos y pérdida de sensibilidad en pierna derecha, más intensa en la zona lateral y en el pie derecho, con dolor persistente, lo que supone la impotencia funcional de dicho miembro.

Ante esta situación, y creyendo en un principio que la misma pudiera deberse a una hernia discal, el mismo Hospital le realizó una Resonancia Magnética lumbar (RM) el 29 de diciembre, que descartó esa posibilidad, por lo que fue ingresada de nuevo con fecha 8 de enero de 2007 para estudio y valoración, permaneciendo hospitalizada hasta el 6 de febrero siguiente.

Con fecha 11 de enero de 2007 se le practica una electromiografía que concluye: *"Los hallazgos son sugestivos de axonotmesis parcial muy severa/axonotmesis total de nervio ciático común derecho, de localización proximal a rama corta de bíceps sural, en estadio incipiente de denervación"*. Expresa que en posteriores informes de la Sección de Neurofisiología Clínica la situación no varió, y que la última electromiografía practicada en el Hospital San Carlos, de Murcia, en fecha 27 de junio de 2007, concluye: *"Continúan observándose signos EMG-ENG que indican degeneración axonal completa del nervio ciático común derecho de localización proximal en el muslo, y sin registrarse reinervación muscular ni actividad muscular voluntaria alguna, persiste intensa denervación activa en evolución en territorios musculares explorados (tibial anterior, gemelo externo y cabeza corta del bíceps femoral)"*.

Manifiesta que el mismo diagnóstico se realiza por el Departamento de Neurología y Neurocirugía de la Clínica Universitaria, Facultad de Medicina, de la Universidad de Navarra, según el informe de fecha 6 de agosto de 2007.

Durante todo este tiempo y hasta el alta con secuelas ha estado en tratamiento médico, mediante analgésicos, antiinflamatorios y diversos periodos de sesiones de rehabilitación, el último de los cuales finalizó el 3 de agosto de 2008. No puede andar si no es con muletas o silla de ruedas, el dolor es intenso por lo que está siendo tratada en la Unidad del Dolor del Hospital Reina Sofía con varios ingresos para infiltraciones.

Considera que la lesión completa del nervio ciático común derecho que presenta la paciente es consecuencia directa de mala *praxis* o negligencia médica en la operación de cadera practicada en diciembre de 2006, resultando desproporcionado el resultado, achacando también falta de información de los riesgos de la intervención.

Finalmente, solicita una indemnización de 271.886,64 euros, acompañando un informe médico de valoración de las secuelas, así como el recibimiento a prueba, proponiendo la documental que acompaña al escrito de reclamación y el historial de su representada en el Hospital General Universitario Reina Sofía, así como los partes de quirófano correspondientes a la intervención quirúrgica.

SEGUNDO.- Con fecha 4 de junio de 2008 el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dictó resolución de admisión a trámite, que fue notificada a las partes interesadas.

Al mismo tiempo se solicitó al Hospital General Universitario Reina Sofía copia de la historia clínica de la paciente e informe de los facultativos intervinientes. Asimismo se dió traslado de la reclamación a la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud a través de la --.

TERCERO.- Tras varias peticiones del órgano instructor, el Director Gerente del citado Hospital remite la documentación solicitada, obrando el informe del Dr. x del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (folio 42), según el cual:

"La paciente x, con NHC --.

Paciente que había sido diagnosticada de necrosis avascular de cabeza femoral decha. que fue intervenida el día 18/12/2006 de artroplastia de dicha cadera de tipo "resurfacing".

En el postoperatorio inmediato presenta dolor de carácter neuropático en el miembro intervenido.

Tras estudio Electromiográfico es diagnosticada de Axonotmesis del nervio ciático (como consta en el informe de neurofisiología).

Dicha lesión ha requerido sucesivos ingresos tanto en el Servicio de COT, como en la Unidad del Dolor de este centro.

Actualmente y según confirman estudios EMG sucesivos persiste lesión del nervio ciático aunque con algunos signos de reinervación.

Debido al tiempo transcurrido se podría considerar como secuela-definitiva.

Esta complicación puede ocurrir en la cirugía protésica de cadera como consta en el documento de consentimiento informado firmado por la paciente previamente a la cirugía".

CUARTO.- Con fecha 2 de diciembre de 2008 (registro de salida) se solicita informe al Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias (la Inspección Médica).

QUINTO.- Interpuesto recurso contencioso administrativo frente a la desestimación presunta de la reclamación (Procedimiento Ordinario 100/2009), mediante comunicación de 20 de febrero de 2009, la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia solicita a la Administración regional el expediente administrativo y el emplazamiento de las partes interesadas.

SEXTO.- El 20 de junio de 2012 se remite el informe de la Inspección Médica de 14 anterior, que concluye (folios 284 a 293):

"1. x, de 46 años, diagnosticada de necrosis avascular de cabeza femoral derecha fue intervenida el 18.12.06 de artroplastia de dicha cadera tipo "resurfacing", adecuada a su patología. Tras el postoperatorio inmediato presenta dolor neuropático que se diagnostica de Axonotmesis del nervio ciático sufriendo secuelas por las que reclama.

2. La lesión del nervio ciático como nervio adyacente a la zona quirúrgica, es una complicación propia de la cirugía protésica de cadera y así consta en el Consentimiento Informado firmado previamente por la paciente.

3. Las lesiones nerviosas en artroplastia de cadera son una complicación rara (1.3% en una serie de 3.126 artroplastias de cadera). De los nervios próximos a la articulación el que más frecuentemente se afecta es el ciático.

4. No se encuentran incidencias anormales como el alargamiento excesivo del nervio que justifiquen su lesión, salvo la propia complejidad en la reconstrucción de la articulación.

5. Cuando se diagnosticó la lesión nerviosa se instauró el tratamiento oportuno, siendo seguida en el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica y por la Unidad del Dolor, sin mucha respuesta.
6. En octubre 2009 se intervino para liberar el nervio ciático, encontrando una estenosis fibrótica de dicho nervio, siendo la fibrosis post-quirúrgica inevitable en cualquier intervención y posible causa de la persistencia de la neuropatía.

Final: La actuación de los profesionales fue adecuada tanto en la realización de la técnica incluido el consentimiento informado, como en el seguimiento de la complicación, lesión del nervio ciático y se agravó por el tejido cicatricial que creció en torno al nervio. La fibrosis post-quirúrgica es inevitable en cualquier intervención".

Al informe anterior se acompaña el documento de consentimiento informado para el implante de prótesis articular de cadera, suscrito por la paciente, que no obraba en el historial anteriormente remitido (folios 321 y 322).

SÉPTIMO.- Por la Compañía de Seguros -- se remite dictamen médico colegiado de 1 de octubre de 2012, que concluye:

- "1. x presentaba una necrosis avascular de cadera derecha que no respondía al tratamiento conservador.
2. Fue intervenida mediante artroplastia total tipo resurfacing por vía pósterio-lateral, presentando en el postoperatorio inmediato una parálisis del nervio ciático común.
3. Inicialmente, se pensó en un origen lumbar por lo que se realizó una RM, aunque posteriormente se confirmó la naturaleza de la lesión secundaria a la intervención protésica. El retraso de unos días en hacer el diagnóstico exacto de la lesión, no ha influido en el resultado final del proceso.
4. La parálisis del CPC es una complicación de la cirugía protésica de cadera de la que se informa a los pacientes en la firma del consentimiento informado. La paciente firmó dicho consentimiento en el que se especificaba la posibilidad de lesión neuro-vascular.
5. En el 50% de los casos la etiología es desconocida. No parece existir en este caso alteraciones, como el alargamiento o el hematoma, que puedan haber provocado la lesión.
6. Los medios diagnósticos y terapéuticos utilizados han sido correctos.
7. Se puede esperar algún grado de recuperación hasta dos años después de la cirugía. En este caso se ha recuperado de forma parcial la inervación de la cabeza corta del bíceps.
8. No creemos que haya existido mala praxis".

OCTAVO.- Otorgado un trámite de audiencia a las partes interesadas, no consta que la reclamante formulara alegaciones.

NOVENO.- La propuesta de resolución, de 11 de diciembre de 2012, desestima la reclamación presentada sobre la base de lo informado por la Inspección Médica, que sostiene que la actuación de los profesionales fue adecuada tanto en la realización de la técnica, incluido el consentimiento informado, como en el seguimiento de la complicación, la lesión del nervio ciático, que se agravó por el tejido cicatricial que creció en torno al nervio, siendo esta fibrosis post-quirúrgica inevitable en cualquier intervención.

DÉCIMO.- Con fecha 26 de diciembre de 2012 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 presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad 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 RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

1. La reclamante se encuentra legitimada para solicitar indemnización por los daños físicos sufridos, conforme a lo previsto en 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 artículo 4.1 RRP.

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

2. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), no puede oponerse objeción al respecto, vista la fecha de las actuaciones

sanitarias en cuestión y la de la presentación de la reclamación. En efecto, aunque la intervención se realizó el 18 de diciembre de 2006, y la reclamación fue presentada el 21 de mayo de 2008, la Inspección Médica detalla que el 3 de abril de este último año cursó alta para rehabilitación del Centro concertado por el Servicio Murciano de Salud de Medicina del Deporte, colocándole un electrodo el 26 de septiembre de 2008 (folio 288 y 289), por lo que la acción ejercitada ese mismo año lo sería en plazo.

3. 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, salvo el plazo máximo para resolver que ha excedido en mucho al previsto (artículo 13.3 RRP).

No obstante lo anterior, debido a que el Recurso Contencioso Administrativo interpuesto por la reclamante frente a la desestimación presunta de la reclamación data del año 2009 (Procedimiento Ordinario núm. 100/2009), desconociéndose el trámite en el que se encuentra, habrá de recabarse información al letrado que actúa en representación de la Administración regional, con carácter previo a la adopción de la resolución, sobre si ha recaído sentencia en el indicado Procedimiento y, en caso afirmativo, abstenerse de un pronunciamiento administrativo.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende 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 (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. 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 de éste ha de regirse 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 médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este 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 un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" como modo de 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. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

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.

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). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Falta de acreditación de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

La parte reclamante sostiene que existió una mala *praxis* médica o negligencia médica en la operación de cadera practicada en diciembre de 2006 en el Hospital General Universitario Reina Sofía, al sufrir una parálisis del nervio ciático común tras la intervención de artroplastia total de cadera, que le ha ocasionado una impotencia funcional de la pierna derecha. Sostiene también un resultado desproporcionado y que hubo falta de información sin mayor motivación. Para acreditar tales extremos aporta un informe pericial del Dr. x, especialista en rehabilitación, que se limita a señalar sobre la *praxis* que "en diferentes informes de la Medicina Pública se relaciona la patología que presenta la paciente con la intervención quirúrgica", si bien este último extremo ha sido reconocido por el facultativo de la sanidad pública (Antecedente Tercero), al señalar que se materializó uno de los riesgos de dicha intervención expresados en el documento de consentimiento informado. Pero, en ningún caso, el perito de parte reclamante expresa que hubo mala *praxis* médica, ni tampoco sostiene en el informe la desproporción del resultado en relación con la intervención practicada.

Frente a la postura sostenida por la parte reclamante, la Inspección Médica concluye que la lesión del nervio ciático como nervio adyacente a la zona quirúrgica es una complicación propia de la cirugía protésica de cadera y así consta en el documento de consentimiento informado firmado expresamente por la paciente.

En efecto, la valoración de la *praxis* por la Inspección Médica refuta las imputaciones de desproporcionalidad y falta de información por los siguientes motivos:

1. Sobre el daño desproporcionado.

La parte reclamante atribuye el calificativo de defectuosa asistencia sanitaria a la expresada en el anterior apartado, en tanto el daño alegado resulta desproporcionado. La expresa calificación del daño sufrido como desproporcionado exige efectuar una consideración al respecto.

Los perfiles de esta doctrina de origen jurisprudencial y las circunstancias o requisitos que han de darse en orden a su aplicación, han sido descritos en sentencias y dictámenes. Así, la sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo según la cual *"el profesional médico debe responder de un resultado desproporcionado del que se desprende la culpabilidad del mismo, (...) 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 se pruebe cumplidamente que la causa ha estado fuera de su esfera de actuación"* (STS 30 de enero de 2003).

La Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional ha precisado que no cabe aplicar esta doctrina cuando el daño constituye la materialización de una complicación o riesgo típico de la intervención o asistencia sanitaria prestada (SAN de 5 de abril de 2006). En la misma línea, el Consejo de Estado (Dictamen 1743/1999) excluye la aplicación de esta doctrina cuando el daño responde a un riesgo típico de la intervención y la causa se sitúa fuera del ámbito o esfera de control del actuante.

En el supuesto sometido a consulta, no resulta acreditada la desproporción señalada dado que la reclamante no ha acreditado que se den las circunstancias exigidas por la jurisprudencia para la aplicación de la doctrina descrita, al señalar la Inspección Médica que la lesión del nervio ciático adyacente a la zona quirúrgica es una complicación propia de la cirugía protésica de cadera (1,3% en una serie de 3.126 artroplastias de cadera), expresada en el documento de consentimiento informado como riesgo típico ("lesión de nervios adyacentes que pueden originar una parálisis"). En el mismo sentido, los peritos de la compañía aseguradora (folio 337).

En consecuencia, no cabe aplicar al supuesto sometido a consulta la doctrina del daño desproporcionado al no reunir todos los requisitos que, para su apreciación, viene exigiendo la jurisprudencia.

2. Falta de información.

De la lectura del documento de consentimiento informado obrante en el historial puede afirmarse que se informó a la paciente de los riesgos a los que se enfrentaba, uno de los cuales se materializó, lo que sustenta la propuesta del órgano instructor, cuando sostiene que "existiendo consentimiento informado no se puede trasladar al facultativo la responsabilidad por el resultado dañoso", por lo que el daño alegado no puede reputarse de antijurídico. Se cita a este respecto el artículo 141.1 LPAC, que establece que sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley, existiendo tal deber de soportar el daño, conforme a la jurisprudencia, cuando el paciente ha sido informado de la posibilidad de dicha complicación a través del documento de consentimiento informado, asumiendo los riesgos.

A este respecto resulta de interés reproducir un fundamento jurídico de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 1 abril de 2011, sobre la antijuridicidad del daño en tales casos:

"DUODÉCIMO.- [...] En dicha lógica, pues, constatada la relación de causalidad y la inexistencia de funcionamiento anormal de los servicios sanitarios, procede entrar a analizar si el daño padecido es un daño antijurídico, esto es, si existe el deber jurídico de soportar la materialización o concreción de uno de los riesgos conocido y consentido por la paciente y que podía derivarse de la intervención a la que es sometida.

(...)

Como consecuencia de todo lo expuesto, esta Sala considera que existe el deber jurídico de soportar los daños derivados de una complicación, de la que ha sido convenientemente informada la actora con la suscripción del correspondiente consentimiento en los términos de los arts. 4 y 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (STS de 31 de octubre de 2000 y de 30 de octubre de 2000), máxime cuando la materialización del mismo es consecuencia de la anómala situación del conducto hepático derecho de la paciente, circunstancia imprevisible e inevitable. Se trata, a mayor abundamiento, de la materialización o concreción de un riesgo no desproporcionado, conocido y aceptado por la paciente mediante la firma del consentimiento informado. La producción de un daño que se deriva de un riesgo cuya concreción no depende de la actuación médica, sino de la (...) constituye un riesgo inherente a la intervención que asume la paciente al firmar el consentimiento".

Aplicada al caso que nos ocupa, resulta que la paciente fue informada previamente de las complicaciones, puesto que, como afirma la Inspección Médica, aunque no lleva fecha el documento de consentimiento informado suscrito por aquélla obrante en el expediente, se desprende del historial que fue anterior a la intervención, bastando leer las anotaciones de enfermería correspondientes al día 17 de diciembre de 2006, previas a la intervención (folio 57).

En consecuencia, conforme a la propuesta elevada, no se acredita la existencia de infracción a la "*lex artis ad hoc*" entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, no concurriendo la adecuada relación de causalidad para generar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, ni la antijuridicidad del daño por las razones anteriormente indicadas.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Con carácter previo a la adopción de la resolución, habrá de recabarse información a la dirección letrada que actúa en representación del Servicio Murciano de Salud sobre si ha recaído sentencia en el Procedimiento Ordinario núm. 100/2009, seguido a instancia de la reclamante en la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- De resultar negativa la comprobación anterior, procede desestimar la reclamación presentada, al dictaminarse favorablemente la propuesta de resolución por no concurrir los requisitos determinantes de la

responsabilidad patrimonial.

No obstante, V.E. resolverá.

