



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen **251/2013**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 13 de septiembre 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 20 de febrero de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **60/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 25 de septiembre de 2009 (registro de entrada), el letrado x en representación de x (el paciente en lo sucesivo), presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud por una intervención quirúrgica negligente practicada a su representado.

Según relata, el paciente se sometió el 7 de febrero de 2005 a una intervención quirúrgica programada (colecistectomía laparoscópica) en el Hospital Morales Meseguer, de Murcia, durante la que se produjo una negligencia médica, por la que hubo de ser reintervenido, nuevamente, el 10 de febrero siguiente.

Como consecuencia de dicha negligencia, tuvo que ser atendido de nuevo en el Servicio de Urgencias del citado Hospital el 26 de septiembre de 2008, siendo citado para el 10 de octubre de 2009.

Por las razones descritas solicita que se le indemnice por los daños y perjuicios causados a raíz de esta intervención quirúrgica, que califica de negligente.

Se acompaña al escrito presentado la siguiente documentación clínica sobre la asistencia dispensada al paciente: informe de alta emitida por el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Morales Meseguer, de 3 de marzo de 2005, e informes del Servicio de Urgencias del mismo Hospital, de 24 y 26 de septiembre de 2008.

SEGUNDO.- Antes de admitir a trámite la reclamación interpuesta, el Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud envió en fecha 27 de noviembre de 2009 un escrito al letrado actuante, solicitándole que subsanara los

defectos advertidos en el escrito de reclamación inicial, conforme a lo dispuesto en los artículos 71 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y 6.1 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993 de 26 de marzo (RRP), a cuyos efectos debería especificar las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre éstas y el funcionamiento del servicio público, la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial, si fuera posible, y el momento en que la lesión efectivamente se produjo, debiendo ir acompañada de cuantas alegaciones, documentos e informaciones estimara oportunos y de la proposición de los medios de prueba de los que pretendía valerse. Además se le insta a que acredite la no prescripción de su derecho a reclamar, conforme al artículo 142.5 LPAC. También se le informa que no acompaña documento alguno que acredite su representación y se le apercibe que en caso de no proceder a la requerida subsanación se le tendría por desistido de su petición, previa resolución que se dictaría en los términos previstos en el artículo 42 LPAC.

En contestación a dicho requerimiento, el 18 de diciembre de 2009 la parte reclamante presenta escrito de subsanación en el que expone lo siguiente:

Primero. Respecto a la no prescripción del derecho de reclamar indica que cuando se presentó la reclamación no había transcurrido un año desde el diagnóstico de las lesiones que se habían reproducido y que se manifestaron dentro del año del ejercicio de la acción. Incluso indica que a la fecha arriba indicada se encuentra pendiente de nuevas pruebas diagnósticas.

Segundo. Respecto de las lesiones producidas como consecuencia de la intervención inicial a que se sometió el paciente, señala que fue la inflamación del páncreas y del hígado con repercusión funcional lo que le obligó a seguir en tratamiento médico. También puntualiza que la intervención quirúrgica a que se sometió fue la única causa que determinó dichos padecimientos, en una relación causa-efecto, y que originaban la sintomatología que padecía en dicho momento, así como las secuelas que aún estaban por determinarse.

Tercero. En cuanto a la posible cuantificación del daño que se le hubiera podido ocasionar, el reclamante argumenta que no es posible concretar en aquella fecha los días improductivos y no improductivos como consecuencia de dichas lesiones, ni las secuelas definitivas que le quedaron, pues estaba en un periodo de agudización de las mismas, debiendo esperar a que se emita un diagnóstico y tratamiento definitivo, así como un análisis de las secuelas una vez que se hayan estabilizado.

Cuarto. En cuanto a los medios de prueba de los que pretende valerse propone los siguientes: la solicitud de la historia clínica completa al Hospital Morales Meseguer, el interrogatorio al Dr. x (adscrito a dicho Centro Sanitario), quien practicó la intervención quirúrgica, la reproducción de la documental médica aportada con el escrito de reclamación inicial, así como una prueba pericial una vez que consten estabilizadas las secuelas.

Para concluir se solicita que se tengan por subsanados los defectos advertidos en el escrito de reclamación y previos los trámites legales y procedimentales oportunos, se impulse en todos sus trámites el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial de la Administración y se dicte la resolución que en derecho proceda.

Por último, mediante otrosí, el reclamante designa como representante al letrado actuante, que también firma el

escrito en prueba de su aceptación.

TERCERO.- También con carácter previo al inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial, y a fin de recabar la documentación suficiente que permita determinar si procede admitir la reclamación a trámite, se solicitó al Hospital Morales Meseguer una copia de la historia clínica del paciente (obstante en el Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo), e informes de los facultativos que le atendieron de la colecistectomía laparoscópica a la que se sometió el 7 de febrero de 2005. Igualmente, y a efectos de determinar la posible prescripción de la acción para reclamar, se solicitó que en el informe que se emitiera concretara si la segunda asistencia que se le dispensó el 24 y el 26 de septiembre de 2008, en el Servicio de Urgencias de ese Hospital, y el posterior tratamiento que siguió después guarda alguna relación con la asistencia dispensada el 7 de febrero de 2005, de la que fue dado de alta médica el 3 de marzo siguiente.

Desde el Hospital se remitió copia de la historia clínica del reclamante, así como informe de los facultativos que le asistieron (folios 14 a 172).

De dicha documentación resulta de interés transcribir los informes emitidos por el Dr. x, con el visto bueno del Jefe de Servicio de Cirugía General, y por el Dr. x, facultativo especialista de Aparato Digestivo, que lo trató en 2008. El contenido de los citados informes es el siguiente:

? Informe del Dr. x, quien intervino al paciente (folios 15 y 16):

"Paciente de 38 años de edad con antecedentes de herniorrafia inguinal en su infancia que acude a la consulta de Cirugía General (Dr. x) por cuadro de dolor abdominal en episodios en hipocondrio dcho., que tras exploración física y pruebas complementarias (analítica y ecografía), es diagnosticado de cólicos hepáticos secundarios a colesterosis de la vesícula biliar, con clara indicación de colecistectomía laparoscópica. Dicha intervención fue realizada por el Dr. x el 7-2-2005. Se practicó colecistectomía laparoscópica, transcurriendo sin incidencias, identificando perfectamente las estructuras anatómicas con extracción sencilla de la vesícula por el orificio umbilical. No obstante en el postoperatorio inmediato el paciente presentó dolor abdominal en hemiabdomen superior por lo que se decide revisión laparoscópica el 9-2-2005, evidenciando escaso contenido serohemático, que se lava y aspira, y ausencia de lesiones viscerales o de la vía biliar, dejando drenaje en lecho de colecistectomía. El 11 de febrero de 2005 se evidencia salida de contenido biliar por el drenaje con discreta ictericia y leve elevación de la bilirrubina en el análisis de sangre, manteniendo el paciente buena situación clínica en todo momento, estando controlado diariamente y estrechamente su evolución clínica por su Cirujano, informando detalladamente tanto al paciente como a su familia de la misma. Al objetivar posible fístula biliar se indica una colangiopancreatografía endoscópica retrógrada, que es una prueba que puede evidenciar el estado de la vía biliar y el lugar de la fuga de bilis. Dicha prueba se intentó en dos ocasiones, (14 y 21 de febrero de 2005), pero no se pudo canalizar la vía biliar, hecho que se interpretó erróneamente como posible lesión biliar, que se descartó mediante la colangiografía por resonancia magnética (colangio-RMN). Esta prueba se realiza el 16-2-2005 y evidencia vía biliar íntegra, sin lesiones yatrógenas. Tras la colangiografía retrógrada del 21-2-2005 presentó episodio de pancreatitis aguda, complicación ocasional de esta técnica diagnóstica y de la que el paciente estaba advertido e informado. La fuga biliar podría haber estado en relación con la apertura postoperatoria de algún canalículo biliar del lecho de la colecistectomía o con la suelta de algún clip de las que se colocaron en el conducto cístico para su clipaje y sección, hechos descritos ocasionalmente en este tipo de cirugía sin que impliquen mala praxis. El paciente quedó asintomático, con escaso débito por el drenaje por lo que fue dado de alta con el mismo el 3 de marzo de 2005, para seguimiento por el Dr. x en consulta externa, procediendo a retirada drenaje al cesar el débito. Tras dos años de seguimiento con controles clínicos, analíticos y radiológicos (que incluyeron colangio RMN y ecografías abdominales) que descartaron patología biliopancreática postquirúrgica fue dado de alta de consulta externas (Enero 2007). Solo se evidenció pequeña colección en lecho

de la vesícula, organizada frecuente en esta intervención y sin repercusión clínica.

Los informes médicos del paciente de asistencia en urgencias por episodio de dolor abdominal fechados el 25 y 26 de septiembre de 2008, evidencian errores en los antecedentes personales (...). En estos informes es diagnosticado de dolor abdominal inespecífico y de posible hepatitis aguda. Estos diagnósticos no tienen ninguna relación clínica con el proceso quirúrgico previo del 2005".

? Informe del Dr. x, facultativo especialista adjunto de Aparato Digestivo (folios 17 y 18):

"x es derivado a las consultas externas de nuestra Sección desde el Servicio de Urgencias de este Hospital, siendo atendido por mí en el Centro de Especialidades del Carmen por primera vez el 10 de octubre de 2008.

En esa primera visita y como antecedentes personales de interés destacan:

- Colectomía por colesterosis/colelitiasis el 7 de febrero de 2005 en este Hospital.
- Reintervención el 9 de febrero de 2005 por hemoperitoneo.
- CPRE el 10 de febrero de 2005 por fuga biliar sin poder abordar la vía biliar.
- Nueva CPRE el 21 de febrero de 2005 con el mismo resultado.
- Pancreatitis aguda posterior con resolución espontánea favorable.

El paciente relata un cuadro de inicio hace 15 días, con epigastralgias irradiada a todo el abdomen, ictericia y coluria que le obligó a acudir al Servicio de Urgencias de este Hospital, siendo el diagnóstico de dolor abdominal inespecífico.

Posteriormente, el 24 de septiembre de 2008 volvió a acudir al Servicio de Urgencias por el mismo motivo, destacando de la analítica realizada una GPT de 562 y una leve amilasuria, siendo diagnosticado de Hepatitis Aguda de probable origen vírico. Se le solicitó una ecografía abdominal que informó de la existencia de un biloma y una analítica con marcadores virales de hepatitis que resultaron negativos.

En esta primera visita le fue solicitada por mí nueva analítica incluyendo nuevos marcadores virales de hepatitis.

En la segunda visita realizada el 14 de noviembre de 2008 le informo al paciente que en la analítica solo hay una leve elevación de la gamma-GT, siendo el resto de parámetros normales, así como los marcadores virales, pudiendo, por tanto, descartar una Hepatopatía viral. Ante el buen estado general del paciente y la ausencia de sintomatología, le indico que su Médico de Atención Primaria le puede realizar un control analítico posterior para valorar la evolución y volver a ser remitido a esta consulta a criterio de su Médico de Atención Primaria.

La tercera visita se realiza el 1 de diciembre de 2009 y en ella le solicito una analítica y una ecografía abdominal de control.

En la cuarta y última visita realizada, el 22 de enero de 2010, le informo que la analítica es absolutamente normal y que la ecografía indica la persistencia del biloma ya conocido, de 31 x 22mm y con imágenes de cálculos en su interior, lo que en principio solo requiere una actitud conservadora.

Ante la ausencia de sintomatología del paciente y su buen estado general, remito informe a su Médico de Atención Primaria para seguimiento analítico cada tres meses con la indicación de derivación si ocurriera alguna variación destacable en el estado clínico/analítico del paciente".

CUARTO.- Entre los documentos que obran en la historia clínica, caben destacar, por su relación con la reclamación presentada, los siguientes:

1. La autorización para cirugía de la vesícula biliar, suscrita por el paciente el 17 de noviembre de 2004, que contiene los riesgos típicos de la intervención (folios 19 y 20).

2. El informe clínico de alta en el Servicio de Cirugía General, de 3 de marzo de 2005, después de permanecer ingresado el paciente en dicha Unidad desde el 7 de febrero anterior para someterse a una intervención programada de colelitiasis. Después de practicarse la operación, mediante una colecistectomía laparoscópica, se recoge la siguiente evolución:

"Durante el primer día del postoperatorio presenta dolor abdominal por lo que se decide reintervención el día 9/02/2005 mediante laparoscopia hallando escaso hemoperitoneo (contenido serohemático) en ambos espacios subfrénicos, parietocólico y Douglas. Se realiza lavado de cavidad y se deja drenaje en espacio subhepático. El día 10-02/2005 presenta salida de bilis por drenaje subhepático por lo que se solicita CPRE en la que no es posible abordar la vía biliar. Se realiza colangio RM (16 Feb) en la que se informa de vía biliar integra y sin dilatación. Se intenta de nuevo realizar CPRE el 21-02-2005 sin que se pueda abordar tampoco la vía biliar, desarrollando pancreatitis aguda de la que evoluciona favorablemente. El drenaje biliar disminuye progresivamente el débito (150 cc/día) y el paciente se encuentra por lo demás asintomático por lo que es dado de alta a su domicilio con drenaje ambulatorio para control en consultas externas de Cirugía".

QUINTO.- El 14 de mayo de 2010 (folio 173), el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dictó resolución de admisión a trámite, que fue notificada a las partes interesadas.

SEXTO.- Una vez recabada la documentación clínica relativa a los procesos asistenciales por los que reclama el paciente, el órgano instructor se dirige al reclamante para informarle de los siguientes extremos sobre la prueba propuesta (folio 180):

- La prueba documental, que consiste en aportación de determinada documentación clínica que obraba en su poder, se estima adecuada quedando incorporada al expediente. También se considera adecuada la incorporación al expediente de la copia de la historia clínica e informe de los facultativos que le asistieron en el Hospital Morales Meseguer.
- La prueba pericial también propuesta, que se realizará una vez que conste la estabilización de las secuelas del paciente según se expone, se estima adecuada, aunque se le informa que debería ser recabada por la parte reclamante y sufragada a su costa.
- En cuanto a la prueba testifical consistente en un interrogatorio al Dr. x, especialista en Cirugía que le intervino en 2005 de "una colecistectomía laparoscópica", se estima innecesaria, toda vez que dicho facultativo ha emitido informe en el que se describe pormenorizadamente todas las actuaciones que se siguieron en la asistencia que se le dispensó al paciente.

Por último, se le comunica a la parte reclamante que se abre un periodo de práctica de prueba por un plazo de 30 días, a contar desde el día siguiente a la recepción de dicha notificación, durante el cual el interesado ni presentó la prueba pericial propuesta, ni alegaciones respecto a la prueba testifical cuya práctica se desestimaba.

SÉPTIMO.- Solicitado el informe a la Inspección Médica, fue evacuado el 26 de septiembre de 2012 (folios 227 a 236) con las siguientes conclusiones:

1. El paciente fue intervenido de una colecistectomía laparoscópica tras la que persistió una pequeña colección biliar en el lecho de la vesícula (biloma), sin repercusión clínica, respecto a la que se adoptó una actitud conservadora con revisión periódica de su estado.
2. Durante la intervención quirúrgica se perforó la vesícula, y posiblemente también se causó una lesión yatrógena añadida de la vía biliar que ocasionara fuga biliar, lesiones ambas no deseadas pero cuya posibilidad (al igual que la litiasis residual) está contemplada en el documento de consentimiento informado suscrito, y que se curaron por otra parte sin secuelas, salvo la persistencia del biloma residual como único dato relevante de la intervención.
3. No existe evidencia alguna de una relación causal entre la intervención a que se sometió el enfermo en 2005 y la patología sufrida posteriormente, por la que requirió asistencia de urgencias el 24 de septiembre de 2008 y posteriormente.

OCTAVO.- Por la Compañía Aseguradora -- del Servicio Murciano de Salud se aportó dictamen pericial colegiado sobre el contenido de la reclamación (folios 239 a 243), en el que tras relatar el objeto de la misma, y formular las oportunas consideraciones médicas, se concluye lo siguiente:

"1. El paciente ingresa en el HUMM, en febrero de 2005, para ser intervenido de una colelitiasis sintomática.

2. De acuerdo con la H.^a clínica la indicación de cirugía era correcta.

3. Los preoperatorios no contraindicaban la intervención.

4. Antes de la misma firmó los documentos de CI para anestesia y cirugía de la vesícula biliar, en éste se reflejan algunas de las posibles complicaciones del procedimiento.

5. La cirugía se lleva a cabo en tiempo y forma correctos. Se describe una apertura incidental de la vesícula en la hoja de protocolo de cirugía, siendo este un hecho relativamente frecuente sin importancia de cara al postoperatorio. De hecho la hoja esta prediseñada y se marca con una X en la casilla correspondiente.

6. En el postoperatorio inmediato presenta un dolor abdominal motivo por el cual se realiza una revisión laparoscópica del abdomen a las 48 horas, sin encontrar fuga biliar o hemoperitoneo.

7. Tras la misma se aprecia salida de bilis por el drenaje que sin duda era producida por un canalículo del lecho vesicular.

8. El tratamiento de este tipo de complicaciones es la realización de una ERCP para descomprimir la VBP.

9. Tras no poder realizar la descompresión de la VBP, se realiza una colangio-RM para ver la integridad de la vía, la cual resulta negativa, descartándose cualquier lesión de la misma, o fuga de bilis a ese nivel.

10. Años más tarde presenta una elevación de los enzimas hepáticas siendo diagnosticado inicialmente de hepatitis vírica y tratado por el Servicio de Digestivo. No existe relación alguna entre esta patología y la colecistectomía laparoscópica realizada años antes.

11. Posteriormente a los 4,5 años de la cirugía se aprecia en una prueba de imagen una colección residual en el lugar teórico de la vesícula con algún cálculo en su interior que es calificada de "biloma".

12. Debido al tiempo transcurrido desde la cirugía, se trataría de un hallazgo casual, presente tras cirugías de colecistectomía, localizadas en el espacio de Morrison y sin repercusión clínica alguna.

13. De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales que trataron al paciente lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con la *lex artis*".

NOVENO.- Consta la interposición por el reclamante de recurso contencioso administrativo, inicialmente tramitado por el Juzgado de lo Contencioso Administrativo núm. 7 de Murcia (procedimiento ordinario núm. 351/2011), si bien por éste se remitió diligencia comunicando que habida cuenta que la cuantía reclamada ascendía a la cantidad de 150.000 euros se apreciaba la posible falta de competencia objetiva de dicho órgano jurisdiccional para conocer el recurso, y se remitía lo actuado al Tribunal Superior de Justicia para su conocimiento. Desde la Sala de lo Contencioso Administrativo de dicho Tribunal se abrió un nuevo procedimiento ordinario núm. 12/2012, y se solicitó al Servicio Murciano de Salud la remisión de la copia del expediente administrativo, así como se instó el emplazamiento de las partes en el procedimiento; actuaciones que fueron cumplimentadas por el Servicio Jurídico de aquel Organismo. Mediante resolución de aquel Órgano Jurisdiccional, se remitió la solicitud del demandante para que se aportara el informe de la Inspección Médica sobre el contenido de la reclamación, que fue enviado a la Sala de lo Contencioso Administrativo tan pronto fue evacuado (folio 224).

DÉCIMO.- Otorgado un trámite de audiencia a las partes en el procedimiento a efectos de que formularan alegaciones y presentaran los documentos que estimaran convenientes, el reclamante presenta escrito en el que expresa que por razones de economía aporta copia del escrito de formalización de demanda en el procedimiento ordinario núm. 12/2012, que se sigue en la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia (folios 250 a 256).

UNDÉCIMO.- La propuesta de resolución, de 5 de febrero de 2013, desestima la reclamación presentada por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial, alcanzando la siguiente conclusión en el último de los Considerandos:

*"(...) el paciente fue intervenido correctamente de la patología que padecía, y en el transcurso de dicha operación surgió una complicación, "fuga biliar", descrita en el consentimiento informado como riesgo típico, que se resolvió de forma espontánea. Durante el postoperatorio se evidenció en control radiológico otra complicación inherente a la intervención, "biloma", que también constituía un riesgo típico descrito en el consentimiento informado, y que no requería tratamiento. Finalmente el paciente sufrió un proceso patológico en 2008, del que no se conocía la etiología definitiva, y que pudo ser una tercera complicación de la colelitiasis, "litiasis residual". Toda la actuación dispensada al paciente fue conforme a *lex artis*".*

DUODÉCIMO.- Con fecha 20 de febrero de 2013 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 RRP.

SEGUNDA.-Legitimación y procedimiento.

I. El reclamante está legitimado para solicitar indemnización por los daños sufridos que atribuye al servicio público sanitario, ostentando la condición de interesado para deducir la presente reclamación de responsabilidad patrimonial objeto de este Dictamen, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 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.

II. 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.- Sobre el plazo de prescripción de la acción de reclamación.

Según el artículo 142.5 LPAC, el derecho a reclamar prescribe al año de producirse el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Añadiendo que 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 el caso que nos ocupa, la reclamación fue interpuesta el 26 de septiembre de 2009 y la intervención de coleditiasis a la que el reclamante achaca negligencia médica data de 7 de febrero de 2005, siendo dado de alta médica el 3 de marzo del mismo año, después de resolver las complicaciones surgidas tras la operación.

Precisamente por las dudas surgidas sobre si la acción ejercitada en septiembre de 2009 habría prescrito, debido al tiempo transcurrido entre ambas fechas (más 4 años), y por los diagnósticos de las asistencias prestadas en el año 2008 por el Servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer, el órgano instructor solicitó a los facultativos intervinientes que aclararan si estas últimas asistencias, correspondientes a los días 24 y 26 de septiembre de aquel año, guardaban alguna relación con la intervención quirúrgica de 7 de febrero de 2005 (folio 12), dado que el paciente fue sometido durante los dos años siguientes a revisiones por el Servicio de Cirugía, mediante controles clínicos, analíticos y radiológicos, en ninguno de los cuales se evidenció patología biliar-pancreática, por lo que fue dado de alta definitiva en enero de 2007 (folio 16); como secuela sólo se evidenció una pequeña colección en lecho de vesícula (biloma) frecuente en este tipo de intervención y sin repercusión clínica. Las dudas sobre la prescripción se incrementaban si se añadía a lo anterior que los diagnósticos que se emitieron en las asistencias dispensadas al paciente el 24 y 26 de septiembre de 2008, de dolor abdominal inespecífico y de

posible hepatitis aguda, no guardaban en apariencia relación alguna con el anterior proceso sufrido en 2005. De lo anteriormente expresado podría inferirse, en una primera aproximación, que la acción habría prescrito cuando se ejercita en septiembre de 2009.

Pero, con buen criterio, el órgano instructor ha considerado finalmente que la acción podría no estar prescrita a la vista del informe emitido por la Inspección Médica (apartado 7 del juicio crítico), que recoge la posibilidad (aunque en la 3ª conclusión afirma que no existe evidencia alguna) que el cuadro que presentó el enfermo y que le llevó a acudir al Servicio de Urgencias el 24 de septiembre de 2008 pudiera ser debido a algún grado de litiasis residual con episodio de obstrucción biliar de resolución espontánea, y que constituyera una secuela derivada de la intervención de coledolitiasis a que se sometió en 2005. En coherencia con dicha hipótesis, ante la falta de establecimiento de la etiología del cuadro, la propuesta elevada determina como *dies a quo* la segunda visita de las realizadas por el paciente al Servicio de Aparato Digestivo (el 14 de noviembre de 2008), en la que se le atendió por los síntomas descritos remitido por el Servicio de Urgencias, y después de la cual se le derivó a control por su Médico de Atención Primaria, en el entendimiento de que en aquella fecha ya se había restablecido la litiasis residual sufrida, al ser de resolución espontánea (cabría añadir, no obstante, que se produjeron posteriormente otras dos visitas para control en fechas 1 de diciembre de 2009 y 22 de enero de 2010). Por tanto, de considerarse cualquiera de las fechas indicadas como momento inicial del cómputo del plazo para ejercitar la acción, ésta se habría interpuesto dentro del plazo de un año por lo que no estaría prescrita, teniendo en cuenta, además, el principio *pro actione*, citado por el órgano instructor con referencia a la doctrina de este Consejo Jurídico (Dictámenes 21/2008 y 142/2010), que obligaría a ser flexible en cuanto al rigor en la estimación de los defectos procesales o formales, reflejo también del artículo 24 CE y de la necesidad de evitar que se produzcan situaciones de desamparo.

En todo caso, el que finalmente se entienda por las razones descritas que la acción ejercitada más de cuatro años después no habría prescrito, no enerva el hecho de que no se haya establecido la etiología del cuadro que llevó al paciente a acudir al Servicio de Urgencias en el año 2008 (más de tres años después de la intervención), sin que tenga relación causal con aquella intervención, la elevación de los enzimas hepáticos detectada con la colecistectomía laparoscópica realizada años antes según reconocen la Inspección Médica y los peritos de la compañía aseguradora. Sólo por la hipótesis de que su cuadro fuera debido a una litiasis residual con resolución espontánea, planteado por la Inspección Médica, cabe sostener la temporaneidad del ejercicio de la acción en los términos planteados.

CUARTA.- 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.

QUINTA.- Concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso. Inexistencia.

En síntesis, el reclamante alega que existió una defectuosa asistencia sanitaria prestada por el Hospital Morales Meseguer, que le ha causado daños, que no ha concretado inicialmente en vía administrativa, sino en la formalización de la demanda del recurso Contencioso Administrativo interpuesto frente a la desestimación presunta de la reclamación, cuya copia aportó tras el trámite de audiencia otorgado por el órgano instructor. Sin embargo, las imputaciones de la parte reclamante sobre la infracción de la *lex artis* en la intervención quirúrgica practicada en febrero de 2005 no vienen avaladas por criterio médico alguno, en contra de su proposición de prueba pericial, que finalmente no aportó en el procedimiento administrativo. La falta de dicha prueba pericial de parte incide en la valoración que finalmente se haga en este procedimiento, si se tiene en cuenta que 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. Esta prueba pericial de parte -la necesidad de conocimientos científicos para valorar los hechos en el asunto conforme al artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)- se hace aún más necesaria cuando de los informes médicos obrantes en el expediente no se desprende una infracción de la *lex artis*, muy al contrario, haciendo especial referencia al informe de la Inspección Médica que, en su cualidad 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.

Veamos, pues, la asistencia sanitaria prestada en relación con la imputación genérica que formula el reclamante de intervención quirúrgica negligente:

1. Sobre la *praxis* médica.

No cabe duda que la intervención realizada al paciente en febrero de 2005 (colecistectomía laparoscópica) estaba plenamente indicada, lo que tampoco se discute por la parte reclamante, señalando a este respecto el Dr. x que le intervino (folio 15):

"acude a la consulta de Cirugía General (...) por cuadro de dolor abdominal en episodios en hipocondrio dcho., que tras exploración física y pruebas complementarias (analítica y ecografía), es diagnosticado de cólicos hepáticos secundarios a colesterosis de la vesícula biliar, con clara indicación de colecistectomía laparoscópica".

Del mismo modo lo reconocen los peritos de la compañía aseguradora del Ente Público (conclusión 2 y 3, folio 243 reverso), que de acuerdo con la historia clínica la indicación de cirugía era correcta y los preoperatorios no contraindicaban la intervención.

Tras el postoperatorio surgieron complicaciones (riesgos típicos de la intervención según la Inspección Médica) que fueron solventadas, persistiendo *"pequeña colección biliar circunscrita en lecho de la vesícula (biloma) sin evidencia de repercusión clínica, motivo por el cual se adoptó actitud conservadora no intervencionista y revisiones periódicas de su estado, conforme a los datos obrantes en el expediente"* (conclusión 1 y 2 del informe de la Inspección Médica, folio 236).

A este respecto los peritos de la Compañía Aseguradora aclaran que *"igualmente definimos como biloma las colecciones que quedan limitadas entre el lecho vesicular y el retroperitoneo, siendo de tamaño mínimo entre 2 y 3 cms y que remedan en parte a la vesícula. Estas colecciones son asintomáticas y no requieren tratamiento alguno. Estas colecciones cuando no producen sintomatología no es necesario su tratamiento"*. De hecho, el informe del Dr. x (folio 18), especialista adjunto del Aparato Digestivo, que le examinó en consultas externas remitido por el Servicio de Urgencias, señala que en la cuarta y última visita que realizó el paciente, el 22 de enero de 2010, la ecografía indica la persistencia del biloma ya conocido, lo que en principio sólo requiere una actitud conservadora, y ante la ausencia de sintomatología del paciente y su buen estado general remite informe a su médico de atención primaria para seguimiento analítico cada 3 meses, con la indicación de su derivación si ocurriera alguna variación destacable en el estado clínico/analítico del paciente. A partir de ahí no consta ninguna nueva consulta en el expediente, pero tampoco se refiere a ella en los hechos de la demanda, formalizada el 22 de noviembre de 2012, aportada tras el trámite de audiencia otorgado.

Las valoraciones existentes en el expediente de que la *praxis* médica fue correcta pese a las complicaciones en el postoperatorio (informes de la Inspección Médica y de los peritos de la compañía aseguradora) no han sido refutadas por la parte reclamante, ni se justifica que fueran desproporcionadas con la intervención practicada, por lo que no puede darse por probado por el reclamante, a quien incumbe, que se produjera una negligente intervención quirúrgica.

2. Sobre la antijuridicidad del daño. El documento de consentimiento informado.

El artículo 141.1 LPAC 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.

En este sentido, el paciente firmó el documento de consentimiento informado correspondiente para la cirugía de vesícula biliar (folios 19 y 20 del expediente), a través del cual asumía como riesgos típicos de la intervención quirúrgica los siguientes: infección o seroma de la herida, lesión yatrógena de la vía biliar principal y otros elementos del pedículo hepático, y litiasis residual (entre otras complicaciones menos frecuentes). Así se destaca por la Inspección Médica en el juicio crítico (folios 232 y 233) incorporado a la conclusión 2 (folio 236).

Y como resume la propuesta elevada, *"el paciente fue intervenido correctamente de la patología que padecía y en el transcurso de dicha operación surgió una complicación "fuga biliar", descrita en el consentimiento informado como riesgo típico, que se resolvió de forma espontánea. Durante el postoperatorio se evidenció en control radiológico otra complicación inherente a la intervención, "biloma", que también constituía un riesgo típico descrito en el consentimiento informado, y que no requería tratamiento. Finalmente el paciente sufrió un proceso patológico en 2008, del que no se conocía la etiología definitiva, y que pudo ser una tercera complicación de la colelitiasis, "litiasis residual".*

A la vista de lo señalado, no pueda considerarse acreditada la existencia de infracción a la *"lex artis ad hoc"* y, por tanto, no concurre la adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, requisito legalmente imprescindible para declarar la responsabilidad patrimonial administrativa. En consecuencia, y conforme con lo expresado en esta Consideración, no procede reconocer la responsabilidad patrimonial pretendida.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- La propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente al no haberse acreditado la concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

No obstante, V.E. resolverá.