



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **3/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 7 de enero de 2015, 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 18 de marzo de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **83/14**), aprobando el siguiente Dictamen.

## **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** Con fecha 31 de mayo de 2013, x presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Murciano de Salud (SMS), por las secuelas sufridas como consecuencia de la deficiente atención sanitaria recibida del Hospital Comarcal del Noroeste (HCN). Según la reclamante, el día 7 de junio de 2012 fue sometida en dicho Hospital a una colecistectomía laparoscópica bajo anestesia general (sic), que le originó una grave lesión radicular a nivel L-5 tras una punción raquídea, que resultó fallida tras varios intentos, notando en el último de ellos, una aguda y rápida descarga eléctrica hacia la extremidad llegando hasta los dedos de los pies. Aduce presentar una serie de secuelas tales como intensos dolores e impotencia funcional del miembro inferior izquierdo.

Según la interesada las secuelas que presenta son consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria recibida, por lo que solicita se inicie el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial.

**SEGUNDO.-** La Jefa del Servicio Jurídico del SMS dirige escrito a la reclamante a fin de que ésta proponga los medios de prueba de que pretenda valerse, así como para que evalúe económicamente su reclamación.

El requerimiento es atendido por x mediante escrito de 4 de julio de 2013, al que adjunta una serie de documentos correspondientes a la asistencia sanitaria recibida como medio de probar sus alegaciones de mala praxis. En lo que se refiere a la cuantificación económica de su reclamación, señala que está pendiente de recibir un informe de valoración de las secuelas sufridas, el cual hará llegar al SMS en el momento en que se le haga entrega del mismo.

**TERCERO.-** Admitida a trámite la reclamación y notificado ello tanto a la interesada como a la compañía de

seguros del SMS, la instrucción requiere al HCN el envío de la historia clínica de la paciente, así como informe de los facultativos que la atendieron.

**CUARTO.-** El centro sanitario mencionado cumplimenta el requerimiento adjuntando la historia clínica de la paciente, de la que conviene destacar, a los efectos que aquí nos ocupa, lo siguiente:

- Resumen de la historia clínica y exploraciones (folio 42), en la que se hace constar lo siguiente: *"se interviene con carácter programado el 7/6/12 bajo anestesia general y raquídea, realizándose colecistectomía laparoscópica. Como incidencia se produce punción ciática con la raquianestesia y edema de glotis tras la intubación"*. En el apartado de "evolución" se añade que es valorada por traumatología al presentar dolor e impotencia funcional de miembro inferior.

- Informe preanestésico (folios 50 a 51), que en el apartado de "incidencias" se recoge lo siguiente: *"dificultad de punción en L2-L3 (con parestesia en miembros inferiores), punción en L3-L4 sin incidencias"*.

- Consentimientos informados para anestesia general y anestesia loco-regional (folios 52 y 53).

- Consentimiento informado para colecistectomía laparoscópica.

- Informe de consulta externa de neurología en el que se recoge el diagnóstico de *"probable radiculopatía L-5 izquierda. Limitación funcional en MII"*.

- Resumen de historia clínica y exploraciones del servicio de traumatología (folio 71), en el que, entre otras anotaciones, figura una en la que se indica que a la paciente se le realiza EMG en fecha 20 de agosto de 2012, que arroja el resultado de *"lesión radicular a nivel de L-5 izquierdo, de grado severo, en estado agudo de evolución"* (copia de este EMG fue aportado por la reclamante y aparece al folio 24 y siguientes del expediente).

- Informe médico del servicio de urgencias del HCN de 5 de enero de 2013, en el que se indica que la paciente es atendida de una fractura abierta de tobillo izquierdo, producida por un accidente de tráfico (atropello).

Asimismo el HCN adjunta los siguientes informes médicos:

- Del Dr. x, del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, en el que indica que la paciente fue intervenida el día 7 de junio de 2012 de colecistectomía, realizada vía laparoscópica, sin que se produjera incidencia alguna. Añade que fue revisada en consultas externas sin presentar complicaciones postoperatorias, siendo su estado clínico aceptable.

- Del Dr. x, Anestesiista que intervino en el episodio quirúrgico que refiere la reclamante, del siguiente tenor:

*"Paciente de 51 años, programada el 7 de Junio de 2012, para cirugía de colecistectomía laparoscópica con Anestesia Regional y General.*

*Día 07/06/2012.*

*9:45 h.: Recibo a la paciente en la espera de camas, comprobando que dispone de informe Preadestésico previo correcto, con anestesia propuesta: Anestesia Regional y Anestesia General. Le informo del plan anestésico a realizar al que da su conformidad.*

*Tiene firmados correctamente los documentos de Consentimiento Informado para Anestesia Regional y Anestesia General.*

*10:00 h.: Se traslada a quirófano de cirugía donde es preparada y monitorizada.*

*10:15 h.: Inicio el procedimiento de Anestesia Regional Raquídea con punción a nivel L2-L3 encontrando dificultad de punción y parestesia en miembros inferiores, por lo que se retira la aguja.*

*Seguidamente, se procede a una segunda punción en L3-L4 sin dificultad, procediendo a la administración de los fármacos y retirada de la aguja. Se comprueba la efectividad y correcta distribución de la anestesia regional raquídea.*

*10:25 h.: Se procede a realizar Anestesia General Balanceada, que transcurre sin incidencias destacables hasta la finalización de la intervención y despertar de la paciente.*

*11:20 h. Una vez despierta, tras extubación, ligero estridor laríngeo, sin compromiso respiratorio, que se resuelve rápidamente. Compruebo el buen estado general y la movilidad de ambos miembros inferiores. Acompaño a la paciente en su traslado a la Unidad de Reanimación donde queda ingresada, e informo al médico responsable del procedimiento realizado. En Reanimación se comprueba nuevamente movilidad de ambos miembros inferiores con puntuación 1-2 (sobre 2).*

*Desde ese momento no he tenido ninguna otra actuación médica con la paciente.*

*Los procedimientos y circunstancias fueron anotados en la hoja de Anestesia a la que me remito".*

**QUINTO.-** El 9 de septiembre de 2013 se recaba el informe del Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias (Inspección Médica), sin que conste en el expediente que haya sido evacuado.

Con la misma fecha se procede también a la remisión del expediente a la compañía aseguradora del SMS.

**SEXTO.-** Por la compañía de seguros se remite informe médico-pericial emitido por la Dra. x, especialista en Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor, en el que, tras resumir los hechos y efectuar las consideraciones médicas que estima oportunas, concluye del siguiente modo:

*"- Que x fue intervenida el 7-6-12 para una colecistectomía laparoscópica bajo anestesia regional-general.*

*- Que durante la introducción del trocar se produjo una parestesia intensa por lo que se realizó nueva punción a nivel inferior sin incidencias.*

*- Que en el postoperatorio inmediato se manifestó dolor radicular en miembro inferior izquierdo acompañado de impotencia funcional y se instauró tratamiento con corticoides.*

*- Que posteriormente se comprobó una lesión radicular en EMG y una pequeña lesión medular a nivel del cono.*

*- Que esta es una complicación muy infrecuente de la anestesia raquídea, inherente a la técnica y no relacionada con una mala práctica.*

*- Que las actuaciones médicas fueron correctas y adecuadas a la Lex Artis".*

**SÉPTIMO.-** Conferido trámite de audiencia a las partes (reclamante y aseguradora), la primera presenta alegaciones mediante las que se ratifica en su pretensión inicial, considerando en síntesis que sus dolencias derivan de una negligencia cometida por el anestesista que le aplicó la raquianestesia, por lo que solicita una indemnización cuya cuantificación pospone al momento en el que reciba el informe pericial al que ya hacía referencia en sus primeros escritos, a cuyo efecto solicita la apertura de un procedimiento extraordinario de prueba.

Por el órgano instructor se abre dicho período de prueba por un plazo de 15 días, dando traslado del mismo a la reclamante, que vuelve a comparecer para indicar que el informe pericial se encuentra aún en fase de elaboración y *"que será aportado tan pronto obre en nuestro poder"*. No consta que finalmente se haya aportado informe alguno.

**OCTAVO.-** Seguidamente la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren los requisitos establecidos legalmente para que nazca la responsabilidad patrimonial de la Administración.

En la fecha y por el órgano indicados en el encabezamiento del presente se solicitó de este Consejo Jurídico la emisión de su preceptivo Dictamen, acompañando el expediente e índice de documentos del mismo.

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 Reglamento del Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo (RRP).

### **SEGUNDA.-** Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamación fue interpuesta por la propia paciente, es decir por quien sufrió el daño que se imputa al funcionamiento del servicio público, lo que le otorga legitimación activa para reclamar, en virtud del 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).

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en cuanto titular del servicio sanitario a cuyo defectuoso funcionamiento se imputa el daño.

II. La reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que el artículo 142.5 LPAC establece para la prescripción del derecho a reclamar.

III. El procedimiento seguido por la Administración instructora se ha acomodado, en términos generales, a las normas aplicables a las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la LPAC y del RRP.

En relación con la decisión de continuar el procedimiento sin que haya evacuado el informe la Inspección Médica en el plazo de los tres meses, conforme al Protocolo de Agilización de los procedimientos de responsabilidad patrimonial aprobado por el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud en fecha 27 de mayo de 2011, este Órgano Consultivo muestra su conformidad con tal decisión en el presente caso, puesto que concurre el supuesto considerado en nuestro Dictamen núm. 193/2012: *"sólo cabrá continuar los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto en el artículo 42.5,c) LPAC sin que se haya evacuado el informe preceptivo y determinante, cuando en el expediente existan suficientes elementos de juicio para adoptar la decisión que resuelva el procedimiento, pues de lo contrario la Administración no podría resolver expresamente sobre el fondo hasta tanto no fueran emitidos aquellos informes y cumplidos los demás trámites preceptivos"*. Efectivamente, la decisión contenida en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio, dado que el informe del Servicio de Anestesiología y Reanimación del HCN refiere la *praxis* seguida con la paciente, que el informe pericial de la aseguradora confirma la adecuación a la *lex artis* de las concretas imputaciones de la reclamante y que ésta no ha presentado prueba pericial que sostenga sus imputaciones.

### **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 u otros análogos.

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

La reclamante sostiene que en la intervención practicada en el HCN consistente en colestectomía laparoscópica, se le administró raquianestesia de forma deficiente, provocándole una lesión radicular a nivel L-5. Desde la indicada intervención, expresa que padece fuertes dolores e impotencia funcional del miembro inferior izquierdo.

Frente a lo anterior, debe señalarse, en primer lugar, que la interesada no aporta informe alguno que sustente sus afirmaciones, de estricta índole médica, lo que implica que no puedan ser admitidas para acreditar la infracción a la *lex artis ad hoc*, lo que, como se dijo en la Consideración precedente, es requisito indispensable para poder reconocer la responsabilidad patrimonial en materia sanitaria.

En efecto, aunque de la documentación incorporada a la historia clínica de la paciente sí se desprende que padeció la lesión radicular que alega, lo que no se ha acreditado es que la misma sea consecuencia de una actuación no ajustada a *normopraxis*, ni tan siquiera que en el momento de presentarse la reclamación dicha dolencia persistiese y, en caso de que así fuese, en qué grado. En este sentido la interesada, a lo largo de la sustanciación del procedimiento, anuncia en varias ocasiones la incorporación al mismo de un informe pericial que acreditaría la realidad de sus aseveraciones, a cuyo fin llegó a solicitar, y a obtener, la apertura de un período extraordinario de prueba, sin que finalmente se materializara la incorporación de dicha prueba documental.

Lo anterior, por sí solo, ya determinaría la desestimación de la reclamación, pero, en cualquier caso, los informes médicos emitidos coinciden en la corrección de la actuación sanitaria en la referida intervención.



Así, el informe de la perito de la aseguradora del SMS señala que la anestesia raquídea, ya sea como única anestesia o en combinación con la anestesia general (lo que ocurre en este caso), constituye una de las técnicas más utilizadas en las intervenciones de abdomen, pelvis y miembros inferiores, y, por lo tanto, resulta electiva para el tipo de cirugía a la que fue sometida la paciente, sin que quepa apreciar una defectuosa aplicación de la técnica anestésica. Es más, indica la facultativa informante, que la actuación médica fue ajustada a la *lex artis*, sin que, por lo tanto, quepa con los datos que obran en el expediente, establecer una relación inequívoca causa efecto entre la raquianestesia aplicada con motivo de la intervención y la posterior clínica presentada por la paciente.

Pero aun cuando pudiera existir dicho nexo causal como resultado de la intervención (para la facultativa de la aseguradora las lesiones neurológicas permanentes pueden producirse por una lesión traumática directa de la raíz nerviosa o bien una lesión química por una reacción anómala al anestésico), se trataría de riesgos que podrían quedar subsumidos en los que la paciente asumió a través de los documentos de consentimiento informado suscritos, que figuran en el historial. En concreto en los documentos de consentimiento informado firmados por la paciente para la anestesia general y loco-regional (folios 52 y 53), se recoge que en ocasiones excepcionales durante la anestesia loco-regional y como consecuencia de la dificultad que plantea el acceso al punto anestésico concreto, la anestesia puede pasar rápidamente a la sangre o a las estructuras nerviosas, produciendo los efectos de una anestesia general que se podía acompañar de complicaciones graves.

En este punto resulta obligado abordar el análisis de las consecuencias que pueda tener el hecho de que en el documento de consentimiento informado que la paciente firmó, no figure de forma expresa el riesgo de sufrir lesiones radiculares, con lo que, *prima facie*, se podría mantener que estamos ante un consentimiento informado defectuoso. Sin embargo, ateniéndonos a las concretas circunstancias que concurren en el supuesto que nos ocupa, cabe afirmar que la configuración del consentimiento informado que suscribió la paciente no permite mantener una responsabilidad patrimonial basada única y exclusivamente en dicho defecto.

En primer lugar habría que traer a colación la doctrina de este Consejo Jurídico acerca del derecho y correspondiente deber de información en el ámbito asistencial sanitario, pero como la misma es conocida por la Consejería consultante, habiendo sido expuesta en multitud de dictámenes emitidos a petición suya, se omite su reproducción. Baste ahora con recordar que, de conformidad con el régimen jurídico de la autonomía del paciente y el elenco de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el paciente tiene derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, comprendiendo, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias (art. 4). Este derecho de información se particulariza en el artículo 8 de la Ley, como consentimiento informado, libre y voluntario del afectado, que habrá de recabarse para toda actuación en el ámbito de su salud. El consentimiento habrá de serlo por escrito cuando se refiere a un procedimiento terapéutico invasor o que supone riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente y para obtenerlo habrá de ofrecerse información suficiente al paciente sobre el procedimiento de aplicación y sus riesgos.

En el supuesto que nos ocupa, como se decía anteriormente, figura un consentimiento informado firmado por la paciente, sin que por ésta se haya alegado en momento alguno carecer de información sobre los riesgos que suponía la anestesia que le iba aplicar, ni haya formulado reparo alguno a aquel documento. Por otro lado, el riesgo que finalmente se materializó constituye, según se recoge en el informe de la perito de la aseguradora, una complicación "extraordinariamente rara", es decir, que se trata de un riesgo de los denominados atípicos, sobre los que el Tribunal Supremo ha tenido ocasión de pronunciarse, entre otras en su Sentencia de 28 de diciembre de 1998, afirmando que *"la obligación de información al paciente, sobre todo cuando se trata de la medicina curativa, tiene ciertos límites, y así se considera que quedan fuera de esta obligación los llamados riesgos atípicos por imprevisibles o infrecuentes, frente a los riesgos típicos que son aquellos que pueden producirse con más frecuencia y que pueden darse en mayor medida, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia"*.

Por otro lado, cabe también señalar que en los supuesto en los que la condena de la Administración sanitaria viene dada por la omisión o deficiencia del consentimiento informado lo que en realidad se indemniza es la pérdida de oportunidad del paciente de haberse sustraído a la actuación médica si hubiere conocido los riesgos, lo que implica que la relación de causalidad en estos supuestos debe buscarse entre la omisión de la información y esa posibilidad de haber rechazado la intervención médica cuyos riesgos han cristalizado (en este sentido se pronuncia la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, en su Sentencia de 1 de marzo de 2013). En el presente caso, como ocurría en el que se enjuiciaba en la mencionada Sentencia, resulta bastante inverosímil que incluso con la información sobre los riesgos atípicos que entrañaba la raquianestesia, la paciente hubiese optado por rechazar la intervención de colescitectomía que resultaba necesaria a la vista de la colelitiasis que padecía.

Por todo lo expuesto, no puede considerarse acreditada la existencia de una infracción a la *lex artis ad hoc* médica determinante del daño por el que se reclama, por lo que, conforme a lo expuesto en la precedente Consideración, no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial, conclusión en la que abunda la inexistencia de valoración del daño reclamado.

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

## CONCLUSIÓN

**ÚNICA.-** Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por no concurrir los requisitos determinantes de la misma.

No obstante, V.E. resolverá.