



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **103/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 13 de abril 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 23 de junio de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **191/14**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Mediante escrito dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS) presentado el 19 de octubre de 2012, x formuló reclamación de responsabilidad patrimonial. En síntesis, según la reclamante, venía padeciendo una hernia discal L4-L5 de la que fue intervenida por primera vez el día 2 de noviembre de 2010, en el Hospital de Molina de Segura (centro concertado), por el traumatólogo Dr. x y aunque el facultativo afirmaba que la operación había sido complicada, pero que había terminado bien, lo cierto es que la reclamante desde el mismo momento en el que se incorporó no fue capaz de realizar movimiento alguno. Fue sometida a una segunda intervención por el mismo traumatólogo el 9 de diciembre de 2010, cuyo resultado tampoco fue óptimo, puesto que le quedó una lesión medular que le provocaba una insensibilidad y una imposibilidad para moverse. Tras un período de tiempo en el que estuvo bajo tratamiento rehabilitador y con repetidas infiltraciones, el Dr. x la interviene por tercera vez (6 de julio de 2011), sin que tampoco en esta ocasión se obtuviesen resultados positivos. Ante esta situación la reclamante acude a la consulta de un traumatólogo privado de Sevilla, el Dr. x, que le indica que necesita de modo urgente una cuarta intervención, que se efectúa, por este último médico, el día 10 de abril de 2012. Esta intervención consistió en una laminectomía y desectomía total L4-L5 y L-S1, liberación de raíces afectadas, colocación de dos cajas inersimáticas en L4-L5 y L5-S1, más artrodosis transpedicular con seis implantes tipo Java Zimmer más gel antiadherente. Aunque con esta operación ha mejorado mucho, aún le quedan secuelas como: pinchazos, rampas, dolores, entumecimientos, tirones, falta de sensibilidad y cojera.

También señala que cuando se produjo la primera intervención era educadora infantil, con una gran estabilidad laboral, pero como consecuencia de todas las complicaciones descritas, al agotar el período máximo de incapacidad temporal, se le reconoció una incapacidad permanente total, que le hace perder su puesto de trabajo, quedando con una pequeña pensión que no le permite mantenerse a sí misma y a su hija.

A todo lo anterior la paciente añade que fue objeto de un trato desconsiderado por parte del citado Dr. x, y termina solicitando que se le indemnice por todos los daños patrimoniales y morales que ha sufrido, aunque no cuantifica esos daños por los que reclama.

Acompaña diversa documentación relativa a la asistencia sanitaria recibida tanto en la sanidad pública como en la privada, entre la que se encuentra un informe del cirujano que la intervino en Sevilla, del siguiente tenor:

"Paciente a la que seguimos desde finales de Marzo con la siguiente historia clínica:

Operada 3 veces meramente de columna lumbar, con la siguiente cronología:

1) Hernia discal L4 L5 (dissectomía con dispositivo interespinoso).

2) *Intervenida de duroplastia, al parecer por efracción de duramadre con pérdida de líquido cefaloraquídeo.*

3) *Nueva resección de restos discales con nuevo dispositivo interespinoso en L4 L5.*

Tras estudio nuevo de RNM y EMG y estudio dinámico se comprueba:

a) *Restos discales en L4 L5 con extensa fibrosis posquirúrgica.*

b) *Degeneración discal L5 S1 con inestabilidad segmentaria L4 L5 S1.*

c) *Radiculopatía activa L5 S1 S2.*

Se interviene el 10 de Abril de 2012: Amplia laminectomía y disectomía total L4 L5 y L5 S1, liberación de raíces afectas, colocación de 2 cajas intersomáticas en L4 L5 y L5 S1 del 8x22, más artrodesis transpedicular con 6 implantes tipo Java de Zimmer, más gel antiadherente.

La evolución está siendo muy buena, debe tener un período de uso de ortesis lumbosacra de 12 a 16 semanas y esperamos que se produzca una osteointegración adecuada en unos 6 meses. Pensamos que a pesar del menoscabo funcional se podrá realizar una incorporación laboral dentro de su ámbito, pero evitando actividades que impliquen bipedestación prolongada, flexo-extensión repetitivas del tronco, coger objetos pesados y/o manipular así como tomar todas las medidas preventivas de prevención laboral".

Adjunta también facturas correspondientes a los gastos satisfechos en la sanidad privada.

SEGUNDO.- Por el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud se dicta Resolución de admisión a trámite de la reclamación patrimonial, que le fue notificado a la parte interesada mediante escrito en el que recogen las prescripciones a las que se refiere el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Asimismo, en la citada comunicación se requiere a la reclamante para que en el plazo de diez días determine, si ello es posible, la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial, de acuerdo con lo que se dispone en los artículos 71 LPAC y 6.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RRP). También se le solicita autorización para recabar su historia clínica del Hospital Victoria Eugenia, de la Cruz Roja Española de Sevilla.

Se hace llegar por la interesada autorización en el sentido solicitado, pero no se cuantifica la indemnización que solicita.

TERCERO.- Seguidamente el órgano instructor da traslado del expediente a la aseguradora del SMS, y requiere a los Hospitales de Molina, Virgen del Castillo y Victoria Eugenia, el envío de las historias clínicas de la paciente, así como informes de los facultativos que la atendieron.

Cumplimentados los anteriores requerimientos se incorporan al expediente las historias clínicas de la reclamante obrantes en los Hospitales antes citados, así como informe del Dr. x, con el siguiente contenido:

"La paciente x, acudió a mi consulta en el Hospital de Molina, tras haber solicitado mi atención en su centro de referencia.

Presentaba cuadro clínico de Ciatalgia dcha., que era secundaria a una HERNIA DISCAL L4-L5 dcha. extruida.

1. Se indica cirugía para DISCECTOMÍA y espaciador interespinoso, que se realiza con fecha 02/11/2010. Dicha cirugía discurre sin ninguna complicación, como se desprende del hecho que su duración, incluida la implantación de la prótesis es de 45 minutos. Se realiza como es habitual con lupa-microscopio de aumento y luz frontal, retirando el fragmento discal herniado. El sangrado es inapreciable -hoja de enfermería quirófano-. Lo que la paciente dice que pudo ver (difícil por la confección del campo quirúrgico y su posición) sería el aspirado del líquido de lavado (suero con Rifampicina) que tiene color rojo -reflejado en el protocolo quirúrgico y práctica habitual-.

Tras la cirugía, está hospitalizada 2 días, uno más de lo habitual, debido a su dificultad para miccionar, la cual recupera posteriormente. Sí refleja parestesias perineales al alta, sin otros déficits neurológicos.

El informe anatómo-patológico del material extraído, práctica habitual, refleja que es material discal.

2. Acude a revisión por primera vez desde la cirugía con fecha 29/11/2010, presentando cuadro de impotencia para la marcha de punteras (afectación de raíces S1) y disestesias perineales. Se solicita RMN urgente, que se tramita utilizando todos los medios al alcance, y al comprobar la compresión del saco dural, se indica cirugía urgente de revisión. Se observa hematoma que comprime el saco, y lo deforma en forma de huso. Se procede a extracción, lavado y duroplastia -descompresión de los elementos neurales mediante ampliación del diámetro de las meninges-. Es por ello que precisa reposo en posición de Trendelenburg, como está protocolizado.

Como secuela de este proceso la paciente presenta alteraciones de la sensibilidad perineal y debilidad en flexión del pie, si bien esta ya no le impide la marcha de punteras. Como refleja la Historia Clínica la recuperación fue casi completa.

Se prescribe sucesivas EMG's que reflejan una lesión de Sd. de cola de caballo incompleta.

3. Tras nuevo episodio de ciatalgia, la paciente es diagnosticada de HERNIA DISCAL L4-L5 recidivada. Se trata del nuevo proceso, que tras consultar con otros especialistas, confirman el diagnóstico. La paciente decide que la vuelva a operar yo.

La cirugía se realiza sin complicaciones, durando 45 minutos al igual que en la primera cirugía. No se aprecian secuelas de fibrosis, lo que facilita dicha intervención.

Por todo ello y habiendo realizado el seguimiento de la paciente hasta fechas recientes, debo hacer constar que:

1. No ha existido complicación alguna en las cirugías realizadas. Si bien se produjo un efecto secundario posible y documentado tras la primera de ellas, que se resolvió de forma urgente.

2. Los hallazgos de las pruebas realizadas no muestran más que la sintomatología de la paciente. Esta queda reflejada en la EMG como cambios crónicos de forma permanente.

3. La atención dispensada, en el más absoluto respeto, ha sido exhaustiva, por su condición de familiar de una compañera sanitaria. Siempre he estado a su disposición, como ella refleja, y ha sido atendida en cualquiera de mis actividades. Incluso realizando pruebas y tratamientos de forma desinteresada.

4. La recuperación de la paciente al ALTA ha sido casi completa, como refleja su exploración. No se puede estar de acuerdo en el diagnóstico y mucho menos en el tratamiento que ha recibido posteriormente. En la RNM no existía ninguna alteración de disco L5-S1 y no está indicado el procedimiento sobre L4-L5. Dicho criterio ha sido corroborado por otros especialistas, no sólo de la comunidad en que trabajamos, sino aquellos de relevancia científica nacional que han sido consultados.

5. Todos aquellos comentarios de índole personal se descalifican por sí mismos. En un quirófano trabajan numerosos profesionales que pueden dar fe de nuestra forma de hacer".

CUARTO.- A requerimiento del órgano instructor la aseguradora aporta dictamen emitido por un facultativo especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, en el que se alcanzan las siguientes conclusiones:

"1.- La patología que la paciente presentaba era indicativa de tratamiento quirúrgico, aunque tenía tres espacios afectados, la prioridad recaía sobre el L4-L5, como así se hizo.

2.- Toda cirugía, incluso la más sencilla en apariencia, conlleva sus riesgos y complicaciones, como así queda reflejado en el C.I., recalando que figura claramente la posibilidad de aparición de un hematoma postquirúrgico que puede ser necesario evacuar mediante una nueva cirugía, así como la posibilidad de daño a alguna raíz (o raíces) nerviosa, que pueden desencadenar una situación de dolor duradero o incluso crónico.

3.- Por tanto, la segunda cirugía (evacuación del hematoma) era absolutamente necesaria para evitar daños

mayores y permanentes a las raíces comprimidas.

4.- A los seis meses aproximadamente, apareció una recidiva aguda de la hernia discal intervenida, esta circunstancia puede ocurrir cuando el material discal es muy grande y sólo se encuentra extraído parte de él, de modo que en la primera cirugía no es posible retirarlo todo, simplemente porque no se ve. Puesto que la clínica de la paciente lo justificaba, y la RM demostraba presencia de material discal, estaba indicada una nueva cirugía, sin duda.

5.- La persistencia del dolor a pesar de estos tratamientos correctos es lo que se conoce como síndrome de la espalda fallida, siendo muy difícil determinar sus causas reales, ya que aquí se ven involucrados factores individuales, sobre todo psicológicos (umbral de tolerancia al dolor) y, en muchas ocasiones, sociolaborales o económicos, de cada paciente. Esta posibilidad también queda reflejada en los C.I. que la paciente firmó para cada cirugía.

6.- La cirugía realizada en el H. Victoria Eugenia seguramente también era necesaria, y, por la técnica quirúrgica empleada, muy drástica y definitiva, es evidente que se intentó atacar todos los posibles orígenes del dolor, a cambio de perder bastante movilidad en la columna lumbar (fijación de los dos últimos espacios), no siendo procedente el reclamar por esta consecuencia a las tres primeras cirugías.

CONCLUSIÓN FINAL

La actuación del Dr. x ha sido en todo momento correcta y ajustada a *lex artis ad hoc*, de acuerdo con la patología que presentaba esta paciente, no apreciando actuación negligente ni mala praxis alguna.

La mala evolución de esta paciente ha sido debida, exclusivamente, a la aparición de complicaciones inherentes a la cirugía sobre ella practicada, de las cuales estaba perfectamente informada a través de los correctos C.I. firmados para cada una de las intervenciones".

QUINTO.- Solicitado en su momento dictamen de la Inspección Médica, esta unidad lo evacua el día 30 de julio de 2013, realizando las consideraciones médicas que se estiman convenientes y concluyendo del siguiente modo:

"1. Paciente de 25 años con gran hernia discal mediolateral derecha emigrada y parcialmente extruida L4-L5, sintomática de larga evolución, que presenta además pequeño fragmento periférico con emigración inferior llegando a obliterar saco tecal en su práctica totalidad. Discopatía degenerativa L5-S1 con imagen de hernia discal focal mediolateral izquierda y discopatía degenerativa L3-L4 con imagen de profusión discal global sin aparente afectación neural.

2. Se indica tratamiento quirúrgico a nivel L4-L5 (secuestrectomía más fijación dinámica interespinosa). Como complicaciones postquirúrgicas presenta pequeño hematoma epidural, agrupamiento de raíces por aracnoiditis postquirúrgica y Síndrome de Cola de Caballo.

3. Se indica cirugía urgente para extracción del hematoma y liberación de raíces ante la persistencia de sintomatología (dolor, bloqueo lumbar, dificultad para la marcha y síndrome de cola de caballo incompleto).

4. Las complicaciones postquirúrgicas presentadas, se hayan (sic) descritas en el consentimiento informado para cirugía de hernia discal lumbar y lumbosacra firmado por la paciente.

5. Las causas más frecuentes del fracaso de la cirugía raquídea como tratamiento de la patología degenerativa del raquis, incluyen la pseudoartrosis, la recidiva herniaria, la estenosis residual, la inestabilidad transicional, la fibrosis peridural y los factores psicológicos.

6. En los casos de cirugía fallida, a veces, es necesaria más de una intervención quirúrgica

para solucionar un problema, incluso aunque no se trate de complicaciones (2.8-11%).

7. Se concluye que el facultativo del SMS actuó correctamente valorando de forma adecuada la relación riesgo/beneficio en cada intervención quirúrgica, en una paciente joven, y se optó por diferir la artrodesis de la articulación, al suponer ésta una pérdida de movilidad importante, a la espera de una mejoría de los síntomas que podrían ser secundarios a la fibrosis cicatricial.

Artrodesis en este caso, era la última opción ante la persistencia de los síntomas, su perfil de éxito no era favorable (presencia de aracnoiditis, hematoma epidural, menos de 6 meses de mejoría, recidiva de la ; pero esta intervención estabiliza la articulación, alinea la extremidad, mejora la funcionalidad y quye o elimina el dolor. El inconveniente es la pérdida importante de movilidad de las vértebras adasadas, por lo que se convierte en una cirugía paliativa pero reparadora.

Complicaciones postquirúrgicas presentadas por la paciente, son complicaciones descritas en la cirugía lumbar, en el consentimiento informado y que pueden llegar a ser graves. En este caso, el cirujano estuvo olución de la paciente, para diagnosticarlas y tratarlas de forma adecuada, no apreciándose actuación as cirugías practicadas y evitando complicaciones mayores".

Ámbito de audiencia a las partes (Hospital de Molina, aseguradora del SMS y reclamante), comparece un escrito por el que, tras mostrar su disconformidad con los distintos informes médicos incorporados al prueba consistente en la aportación de informes médicos. Por el órgano instructor se acepta la prueba do un plazo de 30 para la incorporación de dichos documentos.

En fecha 19 de noviembre de 2013, la interesada remite los siguientes informes:

del Servicio de Rehabilitación del Hospital Virgen del Castillo, que constituye una reproducción del que clínica.

Facultativo, por el que amplía el anterior, e indica lo siguiente:

Ampliación del anterior con fecha 31-05-2011.

Desde entonces desde el año 2011, donde se le aprecia ligera mejoría, pero persistiendo déficit motor, sobre todo a o inferior derecho.

Tratada, con tratamiento multidisciplinario; fisioterapia, farmacológico e infiltración por la unidad del dolor.

Se opta por la segunda opción a otro facultativo especialista en Traumatología (Dr. x), que le pidió un nuevo estudio as dinámicas, indicándole una nueva intervención quirúrgica, que se realizó con fecha 09-04-2012, una con disectomía total L4-L5 y L5-S1, la liberación de raíces nerviosas y artrodesis de los espacios 5 y L5-S1, siendo la evolución posquirúrgica favorable.

No hay más anotaciones".

te tenor:

recibimos informe clínico con fecha 20 de Marzo de 2012, en la que con el diagnóstico de hernia discal en medio lateral a L4-L5. Es intervenida el 2 de Noviembre de 2010 mediante: secuestrectomía con espina. 4 Semanas después por intensa claudicación de miembros inferiores con incapacidad de caminar. Síndrome clínico de cola de caballo, lo cual se comprueba por RNM. Se decide una nueva intervención con un disco de tipo compresivo e implante. En uno de los informes viene que se realizó también duroplastia.

Así a la paciente:

se comprueba: restos discales en L4-L5 con fibrosis cicatricial que afecta a raíz L5 derecha.

radicular en L4, S1 y S2, con signos de actividad.

tratamiento quirúrgico, el cual se realiza el 10 de Abril de 2012, realizándose amplia laminectomía y descompresión de L4-L5 y E5-S1 con extensa liberación de raíces afectas y colocación de 2 cajas intersomáticas en L4-L5 y artrodesis posterolateral L4-L5 y L5-S1 con 6 implantes transpediculares de titanio tipo Java de Zimmer, sin efectos de crecimiento.

fue muy buena y en sucesivos controles la exploración neurológica clínica se ha normalizado casi como su calidad de vida".

Después se dio traslado al Hospital de Molina y a la aseguradora, con el fin de que pudieran examinarlos y emitir dictámenes que se estimasen oportunas, sin que ninguno de ellos compareciese.

Por tanto, ante la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria, al considerar que no concurren los elementos de la responsabilidad patrimonial.

Por lo tanto, en los antecedentes indicados en el encabezamiento del presente se solicitó de este Consejo Jurídico la emisión de su dictamen acompañando el expediente e índice de documentos del mismo.

Por tanto, en los antecedentes procede realizar las siguientes

CONCLUSIONES

del 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 1/2007, de 27 de mayo, del Consejo jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 1066/2007, de 27 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

En consecuencia, en cuanto a la acción, plazo y procedimiento.

En caso de que se trate de un daño físico o psíquico, la legitimación para reclamar su resarcimiento corresponde de modo exclusivo a la persona que sufre en su persona, a quien ha de reconocerse la condición de interesada para el ejercicio de la acción, de acuerdo con lo establecido en los artículos 31 y 139 y siguientes LPAC.

interpuesta antes del transcurso del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 42.5 LPAC. En efecto, aun cuando las primeras intervenciones en la sanidad pública se realizaron en 2002 y la reclamación no se presenta hasta el 19 de octubre de 2012, conforme al consolidado principio de *actio nata* ha de considerarse como *dies a quo* del cómputo del referido plazo, el momento en que la lesión o daño, a su juicio, el funcionamiento de la Administración sanitaria no ha sido el adecuado, sino que se produce con el de la mejoría de la paciente tras someterse a la cuarta intervención, el 10 de abril de 2012.

Aseguido, en líneas generales, el establecido para la tramitación de este tipo de reclamaciones por la Ley 30/1992, de 26 de octubre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: "*los particulares, en los casos en que por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes patrimoniales, en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*". El texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "*el derecho a la protección de la salud*", reconocido por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los presupuestos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y 140 de la Ley 30/1992, de 26 de octubre, y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. El daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

2. La lesión o daño sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una actuación administrativa, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

3. La lesión o daño no sea consecuencia de una actuación de fuerza mayor.

4. El particular no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

En consecuencia, en principio, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de entenderse que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de servicios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los medios posibles para la curación del paciente, y, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el particular.

En consecuencia, el particular ha de regirse por la denominada *lex artis ad hoc*, o módulo rector de todo arte médico, como se establece en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias que en ella misma se desarrolla (Dictámenes números 49/2001 y 97/2003 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, en una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones de responsabilidad médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al principio de *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado obtenido en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la salud del paciente (SAN, Sección 4ª, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3ª, de 14 de febrero de 2003). En consecuencia, *lex artis*, así, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad patrimonial. En el ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones.

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

Por otro lado, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que "*los criterios médicos a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la necesidad de no poner en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en las que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, del estado del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del paciente) (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme a la normal requerida*".

En el caso de que se produzca una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños. En caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la naturaleza jurídica de daños, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica en la atención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; sino porque ello conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad, que podría declararse en todos los casos de lesiones médicas en centros sanitarios públicos que no pudieran evitar la muerte de un paciente, o las complicaciones de una intervención quirúrgica realizada conforme a la *lex artis*, entre otros.

En la asistencia sanitaria se ajusta o no a *normopraxis* descansa, de forma necesaria, en la apreciación de los hechos de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, los informes médicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, en su caso, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso. El especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial 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 ha de ser realizada por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 de la Ley 14/1986, de 14 de marzo, General de la Función Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un informe objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la Sanidad Pública, lo que le confiere plena eficacia para efectos de prueba.

En el presente caso, las anomalías que se imputan al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

La reclamante solicita indemnización por todos los daños que habría padecido por la, a su juicio, negligencia médica que llevó a cabo las tres primeras intervenciones quirúrgicas a las que se sometió en la sanidad pública. Sin embargo, no llega a concretarlos con exactitud ni a cuantificarlos, a pesar de que fue requerida para ello por el Tribunal. Debido a esta indefinición, de lo manifestado en el escrito de reclamación y de los documentos que se adjuntan, se entiende que la paciente estaría reclamando por el fracaso de dichas intervenciones y por las lesiones que de ellas derivaron.

por los gastos que tuvo que realizar en la sanidad privada, con el fin de paliar aquellas nefastas

cas analizaremos en primer lugar la última de las alegaciones, es decir, el pretendido resarcimiento de en la sanidad privada. A este respecto cabe recordar que, como venimos indicando en reiterados s, el 17/2008) *"en el Dictamen de 27 de noviembre de 2003 (Exp. 3322/2003), (el Consejo de debe dilucidarse si los gastos realizados en la medicina privada son asumibles por la Administración soportados por el propio interesado. Únicamente procedería el abono de tales gastos, a título de monial de los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, en el caso de error de diagnóstico o dad pública, y a título de reintegro de gastos, en el caso de que la atención en la sanidad privada traiga ia vital", de acuerdo con los criterios establecidos en el artículo 5.3 del Real Decreto 63/1995, de 20 de ón de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud"*.

do la concurrencia de una urgencia vital, el resarcimiento de los daños por los que ahora se reclama a considerarse acreditado que sufrió, en la sanidad pública, una asistencia sanitaria no ajustada a la *lex* has repetidas intervenciones quirúrgicas inadecuadas, ya que, como reiteradamente señala la ste un derecho al reembolso de los gastos derivados de la atención sanitaria privada en todo caso, e una opción libremente adoptada por la interesada, que en vez de solicitar una segunda opinión en el mo posibilita el Decreto 71/2007, de 11 de mayo, por el que se establece el derecho de segunda ed de utilización pública de la Región de Murcia, decide acudir a un centro hospitalario privado.

en la pretendida negligencia del cirujano Dr. x, ha de ponerse de manifiesto que, de conformidad con los antes en el expediente, no puede considerarse acreditado que las secuelas por las que se reclama origen en las intervenciones ni, menos aún, que se deban a una actuación contraria a la *lex artis* de

evidente que las sucesivas operaciones realizadas en el Hospital de Molina no consiguieron el tendido, presentando la paciente, tras ellas, diversas complicaciones, no se ha demostrado que éstas s. Y es que el informe médico aportado por la reclamante al procedimiento (folio 292) se limita a ón de la actuación médica y la situación lesional resultante, sin juicio crítico alguno acerca del dicos que llevaron a cabo las intervenciones en la sanidad pública, por lo que resulta irrelevante en a posible antijuridicidad del resultado dañoso, extremo éste que queda absolutamente huérfano de

n situando el origen de las secuelas en la indicadas intervenciones, no puede entenderse que éstas *armopraxis* por no estar indicadas o porque se desarrollaran al margen de los dictados de la ciencia ha probado al respecto; antes al contrario, son coincidentes la Inspección Médica y el perito de la ar la buena praxis del facultativo interviniente y cómo las complicaciones que se desarrollaron en los eden ser atribuidas a mala praxis, sino que se trata de complicaciones descritas en la cirugía lumbar y das en los consentimientos informados que la paciente firmó.

iden los citados en que los estudios diagnósticos realizados a la paciente con anterioridad a la ban lesiones severas gran hernia discal mediolateral derecha emigrada y parcialmente extruida L4-L5, volución, que presenta además pequeño fragmento periférico con emigración inferior llegando a su práctica totalidad; discopatía degenerativa L5-S1 con imagen de hernia discal focal mediolateral degenerativa L3-L4 con imagen de profusión discal global sin aparente afectación neural), que de las intervenciones (tratamiento quirúrgico a nivel L4-L5 con secuestrectomía más fijación dinámica mplicación que aparece en el postoperatorio (pequeño hematoma epidural, agrupamiento de raíces por

gica y Síndrome de Cola de Caballo), hace necesaria la segunda intervención y, finalmente, la recidiva la operación. Asimismo, considera la Inspectora Médica, que la decisión de diferir la artrodesis de la r esta una pérdida de movilidad importante, a la espera de una mejoría de los síntomas que podrían ser sis cicatricial, fue correcta, sin que, además, en ningún caso pueda considerarse que finalmente ésta no abo, ya que el seguimiento a la paciente por parte del cirujano ha quedado acreditado en el expediente, ó, voluntariamente, por abandonar la sanidad pública y acudir al hospital privado en el que se le realizó

uede considerarse acreditado que existiera una actuación médica contraria a *normopraxis*, pues las adas ante la patología que presentaba la paciente, y no se ha evidenciado que en su desarrollo el mpericia ni desarrollara una mala técnica quirúrgica. Las secuelas que aparecieron con posterioridad, ones postquirúrgicas conocidas y descritas en la literatura médica y en los documentos de ado contenidos en el expediente.

expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, en tanto que no se aprecia la concurrencia lmente exigidos para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

olverá.

