



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **226/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 31 de julio 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 4 de marzo de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **74/14**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 1 de junio de 2012, x, en representación de x, presentó un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio Murciano de Salud (SMS), en el que, en síntesis, expresaba lo siguiente.

X se sometió el 9 de noviembre de 2011 a una cirugía maxilofacial (problema de clase III de Angle por hipoplasia maxilar superior) en el hospital público "*Reina Sofía*", de Murcia, y a consecuencia de dicha intervención quirúrgica surgió una complicación, pues durante el postoperatorio inmediato se advirtió la amaurosis del ojo derecho de la paciente, con diagnóstico posterior de "*probable neuropatía óptica retrobulbar traumática indirecta vs. de origen embólico (vascular vs. graso)*". Ante la sintomatología descrita se realizaron varias interconsultas al Servicio de Oftalmología, donde se le prescribieron varias pruebas de imagen, mediante las que se le diagnosticó de posible neuropatía óptica retrobulbar, probablemente embólica, o neuropatía óptica axonal derecha de grado severo.

Añade el compareciente que en la fecha de interposición de la reclamación la paciente continuaba sometiéndose a revisiones oftalmológicas periódicas y seguía tratamiento médico con "*Hidroxitil B12-B6-B1*", obteniendo como resultado una leve mejoría de visión, que a pesar de todo era casi nula.

A su juicio, dicha lesión no constituía un riesgo típico de la intervención quirúrgica realizada, tratándose de un daño desproporcionado, sobre el que no se le había dado ninguna explicación; añade que, en el caso de que la pérdida de visión del ojo constituyera un riesgo típico de dicha intervención quirúrgica, se le debió de haber informado del mismo, tal y como exigía la ley, pero en ninguno de los documentos de consentimiento que firmó aparecía la complicación acaecida.

Por todo ello, considera que se trata de un supuesto que genera responsabilidad patrimonial del SMS, si bien no concreta la indemnización que solicita, que señala que está pendiente de concretar porque la paciente sigue en revisión por los Servicios de Oftalmología, con una cierta esperanza de mejora de su lesión.

Adjunto a su escrito presentaba documentación relativa a la historia clínica relacionada con los hechos descritos, señaladamente, un documento de consentimiento informado para cirugía ortognática o de las deformidades dentofaciales, firmado por la reclamante.

SEGUNDO.- El 31 de julio de 2012 el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, lo que fue notificado a las partes interesadas.

Asimismo, en tal fecha se solicitó a la Gerencia del Área de Salud VII, de Murcia (Hospital General Universitario "Reina Sofía", de Murcia), copia de la historia clínica de la paciente e informes de los facultativos que la atendieron, sobre los hechos recogidos en la reclamación.

TERCERO.- Mediante oficio de 14 de agosto de 2012, desde el hospital "Reina Sofía" se remitió copia de la historia clínica de la reclamante.

Requerido por la instrucción el informe del Servicio actuante, mediante oficio de 25 de enero de 2013 se remitió informe del Dr. x, del Servicio de Cirugía Maxilofacial, de la misma fecha, en el que explica la cirugía maxilofacial -exitosa- realizada a la paciente (osteotomía Le Fort con avance de 4 mm. hasta posicionar en oclusión) y que *"en reanimación refiere pérdida completa de visión que se va recuperando, pero queda una pérdida evidente de visión y actualmente cuenta dedos a un metro por una atrofia papilar de la mácula derecha por posible causa isquémica"*.

CUARTO.- En la misma fecha comparece en las dependencias del SMS el representante de la reclamante, tomando vista del expediente y el informe antes reseñado.

QUINTO.- Obra en el expediente un Decreto de 26 de abril de 2013, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia mediante el que se admite a trámite el recurso contencioso-administrativo interpuesto por la reclamante contra la desestimación presunta de su reclamación.

SEXTO.- Obra en el expediente un dictamen médico, de 14 de mayo de 2013, aportado por la compañía aseguradora del SMS, elaborado por un especialista en cirugía oral y maxilofacial, en el que, tras analizar las circunstancias del caso y realizar varias consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

"x acudió a consultas externas del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital General Universitario Reina Sofía para valoración de una malformación dentofacial que le originaba una mala oclusión y un defecto estético facial, cuyo origen es de tipo congénito o idiopático."

Los Especialistas de este Servicio planifican un tratamiento quirúrgico que (se) lleva a cabo sin ningún tipo de incidencia intraoperatoria. Antes de realizar dicha intervención se informa a la paciente de los posibles riesgos y complicaciones derivados de la cirugía, los cuales son aceptados por la paciente al firmar el Consentimiento Informado de la cirugía antes de llevarse a cabo la misma.

En el postoperatorio inmediato la paciente presenta una pérdida de visión por el ojo derecho secundaria a una neuropatía óptica retrobulbar severa de probable origen isquémico, no encontrándose en los estudios de imagen realizados causas directas derivadas de la intervención quirúrgica que pudieran justificar el cuadro. Ante esta complicación, la paciente recibe el tratamiento y seguimiento multidisciplinar indicado para el cuadro clínico que presentaba, realizándose además las pruebas complementarias necesarias para su diagnóstico y control evolutivo.

No hay indicios de deficiencias de planificación y/o ejecución en las actuaciones médicas recibidas por x durante la intervención quirúrgica llevada a cabo por los Especialistas del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital General Universitario Reina Sofía, si bien la complicación que surgió con posterioridad forma parte de las posibles complicaciones descritas en el tipo de intervención quirúrgica a la que fue sometida la paciente. La complicación ocurrida se considera por tanto propia de la técnica realizada, impredecible e inevitable.

Las actuaciones médicas llevadas a cabo por los Especialistas de los Servicios de Reanimación Posquirúrgica, Oftalmología y Neurología se consideran las indicadas para el problema de visión que surgió en el postoperatorio inmediato de la paciente, ajustándose a buena praxis ad hoc".

SÉPTIMO.- Solicitado en su día un informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 9 de agosto de 2013, del que se destaca lo siguiente:

"Las complicaciones oftalmológicas después de la osteotomía LeFort I son raras y hay pocos casos publicados, la mayoría de casos con compromiso ocular están relacionados con trauma maxilofacial. Menos del 1% de los pacientes llega a presentar complicaciones oftalmológicas. Lanigan y colaboradores hacen excelente revisión del tema. Es de resaltar cómo la mayoría de las complicaciones oftalmológicas reportadas después de osteotomía LeFort I se presentaron en el lado derecho.

La complicaciones oftalmológicas postcirugía ortognática Lanigan y colaboradores, las agrupan en: disminución de la agudeza visual o ceguera, disfunción de los músculos extraoculares, queratitis neuroparalítica (queratitis seca y epifora) y daño en el aparato lacrimal. Por lo que se deduce que si las complicaciones oftalmológicas de la osteotomía de LeFort I son raras, menos de 1%, el que sea una amaurosis es excepcional. (...)

Cuando se presenta amaurosis y oftalmoplejía total, donde el daño involucra los nervios craneales se cree que es debido a la presión generada por el hematoma que es transmitida hacia la fisura orbitaria superior y al foramen óptico desde la fosa pterigomaxilar.

En el caso que nos ocupa, no se describen lesiones traumáticas, ni hemorragia que pudieran explicar la amaurosis. En el TAC de cerebro, facial/senos del 10.11.11, se apreció un pequeño hematoma infraorbitario derecho con enfisema, aunque no se lo consideró la causa del problema, siendo normal el resto de la exploración.

La conclusión fue: "sin alteraciones por imagen que pueda explicar el cuadro". Los especialistas maxilofacial, oftalmólogos y neurólogo que trataron a la paciente tras las actuaciones que hemos descrito, coinciden en que la neuropatía óptica axonal es de probable origen isquémico (NOIA), pero sin llegar a encontrar una causa que objetivamente justifique la amaurosis del ojo derecho.

El día 3.06.11, consta en la historia clínica como es advertida del procedimiento, alternativas y posibles riesgos y que firma el documento de consentimiento informado.

De dicho documento se encuentra una copia en la historia (pág. 73-74) consentimiento informado para cirugía ortognática, con fecha de 3.06.11, que en los riesgos personalizados se manuscrite la patología y el procedimiento quirúrgico a realizar. Este documento no está firmado, posiblemente se le entregó a la paciente para que lo leyera.

El documento de consentimiento informado que está firmado por la paciente, lo aportamos tras copiarlo de la historia original, es un documento de consentimiento informado para cirugía oral. No tiene fecha, lleva la misma pegatina que el anterior.

Ni en uno ni en otro aparecen como riesgo típicos las complicaciones oftalmológicas, ya hemos expuesto que las complicaciones oftalmológicas de la osteotomía de LeFort I son raras. La Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilo Facial SECOM tiene publicado el consentimiento informado para cirugía ortognática o de las deformidades dentofaciales en el mismo sentido que el utilizado en el HGRS.

El 15.09.2011, firmó el documento de consentimiento informado para anestesia (pág. 71 -72), en el apartado riesgos típicos de la anestesia consta: Vasculares: (Hematomas, trombosis, embolias), en lo que se incluye la posible causa de la amaurosis.

CONCLUSIONES

1. A x le fue realizada osteotomía tipo Le Fort I de avance y mentoplastia de retroceso el día 9.11.11 en el HGRS, por la hipoplasia maxilar superior y mordida cruzada anterior que padecía. En el postoperatorio inmediato se detectó amaurosis del OD, reclama al considerar que se trata de un daño desproporcionado y, en caso (de que) se considerara riesgo típico, no se le habría informado previamente.

2. Las complicaciones oftalmológicas de la osteotomía de Le Fort I son raras, menos de 1%, dentro de éstas la pérdida de visión o amaurosis es excepcional.

3. A pesar del seguimiento multidisciplinar (maxilofacial, oftalmólogo y neurólogo) inmediato y posterior, no se ha determinado de forma objetiva la causa de la ceguera, recuperando mínima agudeza visual por el OD.

4. Por las pruebas realizadas se descartan las causas principales de lesión nerviosa en el contexto de la cirugía ortognática y se considera la posible causa embólica o isquémica.

5. La paciente llevó tratamiento preparatorio para cirugía ortognática, firmó el consentimiento informado (CI) cinco meses antes, especificando la técnica a realizar y los riesgos probables (en el mismo sentido que el CI de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial).

6. Dos meses antes de la intervención firmó el CI para anestesia, entre las complicaciones que pueden aparecer durante la intervención incluye las vasculares.

7. La indicación y realización de la técnica se llevó a cabo de forma adecuada y sin incidencias, puede decirse que la amaurosis del OD no es secundaria a una impericia en la técnica".

OCTAVO.- Mediante oficios de 4 de noviembre de 2013 se otorgó un trámite de audiencia a los interesados a efectos de que formularan alegaciones y presentaran los documentos que estimaran convenientes, compareciendo el representante de la reclamante, que presentó escrito el 23 de septiembre de 2013 en el que solicita que se recaben informes de los Servicios de Anestesiología, Oftalmología y Neurofisiología, por haber intervenido en el proceso asistencial de la paciente.

NOVENO.- Solicitados tales informes, fueron remitidos en diferentes fechas:

- El informe del Servicio de Anestesiología, de 25 de octubre de 2013, en relación con la cuestión planteada se limita a reiterar lo informado previamente en cuanto a que al despertar la paciente de la anestesia refirió no ver por su ojo derecho, siendo atendida de inmediato por el oftalmólogo de guardia y luego por el Servicio de Oftalmología y de Neurofisiología.

- El informe del Servicio de Neurofisiología Clínica, de 20 de noviembre de 2013, se refiere a las pruebas sobre potenciales evocados que realizó el 14 de noviembre de 2011 y el 13 de enero de 2012, fecha ésta última en que también realizó un electroretinograma, concluyendo con su impresión diagnóstica de neuropatía óptica axonal derecha de grado severo.

- El informe del Servicio de Oftalmología de 15 de noviembre de 2013, tras relatar la asistencia prestada a la paciente, señala que, en su última revisión, realizada el 1 de octubre de 2013, su exploración era la siguiente: defecto pupilar aferente y exotropía de ojo derecho; agudeza visual en ojo derecho, sin corrección: cuenta dedos a un metro; fondo de ojo: atrofia óptica; diagnóstico: "neuropatía óptica derecha de posible etiología isquémica".

DÉCIMO.- Mediante oficios de 2 de diciembre de 2013 se acordó un nuevo trámite de audiencia a los interesados, sin que conste su comparecencia ni la presentación de alegaciones.

UNDÉCIMO.- El 11 de febrero de 2014 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por no acreditarse infracción a "*lex artis ad hoc*" en la asistencia sanitaria pública, por lo que no existe la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama.

DÉCIMOSEGUNDO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

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 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante está legitimada para reclamar indemnización por los daños, sufridos en su persona (en su ojo derecho), que imputa a los servicios sanitarios del SMS.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay reparo que oponer, vista la fecha de los hechos y la de la presentación de la reclamación.

III. 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.- 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 razonablemente 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, entre muchos otros, 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 ad hoc"* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Inexistencia.

I. Como se expuso en los Antecedentes, la reclamante formula una pretensión indemnizatoria que, aun cuando no la cuantifica, cabe centrar, al menos, en la valoración económica de las secuelas que, de su intervención quirúrgica realizada el 9 de noviembre de 2011 en el hospital "Reina Sofía", se reflejan en el informe del Servicio de Oftalmología de dicho hospital reseñado en el Antecedente Noveno, relativas a su pérdida de visión en el ojo derecho. Basa su pretensión, en su escueto escrito, en dos argumentos: a) que dicha pérdida de visión es una complicación que debe calificarse como riesgo atípico en una intervención de cirugía ortognática como la que se realizó, de lo que extrae que, al materializarse tal riesgo, se produjo un daño desproporcionado, lo que considera, "*per se*", generador de responsabilidad patrimonial; b) para el caso de que el riesgo materializado de pérdida de visión se considerase un riesgo típico de la indicada clase de intervención quirúrgica, alega que tal riesgo no fue incluido en el documento de consentimiento informado, como en tal caso debía de haberse incluido, omisión que generaría asimismo la responsabilidad patrimonial.

De los Antecedentes reseñados se desprende que, efectivamente, tras la realización a la paciente de la cirugía ortognática en cuestión, en concreto, una osteotomía Le Fort I con avance de 5 mm. y mentoplastia de retroceso (2 mm.) hasta posicionar en oclusión, apareció, como complicación, una amaurosis o pérdida de visión en el ojo derecho, cuya causa directa no ha podido ser determinada de modo taxativo, apuntándose como posible su origen isquémico, derivado de tal intervención.

Ahora bien, como se indicó en la precedente Consideración y se ha reiterado por la jurisprudencia y doctrina consultiva, la mera existencia de una complicación derivada de una asistencia sanitaria pública (aquí, de la referida intervención), productora de una determinada secuela al paciente, no genera "*per se*" responsabilidad patrimonial administrativa, pues debe acreditarse la existencia de una mala praxis médica en la actuación realizada. La mala praxis (o infracción de la "*lex artis ad hoc*") puede ser de carácter material (en este caso, sería, en hipótesis, una actuación incorrecta en la realización misma de la mencionada intervención quirúrgica) o formal (aquí, en hipótesis, en su vertiente de información al paciente por defectos en la prestación del consentimiento informado para la realización de dicha intervención).

II. Como viene a apuntar el reclamante, en el documento de consentimiento informado deben recogerse los riesgos típicos de cada intervención, pero no los atípicos, debiendo estar, en cuanto a dicha calificación, y salvo suficiente prueba en contrario, a lo informado por la Inspección Médica. En este sentido, debemos reproducir lo expresado en nuestro reciente Dictamen nº 174/2015, de 15 de junio, por su analogía con el caso que nos ocupa.

Así, expresamos en tal Dictamen lo siguiente:

"... respecto a si esta información fue insuficiente en relación con la complicación materializada, según sostiene el reclamante, debe destacarse lo señalado por la Inspección Médica (folio 187):

"La radiculopatía que presentó el paciente en el postoperatorio inmediato aparece como complicación muy poco probable de las raquianestesis, siendo aún más infrecuentes las que ocasionan el déficit neurológico permanente. Esta mínima incidencia justifica su no inclusión como riesgo típico en el documento del consentimiento".

A partir de tal juicio médico, si el riesgo que se materializó constituye, según destaca la Inspección Médica, una complicación muy poco probable, siendo aún más infrecuentes las que ocasionan déficit neurológico permanente, podríamos identificarlo como un riesgo de los denominados atípicos, sobre los que el Tribunal Supremo ha tenido ocasión de pronunciarse, entre otras, en su Sentencia de la Sala 1ª, 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".

En nuestro Dictamen 191/2006, citado por el órgano instructor, señalamos que la existencia de este documento firmado por el paciente y por el facultativo interviniente permitiría entender que sí se ofreció dicha información al paciente, sobre todo si, como señala la jurisprudencia, ante la utilización de formularios genéricos, corresponde a la paciente solicitar que se amplíe o precise la información en caso de que se considere insuficiente, lo que no consta que aquí se haya producido. En este sentido, la STS, Sala 3ª, de 27 de noviembre de 2000, indica que: "es cierto que la fórmula que figura en el impreso (...) es genérica, pero el contenido específico a que se refiere ha sido implícitamente asumido por la paciente, lo que, jurídicamente, significa que la carga de probar que no es cierto que la información se haya dado o que esta es insuficiente etcétera, se desplaza al firmante. Ciertamente es también que el impreso utilizado es perfectible, pero nos encontramos en ese punto en que resulta difícil, casi humanamente imposible, mantener en el fiel los platillos de la garantía y de la eficacia. Por todo ello, nuestra Sala entiende que no puede descargarse todo el peso de una actuación jurídica (...) sobre los servicios sanitarios. Es el paciente, o en su caso el familiar o allegado que lo asiste y sustituye, quien puede y debe solicitar, si lo considera necesario, que se le dé una información más elocuente, y que, siempre con la inexcusable concisión y claridad que sea compatible con la necesaria precisión técnica, se haga constar esa información detallada y por escrito".

Asimismo se indicó en el citado Dictamen que las consecuencias de la insuficiente información sobre los riesgos varían cuando el daño responde a la materialización de un riesgo atípico, infrecuente o imprevisible y que este supuesto tiene un tratamiento jurisprudencial mucho más limitado, conforme a la STS, Sala 1ª, de 21 de diciembre de 1998, ya citada, por cuanto establece determinados límites a la información que hay que dar al paciente fijando los riesgos sobre los que hay que informar.

Supone, en definitiva, la necesidad de ponderar en cada caso concreto no sólo el carácter típico o atípico del riesgo de que se trate, debiendo acudir en el presente caso este Consejo Jurídico al criterio de la Inspección Médica (no obra otro en contrario), que califica la complicación de radiculopatía (con afectación moderada en S1) de muy baja frecuencia la que ocasiona un déficit neurológico permanente, por lo que manifiesta expresamente que se encuentra justificado que no se incluyera como riesgo típico en el documento de consentimiento informado. En todo caso, cabe destacar de nuevo que en el documento de consentimiento informado para la intervención de

la hernia suscrito por el reclamante se recoge la posibilidad de producirse complicaciones graves, entre ellas dolor postoperatorio prolongado por afectación nerviosa.

En consecuencia, atendidos los documentos de consentimiento informado suscritos y las características del riesgo conforme a lo señalado por la Inspección Médica, no cabe entender la concurrencia del segundo título de imputación por defectos en la información".

Aplicado lo anterior al caso que nos ocupa, resulta que el informe de la Inspección Médica pone de manifiesto que las complicaciones oftalmológicas no son recogidas como riesgo típico en el protocolo de modelo de consentimiento informado que, para una intervención como la del caso, tiene aprobado la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, cuya copia obra en el folio 227 del expediente. A ello cabe añadir que en otros foros tampoco se recogen tales complicaciones como riesgos típicos de esta clase de intervenciones y, por tanto, no se reflejan en los documentos de consentimiento informado: así, por ejemplo, en el modelo de consentimiento para cirugía ortognática aprobado por la Agencia Valenciana de Salud, o por el hospital universitario de Asturias, ente que, en ninguno de los once documentos relativos a cirugía oral o maxilofacial que tiene aprobados se refleja la complicación oftalmológica como riesgo típico, aunque infrecuente, de estas intervenciones (dicha información está disponible en las correspondientes páginas de Internet de dichas instituciones).

Partiendo de que el estándar aplicable para enjuiciar la adecuación a la *"lex artis ad hoc"*, incluso en su vertiente informativa, debe estar conformado, entre otros elementos, por los criterios empleados por las sociedades médicas de referencia y por la generalidad de los centros sanitarios, debe concluirse que, en nuestro caso, se está en presencia de un riesgo atípico (tal conclusión podría variar si así lo justificaran las concretas circunstancias personales del paciente, lo que no sucede en nuestro caso). Ahora bien, aun cuando, por lo anterior, no se detallara de forma específica el riesgo oftalmológico en el documento de consentimiento (lo que ya hemos visto que fue correcto), el informe de la Inspección Médica señala que entre los riesgos reflejados en el documento estaban los daños vasculares, entre el que puede incluirse la causa más probable de la amaurosis, según los informes médicos: la embolia o isquemia de los nervios ópticos. Por su parte, el informe de la aseguradora del SMS señala que *"se ha especificado como una de las principales causas de neuropatía óptica traumática (que, en todo caso, considera un riesgo "excepcional") en el transcurso de esta cirugía (osteotomía Le Fort I) es el edema y la hemorragia intraoperatoria, riesgos que sí están debidamente especificados en el Consentimiento informado..."*. Por lo tanto, los daños isquémicos son un riesgo típico en estas intervenciones, aunque su afectación concretamente oftalmológica es excepcional.

III. En cualquier caso, el reclamante considera en su escrito inicial que se trata de un riesgo atípico, y hace derivar de la mera materialización de esta clase de riesgos la causación de un daño que califica de desproporcionado, deduciendo de ello (porque lo escueto del escrito no permite otra cosa) que la aparición de tal clase de daño implica una mala praxis médica generadora de responsabilidad.

Sin embargo ello no es así, pues la materialización de un riesgo atípico no implica, *"per se"*, la inferencia de una mala praxis médica y la consiguiente generación de responsabilidad.

A tal efecto, conviene recordar lo expresado, entre otros, en nuestro Dictamen nº 329/2014, de 24 de noviembre:

"Por otra parte, y como señalamos en nuestro Dictamen 47/2013, debe destacarse que, según se desprende de

las SSTS, Sala 3ª, de 20 de septiembre de 2005, 20 de junio de 2006, 10 de junio de 2008 y 20 de enero de 2011, entre otras, la existencia de un daño desproporcionado no es, "per se", un título de imputación de responsabilidad, sino de inversión de la carga de la prueba. Y, según las SSTS, Sala 3ª, de 23 de mayo y 8 de noviembre de 2007 y de 23 de octubre de 2008, el daño médico desproporcionado requiere que el mismo no sea previsible ni razonablemente explicable en la esfera de la correspondiente actuación profesional, consideración ésta que, a nuestro juicio, se conecta con el hecho de que no procede estimar la existencia de responsabilidad si en el caso se acredita que los facultativos actuantes obraron conforme con la "lex artis ad hoc". En esta línea, el Dictamen nº 201/2010, de la Comisión Jurídica Asesora de Cataluña, expresa que "el Tribunal Supremo, concretamente, las Salas Primera y Tercera, ha reflexionado sobre esta cuestión y ha establecido estas reglas: la admisibilidad del daño desproporcionado exige la ausencia de una explicación coherente por parte de la Administración (SSTS, Sala 1ª, de 9 de diciembre de 1999 y de 16 de abril y 5 de diciembre de 2007), y no se aprecia aquel daño cuando exista tal explicación (sentencia de 30 de junio de 2009), mientras que en la STS, Sala 3ª, de 10 de julio de 2007, se rehusó el daño mencionado teniendo en cuenta las patologías previas y concurrentes del paciente".

Por tanto, si, aun habiéndose producido un riesgo atípico, los servicios sanitarios ofrecen una explicación razonable de tal circunstancia, además, claro está, de justificar previamente la correcta indicación de la intervención quirúrgica y que en su desarrollo no se advirtió anomalía alguna y que ésta se realizó siguiendo la correcta praxis "ad hoc", no podrá considerarse que se está ante un supuesto de daño desproporcionado generador de responsabilidad patrimonial sanitaria.

En el presente caso, los informes médicos emitidos, tanto el de la aseguradora del SMS como el de la Inspección Médica, coinciden en que la intervención quirúrgica estaba indicada para tratar la patología que afectaba a la paciente (y en el documento de consentimiento suscrito se le informó que la alternativa terapéutica era el "tratamiento ortodóncico" (f. 224 exp.); asimismo, coinciden en que la intervención se desarrolló correctamente, para lo que nos remitimos a dichos informes.

En cuanto a la explicación de la etiología o causa de la complicación aparecida, dichos informes ponen de manifiesto la dificultad de asegurar cuál fue de entre las varias que plantean, aportan consideraciones que cabe considerar razonables a este respecto.

Así, el informe de la aseguradora del SMS expresa que esta clase de complicaciones oculares están todas ellas ocasionadas por posibles lesiones nerviosas (de los nervios óptico, motor ocular común, patético, motor ocular externo...) o vasculares en el transcurso de la intervención. Durante la osteotomía Le Fort I (la realizada) la lesión nerviosa por mecanismo directo es excepcional, mientras que los daños indirectos a las estructuras neurovasculares por tracción, compresión y contragolpe pueden ser producidos por las fuerzas transmitidas durante la disyunción pterigomaxilar y el desprendimiento del maxilar. Tras insistir el perito que la neuropatía óptica traumática es excepcional en intervenciones como la del caso, señala las más probables causas ("mecanismos etiopatogénicos"), que, en síntesis, son (f. 205 exp.):

- Extensión del trazo de fractura al suelo de la órbita, con afectación directa del nervio óptico por los fragmentos óseos desplazados.

- Extensión del trazo de fractura a la base de cráneo durante la maniobra de disyunción pterigomaxilar.

- Hemorragia retrobulbar, causante de isquemia e infarto del nervio óptico y la retina.

- Daño indirecto al nervio óptico debido a las fuerzas transmitidas a partir de las maniobras de osteotomía y disyunción de los maxilares.

A partir de ello, el informe señala que, en el caso, el daño puede atribuirse a un daño indirecto del nervio óptico producido por la *"transmisión de fuerzas a partir de las maniobras quirúrgicas obligadas para la fractura y movilización de los maxilares"* que se realiza en esta clase de intervención, aunque no descarta otras causas, como la embólica (apuntada por el Servicio de Neurología) o la isquémica (como apunta el Servicio de Oftalmología, folio 207).

Por su parte, el informe de la Inspección Médica coincide con el anterior en que las complicaciones oftalmológicas después de la osteotomía Le Fort I son *"raras -y si se trata concretamente de la pérdida de visión se considera "excepcional"- y hay pocos casos publicados, la mayoría de casos con compromiso ocular están relacionados con trauma maxilo facial"*, lo que remite a las causas primera, segunda o cuarta apuntadas en el informe de la aseguradora del SMS, aunque también recoge la apuntada causa isquémica, si bien de todo ello se desprende que las limitaciones de la ciencia y técnica médicas impiden en ocasiones poder afirmar de forma tajante y sin dudas cuál es la concreta causa de un daño, aunque, como en el caso, se han dado explicaciones razonables y plausibles para poder comprender cuáles han podido ser las causas más probables de la complicación de que se trata (especialmente desgraciada, por lo excepcional).

Frente a las consideraciones de dichos informes, que concluyen en señalar la ausencia de una mala praxis médica en la actuación médica cuestionada, la reclamante no ha presentado informe pericial alguno que permita apartarse de tales consideraciones, ni siquiera ha formulado alegaciones en el trámite de audiencia concedido al efecto (a lo que no es óbice la pendency de un proceso judicial).

Todo lo anterior nos lleva, en fin, a considerar que los servicios sanitarios públicos han ofrecido, dentro de las inevitables limitaciones propias de la ciencia médica, las explicaciones razonablemente suficientes como para considerar que la actuación médica cuestionada se ajustó, con las limitaciones de la técnica médico-quirúrgica del caso (que no puede evitar de modo absoluto daños tan excepcionales como el aparecido), a la buena praxis médica. En consecuencia, y conforme con lo expuesto en la presente y en la anterior Consideración, no se acredita la necesaria y adecuada relación de causalidad entre dicha actuación médica y los daños por los que se reclama indemnización, por lo que no puede declararse la pretendida responsabilidad patrimonial.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No existe relación de causalidad jurídicamente adecuada, a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, que no cuantifica, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.

