



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **47/2017**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 24 de febrero de 2017, 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 Excmo. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 27 de junio de 2016, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **199/16**), aprobando el siguiente Dictamen.

## **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** Con fecha 31 de julio de 2014 x, letrada del Ilustre Colegio de Abogados de Murcia, actuando en nombre y representación de x, presenta en una oficina del servicio de Correos una solicitud de indemnización fundamentada en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establecía en la -ya derogada- Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

En la reclamación expone que su representada acudió el 24 de agosto de 2013 al Hospital Comarcal del Noroeste, en Caravaca de la Cruz, porque venía sufriendo durante cinco días un dolor abdominal difuso que no cedía espontáneamente, y porque experimentaba además náuseas y vómitos.

Después de que se le realizaran las exploraciones y las pruebas médicas correspondientes, fue ingresada el día 26 de agosto con el diagnóstico de neoplasia de colon transverso y fue intervenida quirúrgicamente dos días más tarde. La técnica consistió en una hemicolectomía derecha ampliada con anastomosis L-L mecánica.

Después de la operación, la interesada padeció una serie de episodios muy críticos que determinaron que tuviera que ser trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital *Virgen de la Arrixaca*, de Murcia, el 24 de septiembre siguiente. En ese centro hospitalario permaneció hasta el 21 de febrero de 2014 para ser tratada de las complicaciones derivadas del tratamiento postoperatorio que se le dispensó, entre las que cita dehiscencia de sutura; fístula enterocutánea a nivel de herida quirúrgica de probable localización en yeyuno medio distal; atelectasias bibasales, bronconeumonía bilateral y diuresis.

De igual modo, añade la letrada que esos problemas se produjeron como consecuencia de la mala praxis en la

que se incurrió, que provocó que su cliente tuviera que permanecer hospitalizada durante seis meses. Reitera que esas complicaciones se produjeron en días sucesivos y que le provocaron numerosas secuelas físicas y psicológicas que todavía persisten, lo que evidencia una mala actuación médica.

En ese sentido, manifiesta que esos daños serán acreditados y concretados en un breve plazo por medio de un informe pericial que aportará al procedimiento, en el que también se contendrá una valoración económica de la responsabilidad que pretende.

Por último, además de la prueba pericial citada, propone la práctica de la documental consistente en los numerosos informes clínicos que adjunta con su escrito.

**SEGUNDO.-** El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta una resolución el 4 de septiembre de 2014 por la que admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial y designa instructora del procedimiento, lo que es debidamente notificado a la interesada junto con un escrito en el que se contiene la información a la que se hace referencia en el artículo 42.4 LPAC.

**TERCERO.-** Por medio de comunicaciones fechadas el mismo día 4 de septiembre se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros -- para que lo comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

**CUARTO.-** Mediante otros dos escritos de esa misma fecha el órgano instructor solicita a las Gerencias de las Áreas de Salud I y IV que remitan copias de las historias clínicas de la interesada de las que pudieran disponer respectivamente y los informes de los profesionales que le atendieron, acerca de los hechos expuestos en la solicitud de indemnización.

**QUINTO.-** Con fecha 26 de septiembre de 2014 se recibe una comunicación del Área IV de Salud con la que se aporta la copia de la historia clínica solicitada. Asimismo, se adjunta un informe realizado por el Dr. x, Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Comarcal del Noroeste y otro elaborado por el Dr. x, Jefe de Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo de ese mismo centro hospitalario. En ese último informe se expone lo siguiente:

*"La citada enferma ingresó en el Servicio de Cirugía con un cuadro de oclusión completa de colon por una tumoración maligna localizada en colon transverso. De este cuadro fue diagnosticada e informada, por el Dr. x como queda constancia en el consentimiento informado que firmó la paciente.*

*Tras la realización de exploraciones complementarias que confirmaron el diagnóstico fue intervenida con carácter de urgencia y se le realizó una colectomía segmentaria de colon que incluyó colon derecho, transverso y ángulo esplénico, con anastomosis íleo-cólica.*

*La cirugía fue una intervención compleja debido a la gravedad del cuadro: tumor avanzado, localización, ángulo*

esplénico, oclusión completa y obesidad mórbida de la paciente.

La paciente presentó en el postoperatorio inmediato un cuadro de taquicardia e insuficiencia respiratoria con sospecha de trombosis de arteria pulmonar por cuyo motivo se le practicó un TAC torácico y abdominal (2/9/2014) que descarta dicho diagnóstico y la existencia de dehiscencia de sutura. Encontrando atelectasias basales bilaterales.

La paciente persiste con tratamiento antibiótico hasta el día 4/09/2013 en que se objetiva salida de material biliar por la herida quirúrgica por lo que se realiza laparotomía exploradora donde se objetiva peritonitis biliar difusa y dehiscencia de la cara posterior de la anastomosis.

Se realiza una segunda intervención consistente en una resección de la anastomosis fistulizada con nueva anastomosis íleo-sigmoidea.

Tras esta segunda intervención la paciente presenta evolución tórpida con diuresis escasas a pesar de perfusión de seguril y dopa y saturaciones de 90% (con VMK al 50%). Dada la evolución de la paciente el día 9/09/2013 se realiza nuevo TC tóraco-abdominal donde se objetiva atelectasia laminar basal derecha con mínimo derrame asociado, abdomen sin cambios postquirúrgicos, sin colecciones. El 13/09/2013 vuelve a objetivarse salida de material verdoso por la herida con analítica sin neutrofilia y pruebas de imagen anodinas por lo que se sospecha fístula, que se confirma 5 días después mediante TC abdominal con gastrografín a nivel proximal de la sutura. La paciente sigue presentando una evolución tórpida y comienza de nuevo con fiebre, iniciando pauta antibiótica con tobramicina, cefotaxima y vancomicina. Dada la situación clínica de la enferma se opta por tratamiento conservador de la fístula entérica.

La paciente comienza con trabajo respiratorio y desaturación con Rx tórax anodina y TC de tórax que informa de bronconeumonía bilateral. Por lo que se decide su traslado a UCI de HCUVA".

**SEXTO.-** De igual modo, el 2 de diciembre se recibe una nota interior del Director Gerente del Área I de Salud con la que adjunta una copia de la historia clínica de la peticionaria y un disco compacto (CD) con imágenes.

Asimismo, aporta un informe elaborado el 14 de octubre de 2014 por el Dr. x, facultativo de Cirugía Médica, y otro realizado 25 de noviembre de 2014 por la Dra. x, facultativo especialista de Oncología Médica del Hospital Virgen de la Arrixaca, en el que se pone de manifiesto lo que sigue:

"Historia Oncológica

Diagnóstico en Agosto de 2013 de adenocarcinoma de colon tras clínica de obstrucción intestinal precisando cirugía de urgencia. En p. complementarias:

Rx Abdominal sugestiva de obstrucción intestinal y ecografía abdominal anodina, por lo que queda ingresada.

Enema opaco el 26/08 que informa de neoplasia de colon transverso.

Se realiza de urgencia hemicolectomía derecha ampliada con anastomosis L-L mecánica. El 2/09/2013.

En postoperatorio inmediato S. febril en contexto de dehiscencia de la sutura por lo que se realiza laparatomía exploradora donde se objetiva peritonitis biliar difusa y dehiscencia de la cara posterior de la anastomosis.

Se realiza colectomía izquierda (colectomía subtotal) y anastomosis ileal con unión rectosigmoidea.

Tras esta intervención la paciente presenta evolución tórpida con persistencia de S. febril con fracaso multiorgánico y broconeumonía bilateral por lo que se traslada a UCI de HUVA.

Durante el ingreso en UCI la enferma se mantuvo estable hemodinámicamente sin precisar drogas vasoactivas, con diuresis conservada y función renal normal. Se retiran los antibióticos y permanece gastrografín a asas de intestino delgado, probablemente de yeyuno medio-distal.

Al subir a planta de Cirugía General se realizan curas de la herida y debido a infecciones debe permanecer en aislamiento de contacto.

Es valorada por servicio de MI infecciosas y Psiquiatría.

Se interviene el 17/02/14 mediante acceso circular perifístula hasta encontrar peritoneo.

Liberación de asas eferente y aferente.

Se remite a valoración de tratamiento adyuvante.

Consulta actual

Valorada en C. ext de oncología médica en Marzo de 2014 y, dado el tiempo transcurrido tras cirugía del tumor

primario, se descarta la opción de tratamiento adyuvante por no aportar beneficio.

Continúa tratamiento trimestral en C.ext y en Mayo de 2014 se evidencia en TAC de reevaluación lesión de contornos mal definidos en segmento II hepático de reciente aparición. Lesión quística parauterina por lo que se solicita PET-Tac que objetiva LOE de 2 cm en segmento II con SUVmax de 7.3 sugestivo de recaída hepática. Ascitis abdominopélvica.

Se deriva a cirugía general para valoración de metastasectomía y recibe quimioterapia preoperatoria según esquema XELOX por 3 ciclos.

k-ras mutado.



El 2-9-14 se realiza metastasectomía y biopsia en acto quirúrgico de nódulo peritoneal.

En anatomía patológica de pieza quirúrgica de LOE hepática compatible con adenocarcinoma con márgenes quirúrgicos libres y biopsia de nódulo peritoneal negativa para malignidad.

Tras cirugía paliativa se pauta quimioterapia postoperatoria según esquema XELOX con episodio de reacción de hipersensibilidad grado 1 a oxaliplatino.

Actualmente en tto con capecitabina con buena tolerancia aguda (último ciclo el 25-11-14)".

**SÉPTIMO.-** El órgano instructor remite a la reclamante el 10 de diciembre de 2014 un escrito en el que le informa de que considera pertinente la prueba documental que propuso y de que le concede un plazo de treinta días para que practique la prueba pericial que planteó. Por último, le demanda que concrete la valoración económica del daño, si fuera posible.

**OCTAVO.-** La letrada compareciente presenta un escrito el 23 de enero de 2015 en el que manifiesta que el informe pericial propuesto es de especial complejidad y solicita que se le conceda una prórroga del plazo concedido para que se pueda aportar al procedimiento.

De igual modo, explica que la cantidad que se reclama será fijada cuando se disponga del informe, pues en él se deben determinar los perjuicios irrogados, establecer la relación de causalidad necesaria y concretar la cantidad exacta con la que se debe indemnizar a la interesada.

El órgano instructor concede el 3 de febrero de 2015 a la peticionaria un nuevo plazo de quince días para que

aporte el informe médico pericial que propuso.

No obstante, la representante de la reclamante presenta el 24 de febrero otro escrito en el que solicita que se le conceda una nueva prórroga para aportar el informe pericial anunciado por esa parte, ya que es una prueba fundamental para que pueda determinar la causa de los perjuicios irrogados y para efectuar una correcta cuantificación del daño causado.

El 12 de marzo de 2015 se le concede una segunda prórroga del plazo concedido, por quince días, aunque se le advierte que si transcurre ese nuevo período de tiempo sin que se aporte el informe pericial continuará la tramitación del procedimiento.

La letrada de la peticionaria presenta el 6 de abril un nuevo escrito en el que manifiesta que ha podido comprobar que no obran en el expediente todas las pruebas que se le practicaron y solicita por ello que se pida a la Dirección del Hospital Comarcal del Noroeste que remita la totalidad de las pruebas radiológicas y complementarias que se realizaron.

**NOVENO.-** El órgano instructor solicita el 23 de abril de 2014 a la Dirección Gerencia del Área IV de Salud que aporte todas las pruebas radiográficas y complementarias que se le practicaron a la interesada.

El 4 de mayo siguiente se recibe la documentación requerida, que pasa a formar parte del expediente administrativo.

**DÉCIMO.-** Con fecha 8 de mayo de 2015 se le concede un nuevo plazo de diez días a la interesada para que aporte el informe pericial propuesto y se le advierte de que si no lo hiciere se le podrá declarar decaída en su derecho al trámite y de que se continuará la tramitación del procedimiento, de acuerdo con lo que se dispone en el artículo 76.3 LPAC.

El 12 de junio siguiente se le informa a la interesada de que se ha acordado continuar la tramitación del procedimiento y de que una vez que esté instruido, y antes de elaborar la correspondiente propuesta de resolución, se le conferirá un trámite de audiencia en el que podrá todavía aportar el informe médico-pericial que propuso.

**UNDÉCIMO.-** El día 17 de junio de 2015 se remite una copia del expediente a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud y se requiere de la Subdirección General de Atención al Paciente e Inspección Sanitaria que la Inspección Médica emita un informe valorativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

**DUODÉCIMO.-** Obra en el expediente administrativo, aportado por la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, un informe pericial elaborado el 28 de septiembre de 2015 por un médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica en el que, tras hacer un resumen de los hechos y de exponer ciertas consideraciones médicas relativas al caso, realiza un análisis de la práctica médica seguida y

formula las siguientes conclusiones:

- "1. El ingreso para estudio ante la clínica que presentó fue correcto.
2. Es correcta la indicación de intervención y la técnica realizada ante los hallazgos por la situación de cáncer de colon.
3. El estadio tumoral que tuvo la paciente tiene una mortalidad elevada a los cinco años de tratamiento.
4. Fue correcto el estudio realizado para ver complicaciones postoperatorias inmediatas, aunque se descartó a la vista de los resultados.
5. Fue correcta la indicación de reintervención ante la sospecha, posteriormente, de dehiscencia de sutura.
6. La técnica realizada en la intervención fue correcta.
7. Se diagnosticó de una fistula enterocutánea dejando que se instaurase, siendo la actitud correcta.
8. Fue correcto el traslado a otro hospital para control y tratamiento del problema respiratorio.
9. Fue correcto el tratamiento de la insuficiencia respiratoria realizado en la UCI.
10. Fue correcto el tratamiento quirúrgico de la fistula entero-cutánea.
11. La aparición de metástasis hepática fue inevitable y tratada correctamente.
12. La colección intraabdominal después de una resección hepática está descrita, es inevitable y se trató correctamente.
13. Los tratamientos de las complicaciones se hicieron en el momento adecuado, sin ningún retraso".

Por último, en el informe se expresa la siguiente conclusión final:

*"A la vista de los documentos contenidos en la Historia Clínica y en los informes aportados, no existen datos para concluir que se prestase una deficiente asistencia sanitaria ni que existiera negligencia ni mala praxis en el manejo del episodio asistencial del paciente, ajustándose a la Lex Artis".*

**DECIMOTERCERO.-** Con fecha 4 de febrero de 2016 se confiere a la reclamante y a la compañía aseguradora el correspondiente trámite de audiencia a los efectos de que puedan formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que tengan por convenientes.

La letrada de la interesada presenta el 24 de febrero un escrito en el que manifiesta que da por reproducidas las alegaciones que puso de manifiesto en sus anteriores escritos y que le ha sido imposible aportar el informe pericial que anunció.

Ante esa circunstancia, solicita que se suspenda la tramitación del procedimiento hasta que pueda hacerlo o se otorgue un nuevo plazo con la finalidad de que no se le coloque en situación de indefensión.

El órgano instructor le concede un nuevo plazo de quince días para que pueda aportar el citado informe y le hace saber que si no lo hiciere se dictará la correspondiente propuesta de resolución.

**DECIMOCUARTO.-** Por medio de un escrito recibido en el Servicio consultante el 20 de abril de 2016, la letrada compareciente fija la cuantía de la reclamación en cincuenta mil euros (50.000euros).

**DECIMOQUINTO.-** El día 16 de junio de 2016 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por considerar que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el pasado 27 de junio de 2016.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

## **CONSIDERACIONES**

**PRIMERA.-** Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante 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 los artículos 142.3 LPAC y 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

**SEGUNDA.-** Régimen jurídico aplicable, legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento.

I. Por lo que se refiere al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC 2015) y que este nuevo Cuerpo legal y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPAC 2015 dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos iniciados antes de su entrada en vigor, sino que se regirán por la normativa anterior. De conformidad con ello, el régimen legal que resulta aplicable en este caso es el que se contenía en la LPAC.

II. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien sufre, según sostiene, los daños provocados por la deficiente asistencia sanitaria que alega.

No obstante, y por lo que se refiere a la representación con la que actúa la letrada x, se debe advertir que ni la acreditó en el curso del procedimiento ni el órgano instructor le requirió para que subsanase ese defecto, a pesar de que como indica el Consejo de Estado en su Memoria del año 2005 su justificación no es una cuestión adjetiva sino un requisito sustantivo, por cuanto justifica la intervención en el procedimiento administrativo de un tercero en nombre de un interesado.

De acuerdo con ello, se debe recordar que el artículo 32.3 LPAC establecía la obligación, para formular solicitudes, de acreditar la representación por cualquier medio válido en derecho que dejase constancia fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal del interesado, lo que no se hizo de ninguna de esas dos maneras en esta ocasión.

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

III. En relación con el requisito del plazo, el artículo 142.5 LPAC establece que, en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la

curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente caso, la reclamación de responsabilidad patrimonial se interpuso el 31 de julio de 2014 y la primera intervención quirúrgica de la peticionaria tuvo lugar el 28 de agosto de 2014. Se puede considerar que en la fecha en la que se le concedió el alta hospitalaria, el 21 de febrero de 2014, se había producido asimismo la curación de las posibles secuelas provocadas por las complicaciones que se produjeron en el proceso postoperatorio.

Por esa razón, se debe considerar que la acción de resarcimiento se interpuso dentro del plazo legalmente establecido y, en consecuencia, de manera temporánea.

IV. 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, si bien se advierte que se ha sobrepassedo en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP.

De modo particular, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para adoptar la decisión, de acuerdo con lo señalado en nuestro Dictamen núm. 193/2012. Así, se considera que la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio técnicos que se contienen tanto en los informes que han emitido los facultativos que asistieron a la reclamante como en el informe médico pericial que remitió la compañía seguradora del Servicio Murciano de Salud. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que la interesada no han presentado ningún elemento probatorio acreditativo ni, concretamente, prueba pericial alguna -a pesar de haberla anunciado en múltiples ocasiones- en la que sostengan la realidad de sus imputaciones, ni han formulado ninguna alegación que contradiga lo expresado en los referidos informes.

### TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, según el cual *"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.

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

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.

2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.

3. Ausencia de fuerza mayor.

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

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 del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (STS, Sala 3<sup>a</sup>, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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 (LEC)-, 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).

#### **CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.**

Como se ha puesto de manifiesto con anterioridad, la reclamante solicita que se le conceda una indemnización porque después de que se le realizara una hemicolectomía por cáncer de colon en el mes de agosto de 2013 sufrió una serie de complicaciones que motivaron que fuese trasladada a la UCI del Hospital *Virgen de la Arrixaca* y que tuviera que permanecer en ese centro hospitalario hasta finales del mes de febrero del año siguiente.

La interesada considera que esos problemas se produjeron como consecuencia de la mala praxis en la que se incurrió, que le provocaron numerosas secuelas físicas y psicológicas que todavía persisten y que evidencian una actuación médica deficiente.

Lo cierto es, sin embargo, que la peticionaria no ha llegado a precisar en su reclamación, ni lo ha hecho tampoco a lo largo de la tramitación del procedimiento, cuáles pudieron ser los daños concretos que se le ocasionaron, ni ha conseguido acreditar que exista una relación de causalidad entre esos supuestos perjuicios y el funcionamiento del servicio público sanitario. La propia valoración de la indemnización que se solicita (Antecedente decimocuarto de este Dictamen) se ha realizado a tanto alzado, sin que parezca guardar relación alguna con las supuestas secuelas que la interesada dice sufrir.

En este sentido, resulta oportuno señalar que la peticionaria no ha presentado ningún informe médico que avale el contenido de sus alegaciones -como le corresponde en virtud de la regla sobre distribución de la carga de la prueba que se recoge en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil-, determine la práctica sanitaria que se realizó de manera indebida y precise cuáles puedan ser o en qué puedan consistir las secuelas que se le pudieron causar por ese motivo.

La propia parte interesada ha reconocido de manera expresa en sus escritos de solicitud de prórroga del plazo para presentar el informe pericial que propuso que por medio de ese medio de prueba se debiera evaluar "*además de la relación causal, los perjuicios irrogados y por ende depende la concreción exacta de [la] cuantía de esta reclamación*" (folio 542 del expediente), y que es "*prueba fundamental para esta parte, a los fines de determinar la causa de los perjuicios irrogados y su cuantificación*" (folio 549).

Por lo tanto, la falta de acreditación de los daños concretos que se hayan podido ocasionar como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario impide que se pueda atender la reclamación planteada, puesto que ya se dejó indicado que uno de los requisitos necesarios para que se pueda declarar, en su caso, la responsabilidad extracontractual de la Administración es la existencia de un daño real y efectivo. Si no se ha constatado la existencia de unos perjuicios de ese carácter resulta imposible que se pueda plantear con éxito una acción de resarcimiento como la que se ha interpuesto, lo que debe conducir necesariamente a la desestimación de la reclamación.

A eso hay que añadir que tampoco se ha conseguido acreditar que las complicaciones que experimentó la

interesada no se produjeron como consecuencia de la propia enfermedad que padecía (neoplasia de colon), que no derivaran de manera inevitable de la primera intervención quirúrgica que se le practicó o que no se debiesen a otras afecciones o insuficiencias que presentaba, distintas de la principal. Es decir, no se ha constatado de ninguna manera que la peticionaria no tuviera la obligación jurídica de soportar esas complicaciones y no cabe entender, por ello, que se le hubiera podido causar un daño de carácter antijurídico.

En este mismo sentido, hay que destacar que del informe pericial realizado a instancias de la compañía aseguradora se colige que todas las incidencias se trajeron de manera correcta y que fueron adecuadamente resueltas. Ello impide que se pueda establecer la necesaria relación de causalidad entre esos supuestos daños y el funcionamiento del servicio público sanitario.

De la lectura de los diferentes informes médicos que se han aportado al procedimiento se deduce que se emplearon los medios adecuados para que no se produjeron las complicaciones que luego se evidenciaron y que las que se pusieron de manifiesto resultaron totalmente imprevisibles e inevitables, o que no guardaban relación directa con la afección principal. No cabe entender, en consecuencia, que se prestase en este caso una asistencia sanitaria deficiente o que se incurriese en un supuesto de negligencia o de mala práctica profesional que deba ser objeto de indemnización.

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

## **CONCLUSIÓN**

**ÚNICA.-** Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada por considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública, de manera concreta la existencia de un daño real y efectivo que pueda ser objeto de resarcimiento y una relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y esos supuesto perjuicios, cuya antijuridicidad tampoco ha resultado acreditada.

No obstante, V.E. resolverá.