



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 116/2018

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 2 de mayo de 2018, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 15 de septiembre de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 264/17), aprobando el siguiente Dictamen.

## **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** Con fecha 18 de noviembre de 2015, un Letrado que actúa en nombre y representación de x, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración regional por los daños que dice haber sufrido aquélla como consecuencia de la atención sanitaria recibida en el Hospital "Santa Lucía" de Cartagena, dependiente del Servicio Murciano de Salud (SMS).

Relata la reclamante que el 3 de enero de 2015 acudió a urgencias del referido Hospital aquejada de dolor en el hipocondrio derecho, donde se le diagnosticó de apendicitis aguda gangrenosa. El mismo día del ingreso fue intervenida de apendicectomía por vía laparoscópica. En el transcurso de la intervención la paciente sufrió una lesión iatrogénica de la aorta abdominal infrarrenal al introducir el trocar óptico umbilical.

Afirma que:

"(...) la aorta es una estructura retroperitoneal, es decir, el trocar tuvo que perforar toda la pared abdominal anterior, atravesar toda la cavidad abdominal a través de las asas intestinales. Llegar al retroperitoneo, atravesándolo íntegramente, lesionar la cara anterior de la aorta hasta penetrar en su interior. En términos coloquiales: Una auténtica puñalada trapera únicamente entendible mediante una brutal vulneración de la Lex Artis de la Cirugía.

*Por otra parte, la paciente jamás fue advertida previamente de que tal disparate iatrogénico pudiera acaecer".*

Como consecuencia de lo expuesto, la interesada desarrolló un estrés postraumático, que la mantuvo incapacitada entre los meses de febrero y octubre de 2015, daños psicológicos de los que fue objeto de tratamiento en el Centro de Salud Mental de Cartagena.

La reclamante solicita una indemnización de 70.000 euros en concepto de días de incapacidad (6 de ingreso hospitalario, más el tiempo transcurrido entre febrero y octubre de 2015 por los daños psicológicos), la necesidad de someterse a una politransfusión y a una aortotomía con material protésico intraaórtico, así como por el perjuicio estético derivado de la necesidad de reconvertir la cirugía laparoscópica en cirugía abdominal abierta.

Se solicita que se una al expediente la historia clínica de la paciente y que se le facilite copia de la póliza del seguro de responsabilidad civil del SMS.

Junto a la solicitud se aporta copia de escritura de apoderamiento del Letrado actuante y diversa documentación clínica

**SEGUNDO.-** Admitida a trámite la reclamación por resolución de la Dirección Gerencia del SMS, se ordena su tramitación al Servicio Jurídico del ente público sanitario, que procede a comunicar a la reclamante la información prescrita por 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), al tiempo que recaba del Hospital "Santa Lucía" y del Centro de Salud Mental de Cartagena una copia del historial clínico de la paciente e informe de los facultativos que le prestaron asistencia.

Del mismo modo, da traslado de la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Asesoría Jurídica del SMS y a su aseguradora.

**TERCERO.-** Recibida la documentación solicitada a los centros sanitarios, constan los siguientes informes evacuados por los facultativos intervenientes:

- El extenso informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital "Santa Lucía", firmado conjuntamente por el Jefe de Servicio y por una Facultativa Especialista de Área. A pesar de su extensión se trascibe el informe en su integridad dado que contiene una clara y completa descripción de lo acontecido y la valoración de los médicos intervenientes acerca de la mala praxis que se les imputa por la reclamante:

*"La paciente x acudió el pasado 2 de Enero de 2015 a la puerta de Urgencias del Hospital Santa Lucía por dolor abdominal. Tras ser vista por el equipo quirúrgico de Guardia fue diagnosticada de apendicitis aguda. La paciente fue informada de su diagnóstico y de la necesidad de proceder a una intervención quirúrgica, ya que es el único tratamiento curativo posible. La indicación de cirugía y el tipo de intervención es una decisión del cirujano, que debe valorar qué es lo mejor para el paciente. En este caso, optamos por realizar un abordaje laparoscópico, pretendiendo con ello minimizar el dolor postoperatorio, que el inicio de la ingesta y la deambulación fuesen más precoces y que la estancia hospitalaria fuese menor."*

*Previo a la cirugía, estando la paciente consciente y en plenas facultades, se le entregaron 2 tipos de consentimientos informados para ser leídos y firmados. En uno de ellos se explican las características y riesgos de una apendicectomía por vía abierta. En el otro se explican claramente las características y riesgos (párrafo de 7 líneas) de una intervención por laparoscopia "RIESGOS: A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento; poco graves y frecuentes: extensión de gas al tejido subcutáneo, infección o sangrado de heridas quirúrgicas o poco frecuentes y graves: lesión de vasos sanguíneos o de vísceras al introducir los trocares, embolia gaseosa, neumotórax, trombosis en extremidades inferiores. Ambos fueron firmados por la paciente (existen copias adjuntas de estos consentimientos firmados por el cirujano y la paciente). Como también explicamos a x, aunque se intente de buena fe realizar la intervención por laparoscopia, pueden existir ciertas dificultades técnicas que obliguen a la conversión a vía abierta (también existe un apartado en el impreso del consentimiento de la vía laparoscopia "Alternativas", donde se especifica).*

*Ese mismo día se procede a realizar la intervención quirúrgica. Me remito al protocolo quirúrgico donde se especifica al detalle todo el procedimiento. Comentar además que la lesión de arteria aorta tuvo lugar con la introducción supraumbilical de un trocar de visión directa. Este tipo de trocares se introducen junto a la óptica tras apertura de la piel, ejerciendo presión y viendo las capas de tejido celular subcutáneo, posteriormente la aponeurosis, plano muscular y finalmente peritoneo hasta entrar en cavidad abdominal. En el caso que acontece, se visualizan perfectamente todas estas capas. Posteriormente, se extrae la óptica y se realiza el neumoperitoneo. Al volver a introducir la óptica de laparoscopia fue cuando nos dimos cuenta de que existía abombamiento retroperitoneal. En estos casos hay que actuar con rapidez y realizar una laparotomía media para evaluar posibles daños, y así procedimos. Abrimos retroperitoneo, observamos un hematoma y procedimos a la compresión hasta el cese del sangrado. Conseguimos detectar el punto de sangrado y dimos un punto hemostático que fue efectivo. Avisamos al cirujano vascular de Guardia para que revalorara el daño del vaso y al haber cedido el sangrado procedimos a la apendicectomía. Entre la introducción del trocar y la contención del sangrado por nuestra parte no pasaron más de 10 minutos. A la llegada del cirujano vascular, se procedió a revisión del punto de sangrado, refrescamiento y resutura. Se dejó drenaje penrose en FID para evacuar posibles restos de hematoma. Tras la intervención, el equipo quirúrgico (cirujano vascular y cirujano general) informamos detalladamente a la familia de lo acontecido y del incidente, así como de la resolución satisfactoria del mismo. La paciente pasó a UCI donde estuvo controlada sin incidencias durante dos días, tras los cuales subió a planta. La evolución en planta fue favorable como la de una apendicectomía abierta normal, no existió infección de herida quirúrgica, ni del sitio quirúrgico así tampoco hubo infección del resto de órganos. Inició tolerancia y deambulación de manera adecuada y dentro de los márgenes normales a una apendicectomía abierta por apendicitis gangrenosa, el drenaje permaneció limpio hasta el momento de su retirada. La estancia hospitalaria fue de seis días, que aunque se encuentra dentro de los rangos normales en días tras apendicectomía, creemos que algo más prolongada de lo necesario pese a su buena evolución, debido a la desconfianza manifiesta por parte de la paciente y la familia hacia el personal quirúrgico y no porque existiera algún tipo de complicación que lo justificara.*

*Tras el alta, la paciente fue revisada a la semana en la Consulta de Curas de Cirugía de este hospital para comprobar la buena evolución de la cicatriz quirúrgica. Posteriormente, pasó revisión en Consultas Externas de Cirugía donde fue informada de la anatomía patológica: Apendicitis aguda. Se procedió a exploración física y según el informe de la consulta, la herida quirúrgica estaba en perfecto estado. La paciente no presentaba ninguna sintomatología que pudiera estar relacionada con complicaciones de la cirugía, así que fue dada de alta. Cirugía Vascular también la valoró en consultas externas tras el alta hospitalaria, siendo alta también por su parte.*

*Tras nuestro resumen de lo acontecido, nos sentimos en la obligación de manifestar nuestra opinión y destacar ciertos errores y barbaries que aparecen en el informe aportado por el abogado de x.*

*1.- En el apartado quinto de la redacción de los hechos, se acusa al personal quirúrgico de guardia, de haber*

propiciado a la paciente una "puñalada trapera". Si verdaderamente se es conocedor del lenguaje coloquial, se sabe que éste término implica intencionalidad en los hechos, lo cual es comparable con llamarnos asesinos. Únicamente decir, que este término atenta contra nuestro honor como cirujanos pero sobretodo como seres humanos. Por lo tanto, tomaremos las medidas legales pertinentes.

2.- En el mismo quinto apartado se dice que "la paciente no fue advertida de que ese disparate iatrogénico pudiera acaecer". A los pacientes que van a ser intervenidos por laparoscopia se les informa siempre de que la intervención no está exenta de complicaciones que pueden ser graves, se les da el consentimiento informado para que lo lean y lo firmen en el apartado 1.- Paciente, siempre que sepan leer y escribir y estén en plenas facultades para decidir, si no, se le entrega a los familiares responsables para que lo lean y firmen en el apartado

2.-Representante legal. El apartado 3.- Facultativo, es donde firma el cirujano. El apartado de "riesgos", texto de siete líneas, explica claramente la posibilidad, aunque poco frecuente, de daños de vasos sanguíneos y vísceras durante la introducción del trocar, como hemos expuesto previamente. Este consentimiento fue firmado por la paciente, previo a la cirugía y se atendió a cualquier duda.

3.- En el apartado sexto, donde se redactan los motivos por los que solicita la indemnización, decir que es cierto que la paciente precisó transfusión pero se debe ser más explícito cuando se argumenta que la paciente necesitó material protésico intraaórtico. No es cierto, somos testigos de que la paciente no precisó la colocación de ningún tipo de prótesis dentro de la aorta. En el informe del cirujano vascular no se habla en ningún momento de éste proceder.

Por otro lado, en el mismo apartado, se comenta el perjuicio estético de una laparotomía suprainfraumbilical. Éste término se utiliza para todas las laparotomías medias que sobrepasan el ombligo por encima y por debajo, independientemente de la longitud de la misma. Para acceder a la cavidad abdominal de la paciente no precisamos una laparotomía de más de 10-12 centímetros. Esta vía de acceso también es utilizada de manera habitual para la intervención de apendicitis evolucionadas como son las apendicitis gangrenosas. La complicación más frecuente de una appendicectomía es la infección de la herida quirúrgica. Sin embargo esto tampoco aconteció a nuestra paciente, la cicatrización de la herida fue satisfactoria.

4.- Con respecto al estado psicológico actual de la paciente, no es de nuestra competencia valorar si el incidente intraoperatorio pudo ser o no un detonante sobre un estado psicosocial previamente alterado, o normal. Sin embargo, por nuestra experiencia, somos conocedores de que una misma situación adversa en diferentes pacientes es afrontada de maneras muy distintas. Así, por ejemplo, la resolución efectiva de complicaciones quirúrgicas que no derivan en complicaciones postquirúrgicas suelen ser bien aceptadas por los pacientes y los familiares e incluso refuerzan la confianza y la relación médico-paciente.

x y su familia mostraron desconfianza del personal médico durante su estancia en planta, solicitando atención médica directamente de otros especialistas trabajadores del hospital, conocidos por ellos, sin que se nos comunicara previamente. Durante este tiempo, la paciente dejó claro al equipo quirúrgico que iba a interponer una denuncia por lo acontecido. Todo esto provocó la cohibición de los cirujanos en el pase de visita y miedo a dar el alta más temprana pese a la buena evolución, por la posibilidad de utilizarse como argumento negativo, pudiendo alegar que se la "echó" del hospital. Así que esperamos a la total conformidad de la paciente para ser dada de alta. Pese a ello, la estancia hospitalaria fue solo de seis días.

5.- Los cirujanos generales responsables de la Guardia del día 2 de Enero de 2015 contamos con una larga experiencia en cirugía digestiva y un entrenamiento exhaustivo en cirugía laparoscópica, con más de 2.000

*procedimientos laparoscópicos realizados cada uno, gran parte de estos apendicectomías. Somos conocedores de todos los efectos adversos que se pueden dar en este tipo de cirugía y estamos cualificados para solucionarlos.*

*6.- Otro punto que debe quedar claro, tras revisión exhaustiva de la literatura médica, es que no existe relación fisiopatológica posible entre la intervención de apendicitis, incluyendo la sutura aórtica, y otros procesos infecciosos en otros órganos acontecidos a la paciente, más allá de los siete días tras el alta. Éste es el tiempo máximo de incubación descrito para considerar una infección como nosocomial, o lo que es lo mismo, una infección adquirida durante la estancia en el hospital. Así, infecciones que haya podido contraer con posterioridad como infección urinaria o gripe no están relacionadas con el ingreso. Otras afecciones no infecciosas como el déficit de Vitamina B12 o síndrome de intestino irritable tampoco están relacionadas con la cirugía realizada a la paciente.*

*La apendicitis aguda, o lo que antiguamente se denominaba "enfermedad del costado", es una afección mortal en el 100% de los casos si no es tratada. Su tratamiento principal en la actualidad es la apendicectomía. La vía laparoscópica es un abordaje válido y cada vez más utilizado para realizar apendicectomías, que al igual que la cirugía abierta o convencional no está exenta de complicaciones. Esta técnica ha demostrado ser mejor en cuanto a la estancia hospitalaria, deambulación precoz e inicio de tolerancia, dolor e infección de herida quirúrgica. La intención con x, al igual que con el resto de pacientes que acuden a Urgencias, era proporcionarle el mejor tratamiento posible. Se le entregó el consentimiento informado que firmó y se respondieron todas sus dudas. Durante la intervención quirúrgica, realizando la técnica de manera habitual, se produjo un incidente nada deseable para ninguno de los especialistas que estábamos dentro del quirófano. Con el buen hacer del equipo de anestesia, la templanza y rapidez de reacción del equipo quirúrgico y enfermería, conseguimos la resolución del problema sin añadir complicaciones al postoperatorio".*

- Consta, asimismo, el informe del cirujano vascular que intervino en el incidente, según el cual cuando llegó al quirófano, el equipo de cirugía general ya había conseguido el control del sangrado y la paciente se encontraba hemodinámicamente estable. Tras diseccionar los vasos retroperitoneales para determinar con precisión la causa del sangrado y conseguir una correcta hemostasia, se constata que se trata de una lesión en cara antero lateral derecha de la aorta abdominal distal, realizándose arteriotomía para comprobar la identidad de la arteria en todas sus capas. Tras comprobar que no hay más daños, se cierra la arteriotomía y se comprueba que la hemostasia es satisfactoria. Tras la intervención no se evidencia complicación alguna en los controles realizados en los días siguientes.

- Por su parte, el informe conjunto de una Psiquiatra y una Psicóloga Clínica del Centro de Salud Mental de Cartagena confirma el trastorno por estrés postraumático desarrollado por la paciente tras el incidente ocurrido en la intervención quirúrgica. A la fecha del informe, el 15 de diciembre de 2015, la interesada continúa en tratamiento con una buena evolución aunque los síntomas aún no han remitido totalmente.

**CUARTO.-** Con fecha de 12 de enero de 2017 se solicita informe a la Subdirección de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria (Inspección Médica) y se remite el expediente a la compañía aseguradora del SMS.

No consta que la Inspección Médica haya evacuado el informe solicitado.

**QUINTO.-** La aseguradora aporta el 10 de mayo de 2017 un dictamen pericial elaborado por un especialista en

Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica, que alcanza las siguientes conclusiones:

*"Ante lo anteriormente expuesto, conforme a la documentación disponible por este perito y a criterio del mismo, la atención prestada a x en relación a la apendicectomía y al manejo de la complicación surgida consistente en perforación de la aorta abdominal con el trocar de entrada fue acorde a la Lex Artis; debido a las siguientes conclusiones:*

*1. Es una complicación posible, descrita, contemplada en el consentimiento informado, imprevisible, casual, e inherente a la técnica quirúrgica.*

*2. Fue una complicación grave y con alta mortalidad, que se resolvió correctamente durante la intervención, utilizando los medios apropiados.*

*3. No hubo complicaciones añadidas una vez reparado el sangrado de la aorta, ni a la apendicectomía.*

#### 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 ad Hoc".*

**SEXTO.-** Conferido trámite de audiencia a los interesados, no consta que hicieran uso del mismo, formulando alegaciones o aportando documentos o justificaciones adicionales.

**SÉPTIMO.-** Con fecha 17 de agosto de 2017, la unidad instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no han quedado acreditados los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario, que se habría desarrollado conforme a los dictados de la *lex artis*, y el daño alegado, cuya antijuridicidad tampoco se habría probado por la reclamante.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remite el expediente en solicitud de dictamen mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 15 de septiembre de 2017.

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 el artículo 142.3 LPAC y con el artículo 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 y procedimiento.**

I. En cuanto 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 (LPACAP), que junto a 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 LPACAP dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos que, como el que es objeto del presente Dictamen, se hubieran iniciado antes de su entrada en vigor, que se regirán por la normativa anterior. En consecuencia el régimen legal aplicable en el supuesto sometido a consulta es el que establecía la LPAC.

II. Cuando de daños físicos se trata, la legitimación activa reside de forma primaria en quien los sufre en su persona, a quien ha de reconocerse la condición de interesado de conformidad con lo establecido en los artículos 31 y 139 y siguientes de la LPAC.

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 el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Atendida la fecha de la atención sanitaria a la que la interesada pretende imputar el daño (3 de enero de 2015) y sin perjuicio de que las eventuales lesiones o complicaciones derivadas de la misma se estabilizaron o consolidaron con posterioridad, la reclamación formulada el 18 de noviembre de 2015 ha de considerarse tempestiva.

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 es de resaltar que se ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP.

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 del informe 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 propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio técnicos que se contienen tanto en los informes que han emitido los cirujanos que asistieron a la reclamante como en el informe médico pericial que remitió la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que la interesada no ha presentado ningún elemento probatorio acreditativo ni, concretamente, prueba pericial alguna en la que sostenga la realidad de sus imputaciones de mala praxis, por lo que habrá de estarse a lo expresado en los referidos informes, los cuales avalan la adecuación a los dictados de la ciencia médica de la asistencia sanitaria que le fue dispensada.

### **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.

Como señala la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 9 de octubre de 2012, "debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todos las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concorra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004 , con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex artis*".

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.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios públicos.**

Estima la reclamante que la lesión vascular sufrida durante el curso de la intervención quirúrgica sólo se puede entender desde su consideración como resultado de una mala praxis de los cirujanos intervenientes en el momento de introducir el trocar óptico.

De las escuetas alegaciones de la interesada se deduce que considera que la mera existencia de la lesión es de por sí demostrativa de una actuación contraria a la *lex artis*, lo que acerca su argumentación a la teoría del daño desproporcionado, aunque no la cite expresamente.

En cualquier caso, la ausencia de informes periciales de parte que sustenten la imputación de mala praxis en el desarrollo de la intervención así como la no presentación de alegaciones por parte de la interesada en el trámite de audiencia conferido por la instrucción en este procedimiento en vía administrativa, para discutir las apreciaciones técnicas que obran en el expediente y que afirman la adecuación a normopraxis de todas las actuaciones sanitarias desarrolladas sobre la paciente, excusa el análisis exhaustivo de la praxis médica desarrollada, el cual, no obstante, ya se contiene tanto en la propuesta de resolución, como en los informes técnicos obrantes en el expediente y cuya reproducción, al menos en sus términos esenciales, se ha acometido en los antecedentes de este Dictamen.

Baste, por tanto, señalar que de las actuaciones practicadas durante la instrucción del procedimiento, singularmente de los informes médicos obrantes en el expediente y del informe técnico-médico aportado por la aseguradora del SMS, se desprende lo siguiente:

a) Que la actuación de los facultativos intervenientes fue ajustada a normopraxis, en la medida en que la realización de la appendicectomía estaba indicada al presentar la paciente una apendicitis aguda y considerar los cirujanos intervenientes que la técnica de elección en el caso era la laparoscópica dados los beneficios postoperatorios que conlleva.

b) Riesgo típico de la laparoscopia es el daño de vasos sanguíneos y de otras estructuras durante la maniobra de introducción de los trocares, singularmente del primero. En el caso sometido a consulta, la lesión se produjo al introducir el primer trocar, dotado de una lente óptica que permitía visualizar el paso del instrumento a través de las diferentes capas de la pared abdominal hasta la cavidad peritoneal.

La lesión de un gran vaso como la arteria abdominal es una complicación de incidencia baja pero a menudo mortal

en intervenciones laparoscópicas tanto de tipo ginecológico como en procedimientos quirúrgicos habituales: apendicitis, colecistectomía y cirugía antirreflujo.

En cualquier caso, no se deduce del expediente la práctica de una indebida técnica o gesto médico en el desarrollo de la intervención, que pudiera ser determinante de la afectación de la arteria durante la operación, que se llevó a efecto conforme a los dictados de la técnica médica, como de forma expresa señala el perito de la aseguradora del SMS.

c) Que la grave complicación surgida durante la intervención no se debió a una eventual negligencia médica, que no cabe entender acreditada por la mera prueba de la lesión vascular, constituyendo ésta un riesgo inherente a la técnica utilizada, riesgo casual, posible e imprevisible y que está expresamente contemplado como riesgo típico de la intervención laparoscópica en el documento de consentimiento informado firmado por la paciente, que advierte del riesgo de lesión de vasos sanguíneos o de vísceras al introducir los trocares.

d) La complicación se resolvió durante la intervención de forma correcta con la colaboración de un cirujano vascular, fue advertida inmediatamente y se procedió con la debida pericia.

En definitiva, no puede considerarse que la asistencia sanitaria que se le dispensó a la reclamante con ocasión de la intervención a la que se sometió fuese contraria a normopraxis. Y es que, aunque se admite en el expediente por los médicos informantes que la lesión vascular fue secundaria a dicha intervención, de la simple constatación de la existencia de la complicación no puede derivarse la conclusión de que concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración, pues no se ha alegado ni probado que el daño alegado revista la condición de lesión antijurídica, por tratarse de un perjuicio que la reclamante no tenga el deber jurídico de soportar.

Por el contrario, la perforación de la aorta abdominal aparece como un riesgo típico e indisociable de la actividad sanitaria que se le prestó. Como quedó dicho con anterioridad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano puede esperar de los servicios públicos no consiste en una prestación de resultado, sino de medios, lo que hace que lamentablemente no se pueda asegurar la evitación de todos los riesgos inherentes a las actuaciones médicas y que, en ocasiones resultan inevitables aun cuando se han aplicado las precauciones recomendadas por la ciencia médica.

Y es que la propia naturaleza de determinadas intervenciones médico-quirúrgicas, unida al estado de salud de cada paciente, entraña por sí misma la exposición del enfermo a riesgos no deseados o su enfrentamiento a complicaciones de carácter común o específico de cada tipo de intervención que en muchos casos no pueden ser evitados o soslayados ni aún en el supuesto de que se trate de emplear la mayor diligencia y pericia médicas. Como es conocido, la experiencia acumulada por la comunidad científica permite asociar con cada tipo de intervención médica la posible concurrencia de riesgos y complicaciones inherentes e indisociables de las mismas, que deben ser soportados por los pacientes de dichas operaciones como riesgos inherentes a las mismas.

Ante esa circunstancia, se debe poner de manifiesto una vez más que ya que no ha sido acreditado que se haya dispensado a la reclamante una práctica médica incorrecta o defectuosa y contraria, por tanto, a la "*lex artis*", correspondía a la paciente soportar los riesgos directamente asociados con la intervención médica a la que se sometió y de los que fue informada. En estos casos, tal y como decimos, se trata de riesgos y complicaciones

consustanciales con la dispensación de determinados tipos de asistencia sanitaria y que no suponen en ningún caso que se haya infringido la "*lex artis*" aplicable al caso concreto.

Finalmente y dado que, como dijimos, parece invocarse aunque de forma implícita la teoría del daño desproporcionado, se considera oportuno efectuar una consideración al respecto.

Los perfiles de esta doctrina de origen jurisprudencial y las circunstancias o requisitos que han de darse en orden a su aplicación, han sido dibujados por las sentencias de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, según la cual "*el profesional médico debe responder de un resultado desproporcionado del que se desprende la culpabilidad del mismo, (...) si se produce un resultado dañoso que normalmente no se da más que cuando media conducta negligente, responde el que ha ejecutado ésta, a no ser que se pruebe cumplidamente que la causa ha estado fuera de su esfera de actuación*" (STS 30 de enero de 2003).

La Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional ha precisado que no cabe aplicar esta doctrina cuando el daño constituye la materialización de una complicación o riesgo típico de la intervención o asistencia sanitaria prestada (SAN de 5 de abril de 2006). En la misma línea, el Consejo de Estado (Dictamen 1743/1999), excluye la aplicación de esta doctrina cuando el daño responde a un riesgo típico de la intervención y la causa se sitúa fuera del ámbito o esfera de control del actuante.

En el supuesto sometido a consulta, si bien existe un daño que cabe calificar de anormal dentro de lo que es esperable en el desarrollo de la apendicectomía, no sería desproporcionado en el sentido técnico-jurídico expuesto, desde el momento en que la reclamante no ha acreditado que se den las circunstancias exigidas por la jurisprudencia para la aplicación de la doctrina descrita. Así, no se prueba que el riesgo (lesión de un vaso sanguíneo) que se materializó en la generación del daño tuviera la consideración de atípico; antes al contrario, el propio documento de consentimiento informado para laparoscopia cumplimentado por la reclamante, lo contempla como complicación específica de esta técnica.

En consecuencia, al no existir otros elementos de juicio aportados por la reclamante -a quien corresponde la carga de la prueba de sus imputaciones ex artículo 217 de la Ley de enjuiciamiento Civil-, que lleven a la convicción de que los servicios sanitarios no actuaron conforme al estándar de atención médica exigible a las circunstancias del caso, este Órgano Consultivo dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria.

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, al no haber quedado acreditada la concurrencia de los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, singularmente, el nexo causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el daño alegado, cuya antijuridicidad tampoco se ha probado.

No obstante, V.E. resolverá.

