



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **25/2019**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 21 de enero de 2019, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 12 de noviembre de 2018, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **291/18**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- D. X presentó, el 28 de junio de 2016, en el Registro General de la Comunidad Autónoma, un escrito por el que solicitaba una copia literal de su historia clínica, a raíz del proceso clínico que había sufrido, y por el que fue ingresado en el Hospital Virgen de la Arrixaca (HUVA), el 20 de octubre de 2014, siendo alta el 23 de octubre siguiente, tras una intervención quirúrgica por el diagnóstico de obesidad mórbida. Igualmente solicitaba que se tuviera por formulado requerimiento a efectos de interrumpir la prescripción de acciones a que tenía derecho.

SEGUNDO.- La Asesoría Jurídica del Servicio Murciano de Salud (SMS) comunicó al interesado que la presentación de dicho escrito no suponía interposición de reclamación alguna, en aplicación de la doctrina de este Consejo, por lo que, si en el plazo de 10 días no subsanaba el defecto, se le tendría por desistido de su petición.

TERCERO.- En respuesta a tal requerimiento, el interesado presentó un nuevo escrito, el 3 de agosto de 2016, en el que solicitaba que se tuviera por formulada solicitud de indemnización de daños y perjuicios por responsabilidad patrimonial de la Administración. En el mismo se hacía un pormenorizado relato del proceso que se había iniciado el 21 de octubre de 2014, cuando fue sometido a intervención quirúrgica por obesidad mórbida, realizada por vía laparoscópica, en el HUVA, afirmando en su alegación primera que *"(...) durante la intervención sufrió una ANOXIA CEREBRAL CARDIO-RESPIRATORIA, haciéndose constar no obstante en el informe de alta, que la intervención quirúrgica no hubo incidencias"*.

A dicha intervención siguieron ingresos en el mismo hospital por diversas complicaciones postquirúrgicas los días, 29 de noviembre y 10 de diciembre de 2014, sin que en los partes de alta se hiciera referencia alguna a la parada cardiorrespiratoria que, según él, había padecido durante la intervención quirúrgica. Por otro lado, en el informe de alta de 16 de diciembre de 2014, se le diagnosticó una encefalopatía de Wernicke. Tras ello, fue diagnosticado, el 15 de enero de 2015 por el Servicio de Neurología del Hospital Rafael Méndez (HRM), de una "encefalopatía de Wernicke leve en resolución", siendo visto nuevamente en consulta por dicho Servicio el 1 de octubre de 2015. En

esa visita se le diagnosticó un trastorno por déficit de atención. Posteriormente, el 28 de marzo de 2016, se emitió un informe por el Servicio de Salud Mental de Adultos de Lorca, que terminaba considerando que no se encontraba en condiciones para desempeñar su actividad laboral. Terminaba el relato de hechos concluyendo que su enfermedad actual era consecuencia de la parada cardiorrespiratoria que había sufrido durante la intervención quirúrgica el 21 de octubre de 2014, y que tenía solicitada desde el 26 de julio de 2016 la declaración de su incapacidad permanente ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social, lo que acreditaba mediante copia de la solicitud formulada y que adjuntaba como documento número 2 a su reclamación. Para determinar el alcance de sus lesiones y realizar una evaluación económica de los daños habría que esperar a la resolución del expediente de solicitud de incapacidad permanente, comprometiéndose a aportar dicha valoración tan pronto se produjera.

Mediante "otrosí" solicitaba el recibimiento a prueba concretando la que proponía, constituida por la documental que aportaba al escrito y por la copia de la historia clínica completa que había de solicitarse al HUVA.

CUARTO.- Mediante resolución de 19 de agosto de 2016, el Director Gerente del SMS admitió a trámite la reclamación presentada, ordenó la incoación del expediente número 530/16, y designó al Servicio Jurídico SMS como órgano encargado de la instrucción. Dicha resolución fue notificada, mediante escrito del mismo día, al interesado, a la Correduría de seguros "Aón Gil y Carvajal. S.A.", para su traslado la compañía aseguradora, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, y a la Gerencia del Área de Salud I (HUVA) y del Área de Salud III (HRM) requiriendo, de ambas, la remisión de copia compulsada y foliada de la historia clínica del paciente, y los informes de los profesionales implicados en el proceso por el que se formulaba la reclamación.

QUINTO.- Mediante escrito de 21 de septiembre de 2016, el Director Gerente HUVA remitió la copia de la historia clínica solicitada, en soporte papel y en CD, así como los informes de la doctora Y, facultativa de la Unidad de Demencias, de fecha 6 de septiembre de 2016, del doctor Z, facultativo de Cirugía General y Aparato Digestivo, de 8 de septiembre de 2016, y del doctor W, facultativo de Anestesia y Reanimación, de 21 de septiembre de 2016.

SEXTO.- Por su parte, mediante escrito de 29 de septiembre de 2016, la Dirección Gerencia del HRM, remitió la documentación clínica del paciente y los informes del doctor D. Q, facultativo Especialista de Neurología, y del doctor D. R, facultativo Especialista en Digestivo de dicho hospital.

SÉPTIMO.- La instrucción comunicó al interesado, por escrito de 10 octubre 2016, la admisión de los medios de prueba propuestos así como que procedía a solicitar el informe de la Inspección Médica, lo cual hizo mediante escrito del día 13 siguiente. Con igual fecha remitió copia del expediente instruido a la Correduría de seguros, para que fuera tenido en cuenta en la siguiente reunión a celebrar por la Comisión.

OCTAVO.- Sin que conste en el expediente su petición, se ha incorporado (folios 211 a 216), un informe pericial emitido por el Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones SMS, fechado el 26 de febrero de 2018.

NOVENO.- El instructor del expediente acordó, mediante escrito de 1 de marzo de 2018, la apertura del trámite de audiencia una vez superado el plazo de tres meses que, para la evacuación del informe de la inspección Médica, fijaba el Protocolo de Agilización del Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial del SMS. Dicho escrito fue notificado al reclamante el día 8 de marzo siguiente.

DÉCIMO.- El día 4 de abril de 2018 el interesado formuló alegaciones en las que venía a ratificarse en las ya manifestadas en su escrito de agosto de 2016, según las cuales, su enfermedad actual era consecuencia de la parada cardiorrespiratoria que había sufrido durante la intervención quirúrgica del 21 de octubre de 2014. Su situación había cambiado puesto que, el 7 de septiembre de 2016, había sido declarado en situación de incapacidad permanente total para la profesión habitual (transportista) por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, lo cual acreditaba aportando los documentos justificativos. Terminaba solicitando, nuevamente, la declaración de la existencia responsabilidad patrimonial de la administración y la pertinencia de indemnización de daños y perjuicios sufridos, que no evaluaba.

UNDÉCIMO.- Con fecha 30 de octubre de 2018 se formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

DECIMOSEGUNDO.- 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), vista la fecha de iniciación del procedimiento.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. El reclamante tiene legitimación para formular la pretensión indemnizatoria objeto del presente procedimiento, por haber sufrido en su persona los daños que imputa al anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del SMS, pudiendo ejercer su pretensión indemnizatoria a tenor de lo previsto por el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con el 4.1 del Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial,(RRP), de aplicación en atención a la fecha en la que ocurrieron los hechos de acuerdo con lo establecido en la disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Por su parte, 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. No obstante, considera este Consejo que ha de llamar la atención por la excesiva dilación en su tramitación, a pesar de la aplicación del Acuerdo del Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud de 27 de mayo de 2011, en el que se fijaba un plazo máximo de emisión de tres meses para la emisión del informe de la Inspección Médica, transcurrido el cual debía continuar la tramitación del procedimiento.

Como se ha dicho en el Antecedente Octavo, al expediente se ha unido un informe del Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS que, como ya ha afirmado este Consejo con anterioridad, no puede entenderse como alternativa al de la Inspección Médica, es decir, no puede sustituirlo, por las características propias de uno y otro puestas de manifiesto en el Dictamen 193/12. No se considera acertada la forma de incluirlo, sin que conste la petición cursada, desconociéndose su autor y los motivos que le impulsan a ello, aunque debe suponerse que responde a la decisión del órgano instructor y con la intención loable de agilizar el procedimiento. En el Dictamen 193/12 ya decíamos que *"En atención a lo expuesto, es evidente que la decisión de continuar el procedimiento hasta su resolución sin contar con este informe ha de ser adoptada con extrema precaución, pues su omisión podría dejar huérfana de apoyo técnico la decisión del procedimiento, la cual ha de adoptarse necesariamente atendiendo a los parámetros técnicos que constituyen la denominada "lex artis ad hoc", cuyo análisis deviene esencial para establecer la existencia de relación causal entre el funcionamiento de los servicios públicos y el daño alegado, así como la antijuridicidad del mismo. Es cierto que, como apunta la propuesta de resolución, este Consejo Jurídico ha indicado la procedencia de continuar el procedimiento cuando, solicitado un informe preceptivo y determinante como el del Servicio al que se imputa el daño (art. 10.1 RRP), dicho informe no se emite en el plazo señalado y transcurre, además, el máximo de suspensión del procedimiento previsto para estos supuestos en el artículo 42.5, letra c) LPAC. Sin embargo, han de ponerse de manifiesto las sustanciales diferencias que existen entre los informes del indicado Servicio y el de la Inspección Médica".* Y tras exponer esas diferencias continuaba señalando que *"En atención a lo expuesto, considera el Consejo Jurídico que comoquiera que (...) sólo cabrá continuar los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto en el artículo 42.5, letra c) LPAC sin que se haya evacuado el informe preceptivo y determinante, cuando en el expediente existan suficientes elementos de juicio para adoptar la decisión que resuelva el procedimiento, pues de lo contrario la Administración no podría resolver expresamente sobre el fondo hasta tanto no fueran emitidos aquellos informes y cumplidos los demás trámites preceptivos."*

Lo dicho exige que, la decisión de pedir el informe referido y la de continuar el procedimiento sin el informe de la Inspección Médica quede reflejada en el expediente mediante el acuerdo del órgano instructor que la fundamente debidamente, no siendo suficiente, en el segundo caso, la simple mención al automatismo de haber transcurrido el plazo de tres meses fijado para su emisión.

La falta de constancia de esas decisiones impediría considerar completado el expediente pues el expediente administrativo es el conjunto ordenado de documentos y actuaciones que sirven de antecedente y fundamento a la resolución administrativa, así como las diligencias encaminadas a ejecutarla, definición que hoy proclama el artículo 70 LPACAP, tomada de la clásica del Real Decreto 2568/1986, de 28 de noviembre, por el que se aprueba

el Reglamento de Organización, Funcionamiento y Régimen Jurídico de las Entidades Locales (ROJ), en su artículo 164. Si como indica el número 2 del artículo 70 LPACAP, prácticamente coincidente con el 164.2 del ROJ, el expediente se forma con la agregación ordenada de cuantos documentos, pruebas, dictámenes, informes, acuerdos, notificaciones y demás diligencias deban integrarlos, faltando cualquiera de esos documentos no podría considerarse completo.

Como idea de cierre del razonamiento expresado en este apartado debe quedar que no se pueden incluir en el expediente documentos que respondan a actos de impulso del procedimiento sin constancia de su petición y los motivos en que se fundamenta, más aún si, como en el caso presente, su aplicación puede tener como consecuencia transcendental la continuación del procedimiento sin esperar a la emisión de informes preceptivos y determinantes.

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"*.

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. Falta de acreditación.

I. De la reclamación reseñada en el Antecedente Primero se desprende que, en síntesis, se viene a imputar a la Administración una mala praxis en la ejecución de la intervención quirúrgica realizada al paciente, el 21 de octubre de 2014, en el HUVA, en la que, según el reclamante, padeció una parada cardiorrespiratoria, detonante de la enfermedad que actualmente padece y que es la causa de que haya sido declarado en situación de incapacidad permanente total para su profesión habitual por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

II. Sus afirmaciones no encuentran apoyo en ningún dictamen. La actividad probatoria que ha desarrollado se ha limitado a la presentación de documentos integrantes de su historia clínica y del expediente de incapacidad tramitado ante el INSS, incumpliendo así con el deber que pesa sobre él de probar sus afirmaciones pues, en relación con las reclamaciones por responsabilidad patrimonial, la doctrina del Consejo de Estado pone de manifiesto que *"la carga de la prueba pesa sobre la parte reclamante, de acuerdo con los viejos aforismos «necessitas probandi incumbit ei qui agit» y «onus probandi incumbit actori»"* y con el art. 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (entre otros muchos, los Dictámenes números 968/2002, 62/2003 y 2396/2003), que resulta asimismo aplicable en materia de práctica de prueba en el procedimiento administrativo.

III. Frente a ello, la Administración ha aportado al expediente, además del informe del Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones SMS, los informes periciales de los facultativos intervinientes en el proceso viniendo todos a coincidir en negar el hecho que está en la base de la reclamación, la parada cardiorrespiratoria que dice sufrida durante la intervención quirúrgica del día 21 de octubre de 2014.

Así, el doctor Ruiz de Angulo, Facultativo Especialista de Área de Cirugía General y Aparato Digestivo, señala en su informe de 8 de septiembre de 2016 que *"El 21 de octubre de 2014 D. X fue sometido a una gastrectomía vertical laparoscópica bajo anestesia general e intubación orotraqueal. La operación, desde un punto de vista técnico, discurrió sin incidencias, tal y como refleja los informes de alta. De hecho, se practicó en un tiempo habitual (no excesivo) para este tipo de operaciones. Del mismo modo, NO TUVO LUGAR UNA PARADA CARDIO-RESPIRATORIA NI UNA ANOXIA CEREBRAL SECUNDARIA DURANTE LA OPERACIÓN pues los dispositivos técnico-mecánicos destinados a oxigenar al paciente funcionaron en todo momento. Además la saturación de*

oxígeno en sangre se mantuvo normal durante toda la intervención, tal y como se puede observar en la gráfica de anestesia, variando la situación de oxígeno desde el 94% al 98%. De igual manera, tanto el latido cardíaco como la tensión arterial fueron recogidos durante el acto quirúrgico. Al no producirse la parada cardio-respiratoria no se reflejó por consiguiente en ningún informe clínico de alta. Una parada cardiorrespiratoria intraoperatoria de causa no quirúrgica hubiera supuesto la finalización inmediata de la operación para conseguir la estabilización del paciente, además de un profundo estudio posoperatorio o cuidados especiales en la Unidad de Reanimación, de la cual el paciente fue alta a planta ese mismo día por no haber sucedido evento adverso alguno intraoperatorio".

Del informe del doctor W, Facultativo Especialista de Área de Anestesia y Reanimación, de 21 de septiembre de 2016, tras la explicación del proceso seguido durante la intervención quirúrgica termina formulando la siguiente conclusión "(...) no observo dato alguno que me haga sospechar de cualquier alteración de la perfusión cerebral durante el tiempo que el enfermo estuvo a mi cargo ni en las horas posteriores, por supuesto no hubo ninguna parada cardiorrespiratoria ni en quirófano ni en reanimación, ni tampoco existen indicios de anoxia cerebral durante este tiempo tal y como se ha sugerido. Por tanto, las constantes vitales del paciente estuvieron en todo momento dentro de límites normales, no fue necesario realizar ninguna maniobra fuera de los habituales en una anestesia general sin complicaciones, no observando relación alguna entre cualquier disfunción neurológica referida por el paciente e incidencias que habrán surgido dentro del quirófano".

Por último, las conclusiones del informe del Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones SMS que, sin sustituir al informe de la Inspección Médica, sí supera la subjetividad que podría atribuirse a los de los facultativos intervinientes en el proceso, son también contundentes en la apreciación de la no concurrencia de la causa alegada por el reclamante. Basta con señalar las siguientes:

"3. Durante la intervención ni posteriormente el paciente sufre ninguna complicación relacionadas con anoxia, ni parada cardiorrespiratoria alguna siendo en todo momento las constantes monitorizar las normales no precisando de ninguna maniobra de reanimación.

7. Las complicaciones quirúrgicas que motivaron estos ingresos son secundarias a la intervención quirúrgica (gastrectomía) y han de considerarse relacionadas directamente con la complejidad de la intervención. No se aprecia ningún caso una mala actuación médica más bien al contrario, se considera una praxis diligente y apropiada tendente sobre las complicaciones de la cirugía, utilizando todos los métodos alcance para su diagnóstico y tratamiento. El paciente fue informado en todo momento cómo se reflejan los diferentes documento de consentimiento informado obrantes en el expediente.

8. El déficit de tiamina es otra complicación derivada de la cirugía de obesidad mórbida, relacionada con la gastrectomía y las situaciones nutricionales derivadas tras la misma...".

Como conclusión de lo hasta aquí dicho, debe entenderse que la actuación del servicio sanitario en la intervención quirúrgica practicada el 21 de octubre de 2014 a don X se considera ajustada a la *lex artis ad hoc*, así como que no hay relación causa efecto entre esa intervención y la enfermedad actual del reclamante o, dicho en palabras del informe del Jefe de Servicio Aseguramiento y Prestaciones del SMS (conclusión número 10) "No puede relacionarse causalmente los síntomas psicológicos del paciente con la cirugía practicada".

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación presentada por el interesado al no concurrir los requisitos exigidos por la legislación vigente para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá.

