



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 218/2019

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 27 de mayo 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 9 de noviembre de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 342/17), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 21 de enero de 2016 se presentó un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida al Servicio Murciano de Salud (SMS) formulado por D.^a X, en el que, en síntesis, expresa lo siguiente.

El 9 de agosto de 2014 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Santa Lucía (HSL), en Cartagena, por presentar dolor lumbar derecho que irradiaba hacia miembro inferior derecho, de 15 días de evolución, siendo diagnosticada de lumbalgia más meralgia parestesica derecha y se recomienda tratamiento farmacológico e inicio de rehabilitación precoz. El siguiente 16 acude de nuevo al Servicio de Urgencias y es diagnosticada de lumbociática derecha, recomendándole calor seco, tratamiento farmacológico y reposo relativo, derivándola a su médico de cabecera.

Vuelve a acudir a dicho Servicio por esta misma patología los días 18 y 25 de agosto de 2014, siendo derivada a la unidad de dolor agudo (UDA), donde el siguiente 29 se le realiza una infiltración epidural lumbar en la musculatura paravertebral a nivel L3-L4, siendo dada de alta hospitalaria el día 4 de septiembre de 2014, teniendo programada una segunda epidural de forma ambulatoria. Según la reclamante, la primera infiltración epidural se le realizó sin haber suscrito el correspondiente documento de consentimiento informado.

Antes de realizarse la segunda infiltración, acudió al Servicio de Urgencias el 8 de septiembre por dolor lumbar importante y mal estado general. Tras realizar pruebas complementarias y con sospecha de sepsis secundaria a discitis aguda, se diagnosticó espondiloartrosis piógena de germen no filiado L4-L5 secundaria a intervencionismo con catéter epidural, con absceso paravertebral y epidural anterior desde L4 a S1 con estenosis severa del canal con compresión de las raíces de la cola de caballo, por lo que fue derivada al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) el 12 de septiembre, ingresando a cargo del Servicio de Neurocirugía e intervenida el día 23 de septiembre de 2014, en que se le realizó una flavectomía L5-S1 derecha y hemilaminectomía L5 derecha, ocupación de espacio epidural ventral al saco por tejido reactivo sin claras

colecciones y discectomía L5-S1. En los días siguientes a la intervención sufrió una trombosis de la vena yugular derecha, por lo que la unidad de trombosis indicó la necesidad de tratamiento de anticoagulación durante tres meses. Es dada de alta en dicho hospital y remitida al HSL, ingresando a cargo del Servicio de Medicina Interna el 3 de octubre de 2014.

Es dada de alta hospitalaria el 14 de octubre de 2014, tras rehabilitación y colocación de ortesis lumbosacra, manteniendo tratamiento antibiótico, corticoideo en descenso progresivo, analgésico, de anticoagulación y su tratamiento habitual. Es alta en Rehabilitación el 22 de enero de 2015 (aunque posteriormente cita el 5 de febrero de ese año), una vez que es capaz de marchar de puntillas y talones con torpeza y de un apoyo monopodal mayor de 6 segundos y con tratamiento de continuación de la ortesis lumbo-sacra para caminar, continuación de los ejercicios, tratamiento farmacológico y TENS analgésico.

La interesada entiende que, con independencia de sus patologías lumbares previas, como consecuencia de la punción lumbar epidural que se le practica en el HSL el 29 de agosto de 2014, sin obtener el preceptivo consentimiento informado, sufrió un cuadro infeccioso a nivel vertebral lumbar y absceso prevertebral y epidural, producida en el ámbito hospitalario, sin que se haya podido aislar el germe productor, cuya relación causal con las lesiones sufridas considera indudable.

Finalmente, la reclamante expresa que ha sufrido 36 días de hospitalización, hasta el 14 de octubre de 2014, y 114 días de incapacidad temporal impeditiva, hasta el 5 de febrero de 2015, así como secuelas, en forma de agravación de su patología lumbar previa (pérdida de fuerza en miembros inferiores, afectación a la deambulación y bipedestación y dolor crónico lumbosacro), que valora en 10 puntos, así como perjuicio estético (cicatriz quirúrgica lumbar y posición antiálgica), también valorado en 10 puntos, junto a trastorno mental por reacción aguda a estrés y daño moral. Por todo ello, solicita una indemnización de 60.000 euros, sin desglose por los indicados conceptos.

SEGUNDO.- Mediante resolución de 1 de febrero de 2016, el Director Gerente del SMS acordó la incoación del correspondiente procedimiento. En la misma fecha se requirió a las Gerencias de Áreas de Salud I (HUVA) y II (HSL) la historia clínica de la paciente y los informes de los profesionales que la atendieron.

TERCERO.- El 18 de febrero de 2016 la reclamante presenta escrito adjuntando diversa documentación de su historia clínica en dichos hospitales, proponiendo la incorporación completa de las mismas al expediente.

CUARTO.- Mediante oficio de 25 de febrero de 2016 la Gerencia de Área I remite la historia clínica de la paciente en el HUVA e informe de los doctores Y (Jefe de Servicio de Neurocirugía) y Z (facultativo de dicho Servicio), quienes manifiestan lo siguiente:

"Paciente de 67 años derivada desde el Hospital Santa Lucía por cuadro de espondilodiscitis L5-S1 con absceso epidural. Tras consulta con el servicio de Med. Infecciosas, se decide intervención quirúrgica para descompresión de estructuras neurales, toma de muestras para cultivos y anatomía patológica, y para limpieza quirúrgica del foco infeccioso que favorecería la acción del tratamiento antibiótico prolongado que debía llevar la paciente. Se realizó el día 23 de septiembre de 2014 sin incidencias y posteriormente fue derivada al servicio de Med. Interna-Infecciosas del Hospital Santa Lucía para completar tratamiento.

Consideramos por tanto que la actuación del servicio de Neurocirugía fue adecuada en tiempo y forma".

QUINTO.- Mediante oficios de 10 y 28 de marzo, y 14 y 19 de abril de 2016, la Gerencia del Área II remite la historia clínica de la paciente en el HSL, así como diversos informes, del que se destaca el muy relevante de 11 de abril de 2016, de la Dra. Z, Jefa del Servicio de Anestesia y Reanimación y Terapia del Dolor, que expresa lo siguiente:

"La paciente X acudió en varias ocasiones a urgencias del HUSL en agosto de 2014 por reagudización de su patología de lumbociatalgia, siendo ingresada el día 25 a cargo del Servicio de Reumatología, pautando analgesia intravenosa continua. Al no ceder el dolor se le realizó por dicho servicio infiltración paravertebral derecha. Tras continuar con dolor, a pesar de dicho procedimiento, el Servicio de Reumatología hizo Interconsulta a la Unidad del Dolor Agudo para valorar la posibilidad de aliviarlo con infiltraciones epidurales lumbares (IEL), tal y como tenemos protocolizado en este tipo de patologías.

El día 28/08/14 se valoró a la paciente por parte del Servicio de Anestesiología y Reanimación, paciente con antecedentes de arritmia cardíaca, hysterectomizada, espondiloartrosis cervical y seguimiento por psiquiatría por síndrome ansioso depresivo. Se le explicó la técnica anestésica a realizar, así como sus complicaciones, dando la paciente su consentimiento verbal para la realización de dicha técnica. Tras comprobar que se había administrado ese día heparina de bajo peso molecular (HBPM), se decidió realizar la primera IEL el día 29/8/14, habiendo pasado las horas correspondientes de vida media de la HBPM, tal y como está protocolizado.

El día 29/08/14, previamente al traslado de la paciente de su planta de hospitalización de Reumatología a la UDA, tal y como estaba programado, se comprobó por parte del Servicio de Anestesiología y Reanimación, en concreto por el facultativo que ese día estaba asignado a la UDA, la normalidad de parámetros analíticos (coagulación), así como la valoración realizada por su compañero facultativo de Anestesia y Reanimación el día anterior recogida en el programa informático del HUSL (Selene). Cuando la paciente llegó a la sala de UDA se le volvió a explicar la técnica anestésica a realizar, así como sus complicaciones, y se le aportó el consentimiento informado escrito de IEL para proceder a su lectura y firma al estar de acuerdo en realizarse dicha técnica analgésica. La paciente firmó el consentimiento informado, el cual se digitalizó en Selene a cargo del Servicio en el cual se encontraba ingresada (Reumatología), puesto que nuestro Servicio es interconsultante y no tiene enfermos ingresados a su cargo.

En condiciones de asepsia, bajo monitorización hemodinámica estándar según las normas de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR) tras anestesia local con aguja cutánea se realizó la IEL con aguja Tuohy 18G a nivel lumbar L3-L4 con levobupivacaina 0.0625% y corticoide con punción única atraumática, sin incidencias y sin que se le implantara ningún catéter en espacio epidural. Igualmente se recogió la realización de la técnica en Selene contestando a la Interconsulta que realizó el Servicio de Reumatología.

Tras ser valorada por Anestesia el día 30/08/2014 en la planta de hospitalización con mejoría del dolor, fue dada de alta por el Servicio de Reumatología y se le citó para la segunda IEL a los 15 días de la primera IEL por el Servicio de Unidad de Dolor Crónico (UDO), tal y como está protocolizado, la cual no llegó a realizarse por presentar la incidencia que obligó a ser atendida en el Hospital Virgen de la Arrixaca para su resolución por el Servicio de Neurocirugía.

Con respecto a la necesidad de intervención quirúrgica por discitis y absceso ventral a nivel de L5-S1 sin germeñ filiado en Microbiología y algunas semanas más tarde a ese procedimiento, no se puede asegurar que haya podido ser causado por la IEL, puesto que se realizó en condiciones de asepsia con punción única no traumática y sin incidencias, y no con catéter como dice en la reclamación. Además, la infiltración epidural se realizó a nivel de L3-L4 y en espacio epidural dorsal (en ningún caso podemos llegar a afectar el disco y provocar espondilodiscitis), distinto nivel en el que presentó absceso ventral y espondilodiscitis, que fue L5-S1.

Nuestro Servicio de Anestesia no actuó sobre el nivel afectado en cuestión, ni dejó catéter en el mismo, ni existieron complicaciones tempranas al mismo, tal y como se reclama. Además la paciente alega que no se le informó de la técnica ni firmó consentimiento informado para la IEL, cosa que es incierta puesto que se le explicó en dos ocasiones y aceptó tanto verbal como por escrito la realización de dicha técnica para control del dolor".

Adjunta a dicho informe, entre otros documentos, copia del referido documento de consentimiento informado (f. 129 y 130 exp.).

SEXTO.- Mediante oficio de 27 de abril de 2016 se comunica a los interesados que tienen a su disposición la documentación recibida, con relación de la misma.

SÉPTIMO.- Por oficio de 2 de mayo de 2016 se solicita informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, no constando su emisión.

OCTAVO.- Obra en el expediente, aportado por la compañía aseguradora del SMS, un informe pericial, de 16 de junio de 2016, por una especialista en Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor, en el que, tras analizar los hechos y realizar diversas consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

"- D.a X fue remitida a la Unidad del Dolor del Hospital Santa Lucía por lumbalgia crónica resistente al tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios.

- Se le pautaron infiltraciones epidurales analgésicas, lo cual debe considerarse correcto.

- El 29-8-14 se le realizó la primera infiltración mediante punción epidural directa sin incidencias.

- No se realizó catéter epidural.

- Diez días después ingresó en urgencias por aumento de la lumbalgia, fiebre y astenia, siéndole diagnosticada una espondilodiscitis.

- La discitis es una complicación muy infrecuente de la infiltración epidural, aunque siempre posible pese a una técnica y una asepsia correctas.

- La paciente había sido previamente informada de los riesgos y posibles complicaciones y había dado su consentimiento para la realización de la técnica.

Las actuaciones médicas fueron en todo momento correctas y adecuadas a la Lex Artis".

NOVENO.- Mediante oficio de 25 de octubre de 2016 se acordó un trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, adjuntándoles, no obstante, copia del expediente (incluyendo los informes médicos emitidos y sus documentos adjuntos), no constando la comparecencia de los mismos ni la presentación de alegaciones.

DÉCIMO.- Mediante oficio de 28 de marzo de 2017 se solicitó al HSL un informe sobre las medidas de asepsia utilizadas durante la infiltración epidural de referencia y si se siguieron los protocolos establecidos al respecto, emitiéndose el siguiente 21 de junio por la ya citada Dra. P, en el que, tras reiterar sintéticamente lo expresado en su previo informe, añade que "*a la enferma D.a X se le aplicaron todas las medidas de asepsia que recoge el "Protocolo de Punción epidural" que se adjunta*", lo que así hace.

UNDÉCIMO.- Mediante oficio de 10 de julio de 2017 se acordó un trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, adjuntándoles el anterior informe, presentando la reclamante un escrito el 7 de septiembre siguiente, en el que solicita la ampliación de plazo para presentar alegaciones, no constando que lo haya hecho hasta el momento.

DUODÉCIMO.- El 19 de octubre de 2017 se formuló una propuesta desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por no existir relación de causalidad entre los daños por los que se solicita indemnización y la actuación sanitaria cuestionada.

DECIMOTERCERO.- 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 LPAC y el 12 RRP, normas aplicables vista la fecha de iniciación del procedimiento.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante tiene legitimación para formular la pretensión indemnizatoria objeto del presente procedimiento, por los daños sufridos en su persona, que imputa al anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del SMS.

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 titularidad.

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 de la presentación de la reclamación.

III. En cuanto al procedimiento tratado, se ha seguido, en lo sustancial, lo establecido legal y reglamentariamente al efecto.

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

Asimismo, la STS, Sala 3^a, de 23 de marzo de 2011, expresa que "la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente".

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, 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 intervenientes, 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. No obstante, y como hemos reiterado en anteriores Dictámenes, habiéndose solicitado dicho informe y no siendo emitido hasta el momento, en el presente caso no resulta determinante, pudiendo entrarse en el fondo del asunto a la vista tanto de los informes obrantes en el expediente como de la falta de contradicción técnica de los mismos por parte del reclamante.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Inexistencia.

I. De la reclamación reseñada en el Antecedente Primero se desprende que la interesada considera que, como consecuencia de la punción lumbar epidural que se le practicó en el HSL el 29 de agosto de 2014, sufrió un cuadro infeccioso a nivel vertebral lumbar y absceso prevertebral y epidural, producida en el ámbito hospitalario, teniendo que ser intervenida posteriormente en el HUVA para resolver la estenosis producida y eliminar dicha

infección. Imputa a los servicios sanitarios del HSL la omisión de su deber legal de obtener su consentimiento informado para realizar dicha punción.

II. En cuanto a la existencia de los daños por los que se solicita indemnización, aun cuando no resultan acreditados que las secuelas por las que solicita indemnización se deban a la referida punción o a la posterior intervención quirúrgica para la resolución de la situación creada por la infección de referencia, es claro que de dichos procesos sanitarios se desprende un período de incapacidad hospitalaria cierto y otro de carácter temporal no hospitalario cuyo alcance, tanto en cuanto a su duración, carácter (impeditivo o no) e imputación médica a dichas intervenciones no resulta determinado en el expediente. La existencia de tales daños, aún sin la debida delimitación o concreción, permite, no obstante, tener por existente el presupuesto previo e indispensable relativo al perjuicio por el que se reclama y su vinculación causal, aun meramente fáctica, con la asistencia sanitaria cuestionada.

III. Ahora bien, como se indicó en la anterior Consideración, para que pueda declararse la responsabilidad patrimonial administrativa, es necesario, además, determinar si, aun proviniendo fácticamente el daño de la cuestionada actuación u omisión sanitaria, ésta fue contraria o no a la "*lex artis ad hoc*" médica, pues de no serlo la relación de causalidad entre los daños y dicha actuación sanitaria habría de considerarse como no adecuada, en términos jurídicos, a efectos de generar responsabilidad patrimonial, dada la obligación de medios y no de resultados exigible en este ámbito a la Administración sanitaria.

Y, en este sentido, los Antecedentes reseñados ponen patentemente de relieve que no existe la actuación cuya mal *praxis* se imputa al HSL, que se ciñe a la omisión del deber legal de obtener del paciente su adecuado consentimiento informado para la realización de una actuación invasiva como es la punción epidural lumbar del caso, resultando que, por un lado, el informe reseñado en el Antecedente Quinto expresa que el 28 de agosto de 2014, día previo a la punción, se explicó verbalmente a la paciente las características y riesgos de la misma, sin contradicción alguna; y a los folios 129 y 130 del expediente obra el documento de consentimiento, suscrito por la paciente el día de la punción, en el que se recoge, como riesgo típico de estas punciones, cuando se realizan con catéter, la posibilidad de infección, siendo una posible complicación el absceso epidural, que puede provocar compresión en las estructuras nerviosas (estenosis incluida) y su drenaje quirúrgico, como así sucedió. Si ello se informaba como riesgo típico en punciones con catéter, con mayor motivo este consentimiento prestado por la paciente para practicársele de tal modo la punción alcanza al otro modo de realizar la punción, esto es, sin catéter, que fue el método empleado, en el que la infección es, según los informes emitidos, extraordinariamente infrecuente.

Asimismo, el Servicio actuante informa, sin alegación o prueba en contrario, que la punción se realizó siguiendo las medidas de asepsia establecidas en el protocolo aplicable, obrante en el expediente, sobre estas intervenciones, sin que en éste aparezca indicio alguno de que se hubieran infringido tales medidas.

IV. A la vista de lo anterior y conforme con lo señalado en la Consideración precedente, debe concluirse que, a los pretendidos efectos de que se reconozca la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, no se acredita que exista una relación de causalidad jurídicamente adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios cuestionados y los daños por los que se reclama indemnización, por lo que procede desestimar la reclamación objeto de Dictamen.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- No existe relación de causalidad jurídicamente adecuada, a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen, por lo que la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación por tales motivos, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.

