



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **20/2020**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 22 de enero de 2020, 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 18 de septiembre de 2019 (COMINTER 280364/2019) y CD entregado en la sede de este Consejo Jurídico con fecha 2 de octubre de 2019, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **271/19**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 25 de julio de 2017, D. X presentó reclamación de responsabilidad patrimonial por mala praxis médica.

En su reclamación manifiesta, en síntesis, lo siguiente:

"el día 23/02/2017 fui sometido a Prostatectomía radical laparoscópica + linfadenectomía bajo anestesia General.

Tras salir del quirófano y durante mi estancia en Reanimación, comienzo con dolor en Mii así como pérdida de fuerza y sensibilidad; y progresivamente esta sintomatología se exagera apareciendo frialdad y palidez.

Se me realiza una ECO-Doppler que evidencia signos de obstrucción arterial femoral, por lo que posteriormente se me realiza angio-TC de aorta y MMII que confirma una obstrucción completa de la arteria ilíaca externa y porción más proximal de arteria femoral superficial en el MII con disminución de calibre del resto de la arteria femoral superficial, arteria poplítea y porción distal de troncos infrapoplíteos con evidencia de disección trombosada en ilíaca externa de Mii que se extiende hasta femoral superficial y región poplítea.

Ante la situación deciden mi traslado urgente a HUVA para ser valorado y tratado por el servicio de Angiología y Cirugía Vascular del mismo.

Durante mi estancia en dicho Hospital y Servicio se me realizan una trombectomía mecánica e implantación de stent en ilíaca externa...

Desde que soy dado de alta y hasta la fecha actual sigo con las revisiones indicadas por los facultativos...

En conclusión y resumen de mi exposición y debido a mi nueva situación patológica y todas las consecuencias

posibles de la misma al ser sometido a dicha intervención por el Dr. Y, solicito sea revisado mi caso para una posible indemnización por los daños físicos y morales derivados de la misma".

En hoja adjunta solicita *"indemnización y reconocimiento de las secuelas derivadas de la cirugía"*.

Acompaña junto a su escrito de reclamación diversos informes de la medicina pública.

El interesado no cuantifica el importe de la indemnización que solicita.

SEGUNDO.- Por Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS) de 29 de septiembre de 2017 se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, que fue notificada al reclamante el día 16 de octubre siguiente.

Al mismo tiempo la reclamación se notificó a la Gerencia de Área de Salud VI -Hospital Morales Meseguer, (HMM)-, a la Gerencia de Área de Salud I ?Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), y a la Correduría Aón Gil y Carvajal, S.A. a efectos de su traslado a la Compañía Aseguradora del SMS.

TERCERO.- Fueron recabados y remitidos la historia clínica del paciente, y el informe de los profesionales implicados.

De estos últimos cabe destacar los siguientes informes:

1º.- Del Dr. Z, del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del HUVA, de 10 de octubre de 2017, en el que concluye:

"El paciente fue sometido a una prostatectomía radical laparoscópica más LINFADENECTOMIA. Se trata de una intervención que tiene lugar al lado de los grandes vasos que desde el abdomen van hacia las extremidades inferiores. Por lo tanto desgarros de dichos vasos, con la hemorragia correspondiente, y lesiones de los mismos que den lugar a trombosis e isquemia aguda de las extremidades inferiores, forman parte de las complicaciones posibles en este tipo de intervenciones.

El paciente fue diagnosticado de isquemia aguda de la extremidad inferior izquierda y fue tratado con trombectomía mecánica y colocación de un stent en la arteria iliaca externa. Posteriormente, y tras ver que la pierna estaba bien perfundida, fue remitido de nuevo a su hospital de referencia".

2º.- Del Dr. Y, Unidad de Cáncer de Próstata del Servicio de Urología de HMM, de 18 de octubre de 2017, en el que indica:

"...El paciente D. X, como ya consta en el informe de Julio del 2017, presentaba un tumor mal diferenciado de muy alto riesgo (pT3b Gleason 9), estando libre de recaída neoplásica (PSA indetectable) a fecha de 12 de Julio de 2017, por lo tanto la indicación de la linfadenectomía como los resultados oncológicos no creo que sean discutibles en este caso y están plenamente justificados.

Respecto a la técnica quirúrgica, el tejido linfoide ganglionar rodea y envuelve los grandes vasos pélvicos (íliaca común, íliaca externa e íliaca interna) a modo de "red", por lo que una manipulación de dichos vasos es inevitable y necesaria para realizar una cirugía con criterios oncológicos adecuados, dado que hay incluso tejido ganglionar entre los grandes vasos (entre vena y arteria íliaca, por ejemplo). Obviamente, con esta cirugía, según lo expuesto anteriormente, hay un riesgo de complicaciones vasculares asociadas. En la más reciente y amplia revisión acerca de las complicaciones de la linfadenectomía ampliada laparoscópica realizadas en centros de referencia, informan de una tasa de complicaciones mayores vasculares de alrededor del 1%. De hecho, aparece en el consentimiento informado perfectamente indicados los riesgos vasculares asociados a la linfadenectomía, y así consta en el folio 45 de la historia clínica, que corresponde al documento de consentimiento informado que firmó el paciente el 20 de Enero de 2017, en el que se indican los "problemas derivados de la linfadenectomía (lesiones vasculares severas de las arteria aorta, íliacas, hipogástricas, lesiones venosas que pueden dar lugar a hemorragias importantes,)", por lo que esta complicación fue informada, conocida y consentida por parte del paciente de forma previa a la realización de la intervención quirúrgica.

La inmensa mayoría de las complicaciones vasculares son venosas, dado que la pared de la vena es fina, y por tanto más débil, y, además y secundaria a la presión intrabdominal de CO2 inherente a los procedimientos laparoscópicos, estos vasos se colapsan parcialmente durante el procedimiento, aumentando el riesgo de trombosis.

El caso de las arterias, es diferente, dado que la pared arterial es mucho más firme y gruesa dado que tiene que aguantar presiones sanguíneas mucho mayores que las venas, y no se colapsan con la presión de CO2 usada durante el procedimiento laparoscópico. En este caso, para que se provoque una disección de la pared de la arteria, es necesaria la presencia de una placa de ateroma evolucionada y que ésta se rompa y se disèque, por lo que el acto quirúrgico en sí no es suficiente como para provocar una disección arterial; es necesaria una patología arterial previa.

En el caso que estamos tratando, el paciente presentaba patología arterial importante, con placas calcificadas y datos de episodios previos de rotura de placa, ya que en el TAC de estadiaje realizado con anterioridad a la cirugía presenta una trombosis parcial de la aorta, secundaria, posiblemente a una rotura de placa en dicha área. Además, el paciente se negó a controlar adecuadamente la hipertensión arterial que presentaba (en la consulta de anestesia presentó cifras de 230/110 mmHg) y cito textualmente del informe de anestesia "mando a puerta de urgencias para control de TA hoy (lleva 2 días sin ttº) y deberá ir a su MAP para cambio de medicación si lo cree conveniente. No demoro ya que la AP es muy agresiva e infiltra vesículas seminales. Además no aceptan ningún retraso por breve que sea. Explico riesgo por no tener TA controlada y aceptan".

Por tanto tenemos un paciente con factores de riesgo para rotura de placa arterial (arteriosclerosis con calcificaciones en TAC, HTA mal controlada y que se niega a controlar adecuadamente), y datos de haber presentado rotura de placa previas (trombosis parcial de pared de aorta).

Así de forma resumida, en mi opinión, estas son las respuestas a las aclaraciones solicitadas por la Gerencia de Área de Salud VI

? ¿Estaba la linfadenectomía indicada? Sin duda.

? ¿La linfadenectomía ampliada puede provocar complicaciones vasculares? Sí. Están descritas complicaciones vasculares asociadas al procedimiento.

? ¿Es la linfadenectomía la única responsable de la complicación vascular que ha presentado el paciente? No. El paciente presentaba una HTA mal controlada (que es un factor de riesgo bien conocido de rotura de placa de ateroma) y que se negó a controlar para no retrasar la cirugía y tiene datos previos a la cirugía de haber presentado otros episodios de complicación de placa arterial.

? ¿Se puede descartar que la cirugía haya contribuido a la complicación arterial que ha sufrido el paciente? No, no se puede descartar.

? ¿Se puede afirmar con rotundidad que la linfadenectomía es la causante directa y única de la complicación arterial que ha sufrido el paciente? En mi opinión, no. La complicación de este paciente ha tenido un origen multifactorial.

? En todo caso, ¿fue el paciente adecuadamente informado de los riesgos vasculares que conlleva esta cirugía previamente a la realización de la cirugía? Sí, como así consta expresamente en el consentimiento informado que firmó el paciente y la información de riesgos personalizados por parte del Servicio de Anestesia derivados de su HTA mal controlada".

3º.- Del Dr. P, Responsable Angiología y Cirugía Vascular HMM, de 20 de octubre de 2017, en el que se indica:

"Al paciente D. X se le practicó el 24 de Febrero de 2017, según consta en informes hospitalarios, Prostatectomía Radical + Linfadenectomía Laparoscópica con episodio de "trombosis parcial de I. Externa, Femoral Común, Superficial y vasos distales tratado vía endovascular" en el Hospital. C. U. Virgen de la Arrixaca de Murcia según consta también en informes clínicos.

Una vez de vuelta a nuestro Hospital, se me solicito por parte del Servicio de Urología, valoración vascular del paciente objetivando pulsos + en ambos MMII. Se recomendó tratamiento con A.A.S 100 mgr y Clopidogrel y se le recomendó control en nuestras consultas externas tras el alta Hospitalaria.

Ha sido valorado el 27 de Marzo, 12 de Junio y el 20 de Octubre de 2017 presentando en la exploración vascular pulsos femorales, poplíteos y T. Posteriores en ambas extremidades con estudio doppler del miembro inferior izquierdo compatible con permeabilidad vascular de dicha extremidad.

Es citado para dentro de 9 meses con el tratamiento reseñado".

CUARTO.- Con fecha 6 de noviembre de 2017 se solicita de la Inspección Médica informe valorativo de la reclamación formulada, acompañando a dicha solicitud copia del expediente.

No obstante, en vez de informe de la Inspección Médica se ha aportado al procedimiento un informe, de 1 de abril de 2019, del Dr. Q Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS, en el que concluye:

"1.- Paciente presenta un adenocarcinoma de próstata. Dada las características del tumor, extensión y características del paciente se decide realizar intervención quirúrgica.

2.- Se realiza prostatectomía radical más linfadenectomía ilio-obturatriz ampliada por vía laparoscópica bajo anestesia general.

3.- Dada la característica del tumor y la confirmación posterior de anatomía patológica es el procedimiento quirúrgico de elección.

4.- El paciente es informado y rubrica el consentimiento informado.

5.- Entre las complicaciones del procedimiento de prostatectomía radical más linfadenectomía se encuentran las lesiones vasculares severas de las arterias aorta, ilíacas, hipogástricas o lesiones venosas que pueden dar lugar a

hemorragias importantes.

6.- Durante la intervención quirúrgica se produjo una lesión consistente en disección trombosada en arteria ilíaca externa extendida hasta femoral superficial y región poplítea. Las manifestaciones clínicas en el paciente fueron detectadas en la Unidad de Reanimación por lo que fue trasladado urgentemente (sin dilación) al Servicio de Cirugía Angiovascular de referencia en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

7.- En este hospital se le realiza una trombectomía mecánica e implantación de stent en ilíaca externa con buenos resultados. El paciente es alta y remitido de nuevo al Hospital Morales Meseguer.

8.- Tras una buena evolución del proceso es alta hospitalaria el día 1 de marzo de 2017.

9.- La lesión en la arteria ilíaca es una complicación de las prostatectomías radicales de próstata con linfadenectomía.

10.- La técnica quirúrgica empleada fue correcta y la indicada para la patología del paciente.

11.- La complicación sufrida fue detectada precozmente y resuelta de manera satisfactoria.

12.- El paciente fue informado de la existencia de la posibilidad de ocurrencia de complicaciones y acepto el riesgo (documento detallado de consentimiento informado).

13.- Se han puesto a disposición del paciente todos los medios necesarios y adecuados conforme a la patología presentada y a la complicación surgida".

QUINTO.- Con fecha 8 de abril de 2019 por el instructor del expediente se otorga trámite de audiencia, habiendo presentado el reclamante escrito de alegaciones, el 29 de mayo de 2019, en los que realiza un relato de hechos e indica que desde la operación sufre incontinencia y disfunción eréctil.

SEXTO.- La propuesta de resolución, de 30 de agosto de 2019, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por no concurrir los requisitos determinantes de la misma.

SÉPTIMO.- Con fecha 2 de octubre de 2019 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

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 81.2 de Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

SEGUNDA.- Régimen jurídico, legitimación, plazo y procedimiento.

I. La LPACAP, 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. Dichas Leyes entraron en vigor el día 2 de octubre de 2016 (Disposición final séptima LPACAP y Disposición final decimoctava de la LRJSP), por lo que habiéndose iniciado el procedimiento mediante escrito registrado con fecha 25 de julio de 2017 le son plenamente aplicables.

II. El reclamante ostenta legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo previsto en el artículo 32.1 de la LRJSP.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que es titular del servicio público sanitario, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

III. En cuanto a la temporaneidad de la acción resarcitoria, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 67.1 LPACAP, tenemos que concluir que ésta se ejerció en el plazo legalmente previsto, puesto que la operación a la que el reclamante anuda las secuelas padecidas se realizó el 23 de febrero de 2017, mientras que la reclamación se presentó con fecha 25 de julio de 2017.

IV. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver que excede el previsto en el artículo 91 LPACAP.

No obstante lo anterior, como se dijo en los Antecedentes de este Dictamen, se ha incorporado al expediente un informe realizado por el Jefe del Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS, de 1 de abril de 2019 a pesar de que, como se dijo allí también, se había solicitado previamente a la Inspección Médica que emitiera su informe valorativo.

Como hemos apuntado ya en numerosos Dictámenes, con ello parece sortearse tanto la posibilidad de que la Inspección Médica se demorase en la emisión de su parecer, como la de que la compañía aseguradora no haya aportado en este caso ningún informe pericial. La intención no merece especial reproche, pero en ningún caso puede considerarse que esa práctica pueda ser alternativa a la evacuación del informe de la Inspección de los Servicios Sanitarios (Inspección Médica) ya que es a esta última a la que le está atribuida específicamente la competencia para elaborar informe en estos casos.

Como se decía en nuestra memoria de 2012, *"al margen de su consideración como preceptivo y determinante de la resolución, el informe de la Inspección Médica es un elemento de prueba muy importante para la*

Administración, que puede ser imprescindible" y que "contribuye decisivamente a que la resolución administrativa se produzca con las garantías que al interesado corresponden y con el carácter de objetividad que la Constitución demanda (art. 103.3), a la par que permite dar contenido a la presunción de legitimidad del acto".

Ello no significa, sin embargo, que no se deba tener en cuenta el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS. Lo que no puede admitirse es que sustituya al informe de la Inspección de los Servicios Sanitarios. Ahora bien, su condición de médico le faculta para que sea tenido en la misma consideración que cualquier otro informe médico pericial aunque no goce de las características propias de los de la Inspección Médica, que los dotan de un valor reforzado, especialmente por su no vinculación con la entidad prestadora del servicio sanitario.

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 32 y siguientes de la LRJSP 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 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 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*" como modo de 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. 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 todas 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 concurra 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 éste 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.- Concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso. Falta de acreditación.

Para el reclamante existe una clara relación entre la operación de prostatectomía radical laparoscópica + linfadenectomía que se le practicó el día 23 de febrero de 2017, y las secuelas padecidas, consistentes en disección trombosada en íliaca externa de Mii, que requirió una trombectomía mecánica e implantación de stent en iliaca externa, así como la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil.

En el presente caso, no aporta el reclamante al expediente ningún elemento de prueba en el que se sostenga su reclamación, a pesar de que le obliga a ello el principio sobre distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217.2 LEC, que resulta de aplicación en materia administrativa. Así, en dicho precepto se establece que *"Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda..."*.

Es por ello que para poder determinar si ha existido o no vulneración de la *lex artis* será preciso acudir a los informes de los profesionales que obran en el expediente, y, en particular, al informe del Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS ya recibido, que, aunque no goza, como ya hemos dicho, del valor reforzado del informe de la Inspección Médica, está lo suficientemente fundamentado como para atribuirle la objetividad e imparcialidad necesarias.

Así, dicho informe, indica, en primer lugar, y en cuanto a las complicaciones de las prostatectomías laparoscópicas, que *"puede necesitar una conversión en cirugía abierta, y estos casos se asocian significativamente a mayor estancia hospitalaria y mayor tasa de complicaciones. Los daños vasculares comprenden desde lesiones en vasos de pequeño y mediano calibre (plexo de Santorini o vasos epigástricos) hasta posibles lesiones de grandes vasos (ilíacos), aunque son poco frecuentes"*.

Por lo que respecta a las complicaciones derivadas de la linfadenectomía, indica *"que son ampliamente conocidas (lesión de nervio y arteria obturatriz, sangrados de la arteria y vena iliaca externa, hematomas de pared, linfocelo) pero no suponen una gran morbilidad en términos generales"*.

En el caso concreto del reclamante, el informe contiene unas extensas conclusiones que se plasman en el Antecedente Cuarto de este Dictamen, para terminar afirmando con rotundidad que *"Se han puesto a disposición del paciente todos los medios necesarios y adecuados conforme a la patología presentada y a la complicación"*

surgida".

En efecto, en el consentimiento informado para la realización de la prostatectomía radical, firmada por el reclamante el día 20 de enero de 2017, puede leerse entre los riesgos típicos: "...*impotencia coeundi (imposibilidad física de erección peneana); incontinencia urinaria, en un elevado número de casos, ya sea transitoria o permanente; problemas derivados de la linfadenectomía (lesiones vasculares severas de las arterias aorta, ilíacas, hipogástricas,...*"

A ello tenemos que añadir que, como se indica en el informe del Dr. Y, Unidad de Cáncer de Próstata del Servicio de Urología de HMM, de 18 de octubre de 2017, que operó al reclamante *"En el caso que estamos tratando, el paciente presentaba patología arterial importante, con placas calcificadas y datos de episodios previos de rotura de placa, ya que en el TAC de estadiaje realizado con anterioridad a la cirugía presenta una trombosis parcial de la aorta, secundaria, posiblemente a una rotura de placa en dicha área. Además, el paciente se negó a controlar adecuadamente la hipertensión arterial que presentaba (en la consulta de anestesia presentó cifras de 230/110 mmHg) y cito textualmente del informe de anestesia "mando a puerta de urgencias para control de TA hoy (lleva 2 días sin ttº) y deberá ir a su MAP para cambio de medicación si lo cree conveniente. No demoro ya que la AP es muy agresiva e infiltra vesículas seminales. Además no aceptan ningún retraso por breve que sea. Explico riesgo por no tener TA controlada y aceptan"*.

Por tanto tenemos un paciente con factores de riesgo para rotura de placa arterial (arteriosclerosis con calcificaciones en TAC, HTA mal controlada y que se niega a controlar adecuadamente), y datos de haber presentado rotura de placa previas (trombosis parcial de pared de aorta)".

Por ello, de los documentos médicos obrantes en el expediente no podemos extraer la conclusión de que, aunque las secuelas pudieran ser consecuencia de la intervención quirúrgica practicada, durante dicha intervención se hubiera producido una mala praxis que suponga una infracción de la *lex artis* que resulte indemnizable.

En definitiva, lo que se materializó fueron los riesgos típicos de la intervención o inherente a la misma, no pudiendo presumirse que se deban a una actuación poco diligente del cirujano.

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 por no haberse acreditado relación de causalidad alguna entre los daños alegados y el funcionamiento del servicio público sanitario.

No obstante, V.E. resolverá.