



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 1/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 7 de enero de 2025, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 30 de abril de 2024 (COMINTER 93594) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 3 de mayo de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.ª X y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_147), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- En fecha 5 de noviembre de 2018, D.ª X, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial, por los daños morales que dice haber sufrido como consecuencia de la asistencia sanitaria dispensada a su esposo por el Servicio Murciano de Salud (SMS) en el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (HLG), de Cieza.

Relata que, a finales del mes de julio de 2017, su esposo comenzó a sentir molestias en la espalda por las que después de acudir varias veces al Servicio de Urgencias del HLG, fue diagnosticado de contractura cervical.

A mediados del mes de agosto se le realizaron las pruebas diagnósticas que permitieron apreciar la presencia de metástasis en cuerpo vertebral T2, siendo ingresado en el HLG el día 14 de agosto de 2017. Desde el Hospital de Cieza programan intervención quirúrgica para descompresión vertebral, con la garantía de los facultativos de que dicha intervención mejoraría la situación en que se encontraba. En el Hospital le intentaron hacer una punción pulmonar para realización de biopsia que no pudieron culminar “porque la aguja no llegó a la masa sospechosa”.

El día 31 de agosto fue trasladado al Hospital Morales Meseguer (HMM) para punción pulmonar que se le realiza ese mismo día. A pesar de que en el Servicio de Neumología del HMM querían dejarlo ingresado para iniciar tratamiento de Radioterapia, se hace constar en el informe que debía ser trasladado al de Cieza para realización

de cirugía. El mismo día regresa al Hospital de Cieza donde tenía reservada cama para realización de cirugía descompresiva vertebral.

El día 9 de septiembre sufre una pérdida completa de movilidad de miembros inferiores y pérdida de fuerza en miembros superiores. Ya nunca volvió a caminar. Ese día, sigue relatando, fueron informados por primera vez de la gravedad del cáncer que padecía su marido. Aunque los cirujanos les insisten que mejoraría tras la intervención de descompresión, ello no le supuso ninguna mejoría.

El 15 de septiembre es trasladado al HMM para tratamiento de radioterapia con diagnóstico adicional de tromboembolismo pulmonar y neumonía de origen hospitalario. Es alta el día 29 de septiembre de 2017. El día 7 de octubre tiene que volver a ingresar en el HMM por complicación de herida postquirúrgica. Desde el HMM contactan con el Hospital de Cieza y dicen que desde éste se rechaza el traslado, siendo en el HMM donde hicieron la intervención de bomba de aspiración para drenar la herida. Consideran que *“es incompresible que un enfermo diagnosticado de cáncer con metástasis estadio IV, al que se le pronostican 2 o 3 meses de vida, sea expuesto bajo engaño a las vicisitudes de una importante intervención de columna vertebral que sólo sirvió para agravar su situación e incrementar su sufrimiento hasta el día de su fallecimiento”*.

Siguen manifestando que *“Al sufrimiento propio del cáncer se sumó el derivado de la inoportuna e inútil intervención de columna a la que se sometió, a lo que se suma la complicación por el defectuoso cierre de la herida quirúrgica, todo lo cual no hizo sino agravar la situación del paciente, así como de toda la familia”*.

La reclamante considera que su esposo no recibió el tratamiento correcto en el HLG de Cieza, que la intervención que le realizaron solo sirvió para que los médicos experimentaran, privándolo de recibir el tratamiento oncológico más adecuado, que el Hospital de Cieza no podía dispensar, pues debían haberlo remitido al HMM, y desde allí agotar las posibilidades de tratamiento o paliativos de su enfermedad.

Como medios de prueba solicita la historia clínica del HLG y del HMM.

No realiza valoración económica del daño.

SEGUNDO.- Solicitada la subsanación de su solicitud, aporta copia del Libro de Familia, certificado de defunción de su esposo y, en cuanto a la valoración económica del daño, solicita una indemnización de 50.000 euros por los daños morales causados.

Posteriormente, también se le requiere para que aporte la representación que dice ostentar de sus dos hijos, mayores de edad, aportando escrito firmado por ambos hijos, ratificando la reclamación formulada por su madre.

TERCERO.- Mediante resolución, de 21 de febrero de 2019, del Director Gerente del SMS, se admite a trámite la reclamación nombrando instructor del procedimiento a su Servicio Jurídico, que procede a comunicar al interesado la información prescrita por el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), al tiempo que recaba de la Gerencia de las Áreas de Salud concernidas, una copia de la historia clínica y el informe de los facultativos que prestaron la asistencia por la que

se reclama.

Del mismo modo, se dio traslado de la reclamación a la aseguradora del SMS.

CUARTO. - Incorporada al expediente la documentación solicitada, constan los siguientes informes:

1. Del HLG, el informe del Dr. Y, Jefe de Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, que indica:

“El paciente D. Z acude por primera vez a nuestro Servicio con fecha 08/08/2017 por presentar braquialgia, dolor escapular y cambios sensitivos en axila. Ante la sospecha de patología cervical se solicita RMN cervical urgente, en la que se aprecia Lesión tumoral de probable origen metastático en vertebra D2.

Ingresa en este Hospital con fecha 14/08/2017 para completar estudio y si procede tratamiento de forma multidisciplinar.

Tras completar el estudio, y según protocolos de tratamiento de tumores metastásicos vertebrales con compresión medular, se programa para descompresión medular y fijación vertebral el día 11 de septiembre. Con fecha 10/09, el paciente desarrolla un cuadro de compresión medular con parálisis flácida distal a D2.

Según indicación de oncología, y como estaba previsto, tras la cirugía se traslada a HMM para tratamiento de radioterapia y control por Servicio de Oncología.

Con fecha 08/10/2017 reingresa por dehiscencia de herida quirúrgica trasladado de HMM. Permanece ingresado hasta alta por mejoría en la evolución de la herida con fecha 23/10/2017.

Ante las dudas que plantea la reclamación, conviene exponer:

1- Que el paciente estaba perfectamente informado de la gravedad de su proceso. Y asimismo los familiares. Y así se refleja en la evolución y consentimientos informados.

2- El ingreso desde fecha 14/08 estaba indicado para el estudio y diagnóstico de la enfermedad. Y así se realizó según los protocolos del Hospital, hasta que fue preciso trasladarle a otro centro.

3- Que el tratamiento paliativo del paciente estaba guiado por los consensos en la materia, y siempre previa información a la familia.

4- En ningún caso se trata de tratamientos experimentales ni cirujanos inexpertos (como prueba que uno de los Doctores del equipo sea profesor en cursos internacionales para cirujanos expertos de este tipo de cirugías).

Lamentando la enfermedad del paciente y agresiva evolución, no cabe más que lamentar su tórpida evolución y pérdida”.

2. Del HMM:

- Informe del Dr. P, Facultativo Especialista de Área de Neumología, que indica:

“Motivo de consulta: Varón de 59 años remitido desde Neumología del Hospital de CIEZA el día 30 de agosto de 2017 para la realización de biopsia de masa pulmonar.

Enfermedad actual:

Remitido desde el Servicio de Traumatología del Hospital de Cieza donde estaba ingresado por masa pulmonar y sospecha de metástasis en cuerpo vertebral T2, tras acudir hace un mes a CEX de COT por dolor periescapular y lesión lítica en columna sugestiva de metástasis, realizándose IC a NML del Hospital de Cieza. El Dr. Q (Neumología del Hospital de Cieza) le realiza broncoscopia no diagnóstica y se pone en contacto con NML del HMM para realización de BAG de la masa pulmonar. Se realizó estudio PET-CT tras administración de 259 MBq de 18FDG según protocolo habitual que muestra incremento metabólico patológico en lesión lítica en D2 con SUVmáx de 13,7, con componente partes blandas y engrosamiento pleural adyacente, sugestiva de lesión maligna. Masa pulmonar subpleural posteromedial en LII de 3 cm y SUVmáx de 8,9 (posible primario). Adenopatía de 0,7 cm en nivel VI adyacente al lóbulo tiroideo derecho con SUVmáx de 3,6. Adenopatía retroclavicular derecha de 0,9 cm y SUVmáx de 6,6. Incremento metabólico a nivel del 7º arco costal anterolateral derecho con SUVmáx de 7,3, sin visualizarse de lesión ósea, por lo que parece coincidir con LOE hepática subcapsular adyacente de 1,3 cm, a correlacionar con otras pruebas de imagen de mayor resolución, TAC con contraste/RMN hepática. Incremento metabólico bilateral en musculatura de cintura escapular, sugestivo de etiología fisiológica tensional. Quistes renales bilaterales. Metabolismo fisiológico miocárdica y eliminación urinaria del trazador, sin objetivarse otras alteraciones metabólicas sugestivas de enfermedad maligna macroscópica. Conclusión: Incremento metabólico en masa pulmonar en LII, lesión lítica en T2 con componente partes blandas y afectación pleural, adenopatía laterocervical derecha, adenopatía retroclavicular derecha y probable LOE hepática en localización descrita. Sin evidencia de enfermedad maligna macroscópica en el resto del cuerpo a estudio.

Antecedentes personales: No alergias conocidas. HTA. Síndrome seco. Hemangiomas hepáticos. Fumador de 20 paquetes-año. Trabaja en el 061.

Antecedentes Neumológicos: No

Situación basal: Normal.

Tratamiento crónico: Antihipertensivo.

Evolución y comentarios: El paciente es trasladado el día 30 de agosto de 2017 desde el Hospital de Cieza para realización de biopsia pulmonar de LII por no disponer de esta prueba en su centro. Se contacta con el Servicio de Radiología por la mañana (área de tórax) y se realiza biopsia de la masa pulmonar para confirmación histológica. Al ingreso, también se realiza Interconsulta al Servicio de Oncología y tal como se hace constar en el informe, el Servicio de Oncología, tras valorar al paciente (a las 10:06 horas y a las 14:09 horas del día 31 de agosto de 2017), comenta que tras la realización de la BIOPSIA PULMONAR se derive al Hospital de Cieza para cirugía de descompresión vertebral en el Servicio de Traumatología del hospital donde el paciente estaba ingresado. Por este motivo, contacto con el traumatólogo de guardia del Hospital de Cieza y me indica que el paciente tiene la cama reservada en dicho Servicio y tras la biopsia pulmonar lo traslade para la realización de la cirugía descompresiva vertebral. El paciente está estable respiratoriamente y con el dolor controlado. Se realiza biopsia-punción de la masa pulmonar y se observa en TC de control leve neumotórax de 17mm de grosor máximo, por lo que se solicita radiografía de tórax de control antes de ser trasladado.

Resumen de pruebas:

- Interconsulta ONCOLOGIA: Valoramos a paciente de 59 años con reciente diagnóstico radiológico de posible carcinoma pulmonar con lesión lítica en T2 y nódulo/masa en LII. PET 23/08/2017: Incremento metabólico en masa pulmonar en LII, lesión lítica en T2 con componente partes blandas y afectación pleural, adenopatía laterocervical derecha, adenopatía retro clavicular derecha y probable LOE hepática en localización descrita. Sin evidencia de enfermedad maligna macroscópica en el resto del cuerpo a estudio. EF: consciente y orientado. Eupneico. Buen estado general. Afebril. Camina sin dificultad. No pérdida de fuerza ni sensibilidad en MMII. MMSS: brazo izquierdo sin alteraciones. Brazo derecho pérdida de fuerza de 3/5 y sensibilidad hasta hombro. No otra sintomatología neurológica. Dolor en zona vertebral torácica, no irradiado.

PLAN: comentamos caso con Neumología, hoy se hace BAG pulmonar de LII y posteriormente traslado a Hospital

de Cieza para cirugía vertebral (comentado con Traumatología de Cieza).

- Coagulación: normal.

- BAG Y PAAF guiadas por TC: Tras informar al paciente y obtener su consentimiento informado, se procede a la obtención de una PAAF mediante una aguja 22 G x 20 cm empleando coaxial bajo control de TC y previa administración de anestesia local en el trayecto parietal (9ml de mepivacaína y 1ml de bicarbonato sódico); se ha intentado también tomar muestra de BAG, pero tras realizar dos disparos no se obtiene cilindro. El procedimiento ha sido bien tolerado por el paciente. Se ha producido un leve neumotórax de 17mm de grosor máximo, objetivándose asimismo en el control área de opacidad en vidrio deslustrado perilesional compatible con hemorragia. El procedimiento ha finalizado a las 12:00h. Cuidados post-punción:

-Reposo en decúbito lateral izquierdo 2h post-procedimiento. Reposo otras dos horas más en decúbito supino. -Ayuno para sólidos las dos primeras horas post-procedimiento. -Pasadas dos horas puede comenzar la tolerancia a líquidos. -Control de las constantes vitales cada hora (FC,TA) -Analgesia habitual si dolor. -Avisar al médico responsable si dolor intenso, insuficiencia respiratoria o hemoptisis. -A las 16:00h (4h después de haber finalizado el procedimiento) se le debe realizar una RX de tórax de control, si es posible en bipedestación. Rx de tórax: Pequeño neumotórax izquierdo, reconocible en el seno costofrénico lateral.

Diagnóstico: Masa pulmonar en LII CON REALIZACIÓN DE BIOPSIA PARA CONFIRMACIÓN HISTOLÓGICA.

Lesión lítica en T2 con componente partes blandas y afectación pleural, adenopatía laterocervical derecha, adenopatía retroclavicular derecha y probable LOE hepática en localización descrita. Leve neumotórax de 17mm de grosor máximo tras la biopsia.

Tratamiento: el indicado en la hoja de tratamiento”.

- Informe del Dr. R, Jefe de Sección de Oncología Médica, que indica:

“Paciente de 59 años (sic), con antecedentes de tabaquismo, síndrome seco e hipertensión arterial. Fue diagnosticado en agosto-19 en el Hospital de Cieza (HVLG) de un carcinoma de pulmón no microcítico (masa en LII) estadio IV (óseas, ganglionares, hepática) a raíz de cervicobraquialgia derecha con hallazgo en la RMN de una lesión vertebral en D1 con masa de partes blandas.

El paciente fue atendido por primera vez en nuestro servicio el día 31/8/19, durante un ingreso en el Servicio de Neumología del H. Morales Meseguer (HMM), al que había sido trasladado para la realización de biopsia dirigida por TAC dado que no se disponía de confirmación histológica de la neoplasia. Tras valoración por nuestra parte en interconsulta el día 31/8, el paciente, que en ese momento solo presentaba déficit motor en MSD, fue remitido de nuevo al Sº de Traumatología del HVLG, donde se había decidido cirugía vertebral. El paciente ingresó a cargo de nuestro Servicio por primera vez el día 15/9/17, trasladado de nuevo desde HVLG, donde había sido intervenido el día 11/9/17 en situación de compresión medular establecida con pérdida de esfínteres desde el 9/9/17. Se indicó radioterapia, administrada desde el ingreso hasta el día 27/9, y se trató de una neumonía y un tromboembolismo pulmonar (alta el día 29/9/17).

Posteriormente fue valorado en consulta de Oncología, acudiendo solo la familia a la primera cita (9/10/17) porque el paciente había presentado dehiscencia de la herida quirúrgica que precisó lavado y colocación de VAC por el Servicio de Traumatología del HMM (7/10/17), y en ese momento estaba ingresado en el Sº de Traumatología del HVLG (7-23/10/17). Se indicó nueva cita tras mejoría de la complicación postquirúrgica. Tras el alta del HVLG, el paciente acudió a consulta de Oncología de nuevo el día 3/11/19, en camilla y con disnea y dolor, con ECOG 4, y con dehiscencia persistente de la herida, lo que hacía imposible cualquier tratamiento oncológico. Se realizó derivación a cuidados paliativos domiciliarios (ESAD) ese mismo día.

El día 4/11/17 el paciente ingresa de nuevo en nuestro Servicio, derivado desde el Sº de Urgencias del HVLG, a donde había acudido por disnea de reposo y empeoramiento general. Se decide tratamiento sintomático y el

paciente fallece el día 6/11/19...”.

QUINTO. - Solicitado, en fecha 23 de julio de 2019, el preceptivo informe de la Inspección Médica, no consta que haya sido evacuado.

SEXTO. - En fecha 2 de julio de 2020, la compañía aseguradora aporta informe médico-pericial definitivo al expediente, elaborado por una especialista en Medicina Interna y en Neumología, que concluye:

“1. D. Z, de 59 años, fue diagnosticado de metástasis vertebrales de un primario pulmonar.

2. Refería solo síntomas de dolor de 1 mes de evolución.

3. Tras completar el estudio fue diagnosticado de carcinoma sarcomatoide de probable origen pulmonar cT4cN3M1a estadio IV, enviando muestras para valorar a tratamientos de segunda línea a la Fundación Jiménez Díaz.

4. La lesión en la columna era subsidiaria de tratamiento quirúrgico según las guías: poca carga tumoral, poco tiempo de evolución clínica, tumor poco radiosensible, fractura de columna y desarrollo de síntomas neurológicos.

Estaba claramente indicada.

5. Firmaron un consentimiento informado para dicha cirugía.

6. Desarrolló una paraparesia el día 9 de septiembre con íleo paralítico y retención de orina lo que llevo a la cirugía el día 11 de septiembre.

7. Tras la cirugía no se recuperó funcionalmente de los MMII y si del control de esfínteres. Recibió radioterapia en la misma.

8. Desgraciadamente sufrió una dehiscencia de sutura y un deterioro clínico posterior.

VI.- CONCLUSION

La atención recibida por D. Z, de 59 años, fue correcta en todo momento, incluida la cirugía sobre la columna”.

SÉPTIMO. - Conferido trámite de audiencia a los interesados, un abogado, en nombre y representación de los reclamantes solicita que se complete el expediente, con la remisión del historial médico completo.

OCTAVO. – Requerida del Área de Salud correspondiente la documentación solicitada, es retirada por el abogado de los reclamantes en fecha 10 de noviembre de 2020, sin que posteriormente haya formulado alegaciones.

NOVENO. - En fecha 25 de abril de 2024, se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación formulada, ante la inexistencia de daño antijurídico.

En la fecha y por el órgano indicado, se ha solicitado el Dictamen preceptivo de este Consejo Jurídico, acompañando a la solicitud el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo 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, y 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

Los reclamantes solicitan indemnización por el daño moral causado por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, por lo que ostentan legitimación activa de conformidad con el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población con ocasión de cuya prestación se produjo el daño reclamado.

II. La reclamación se ha ejercitado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPAC, toda vez que ésta se presenta en fecha 5 de noviembre de 2018, mientras que el fallecimiento se produce en fecha 6 de noviembre de 2017.

III. Se ha seguido el procedimiento previsto en la LPAC para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, sin que se observen carencias esenciales, obrando en el expediente el informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño y el trámite de audiencia a los interesados, que junto con la solicitud de este Dictamen constituyen los trámites preceptivos de este tipo de procedimientos.

No obstante, se ha sobrepasado el plazo de resolución previsto en el artículo 91.3 LPAC.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

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 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y desarrollados por abundante jurisprudencia, pudiendo sintetizarse en los siguientes extremos:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de 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.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado,

obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en Dictamen 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2018, rec. n.º 1016/2016) 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 constituya 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 de l 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”*.

La actuación del médico 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 337/22, 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.

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).

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al servicio público sanitario.

Centran su reclamación los interesados en el hecho de que el Servicio de Traumatología del HLG sometió a su esposo y padre, respectivamente, a una innecesaria e inútil intervención quirúrgica para descompresión vertebral (el día 11 de septiembre de 2017), cuando ya estaba diagnosticado de cáncer de pulmón con metástasis en columna dorsal, agravando sus sufrimientos hasta el día de su muerte.

A pesar de ello, los interesados no han presentado algún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial,

que les permita sostener dichas alegaciones de mala *praxis*. En este sentido, hay que recordar que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de práctica de prueba en el ámbito de los procedimientos administrativos, impone al actor la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la reclamación.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha aportado al procedimiento la historia clínica completa del paciente y los informes de los facultativos intervinientes. Además, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, se ha incorporado al expediente un informe pericial realizado por una especialista en Medicina Interna y especialista en Neumología.

II. El análisis de todos esos documentos, y en particular del informe pericial citado, permite entender que, en este caso, a pesar de lo que se alega, no se ha incurrido en alguna vulneración de las exigencias propias de una buena práctica médica.

Ya en el informe del Jefe de Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del HLG se indica que el tratamiento paliativo realizado al paciente estaba guiado por los consensos en la materia, previa información a la familia, no tratándose, en ningún caso, de tratamientos experimentales o realizados por cirujanos inexpertos, siendo uno de los cirujanos del equipo profesor en cursos internacionales para cirujanos expertos de este tipo de cirugías. Además, la intervención se programa para el día 11 de septiembre de 2017 y el día 10 el paciente desarrolla un cuadro de compresión medular con parálisis flácida distal a D2.

El informe médico-pericial aportado por la compañía aseguradora del SMS ahonda en estas conclusiones al analizar la práctica médica, al indicar que:

“... Por los datos referidos previamente esa columna debía ser estabilizada y se debía intentar evitar el deterioro neurológico.

Desgraciadamente el paciente sufrió una paraparesia en MMII con retención de orina e íleo el día 9 de septiembre, lo que hizo aún más importante intentar la cirugía para intentar la recuperación funcional.

El tipo de tumor NO era radiosensible.

Por tanto, la cirugía de columna fue correctamente indicada intentando el máximo beneficio del paciente.

En ningún caso se intentó agravar sus sufrimientos, sino todo lo contrario.

Desgraciadamente sufrió una deshiscencia de sutura y un rápido deterioro”.

En consecuencia, dado que el paciente padecía una lesión tumoral que afectaba a T1 (primera vertebra dorsal), con afectación del cuerpo vertebral con fractura y compresión y desplazamiento medular, resultaba necesario estabilizar la columna, para intentar evitar el deterioro neurológico. Ya un día antes de la intervención el paciente sufrió una paraparesia en MMII, lo que hizo más evidente la necesidad de cirugía. Tras la intervención, el paciente no recuperó la movilidad de los miembros inferiores, pero no debemos olvidar que éste es uno de los riesgos típicos de la intervención que le fue realizada, tal y como consta en el consentimiento informado que firmó el paciente: *“... parálisis de un miembro o un grupo muscular, parálisis de los cuatro miembros, o parálisis de los miembros inferiores”*, además de no existir alternativas terapéuticas a la intervención. Desgraciadamente, con

posterioridad a la intervención sufrió una dehiscencia de la herida quirúrgica, que se produce por un fallo técnico (fallo de los materiales), pero no de una mala *praxis* de los profesionales intervinientes.

Por ello, al margen de la apreciación meramente subjetiva de los reclamantes, carente de respaldo probatorio alguno, de la documentación obrante en el expediente este Consejo Jurídico coincide con la propuesta de resolución en que no existe la necesaria relación de causalidad entre el daño alegado y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, lo que impide considerarlo como antijurídico.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no advertirse la concurrencia de todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas; en particular, no concurre el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, ni concurre su antijuridicidad.

No obstante, V.E. resolverá.

