



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 139/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 3 de junio de 2025, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 12 de septiembre de 2024 (COMINTER 173665) y CD recibido en la sede de este Consejo el día 12 de septiembre de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_316), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- En fecha 29 de junio de 2018, una Letrada que actúa en nombre de D.^a X, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración regional por los daños que dice haber sufrido como consecuencia de la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Murciano de Salud (SMS).

Relata el reclamante que, el 19 de enero de 2007 fue víctima de un accidente in itinere que le produjo una hernia tratada con infiltraciones de ozono, que a su vez le produjo daños por el que empezó a sufrir graves dolores en la pierna derecha, posteriormente empezaron los dolores en el lado izquierdo, de la cintura hacia abajo, llegando a paralizarse la pierna izquierda.

Es vista por el Dr. Y en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) el 10 de diciembre de 2013. En el informe médico expone que es remitida por la Unidad del Dolor para valoración de neuromodulación, *“paciente con GCS implantado en 2009 por neurocirugía por dolor lumbar. Con retirada de este en 2010 por infección. Posteriormente se realiza un nuevo implante a pocos meses. Presenta síndrome miccional con incontinencia urinaria en tratamiento por urología”*.

El dolor fue incontrolable por lo que la Dra. Z, Neurocirujana del HUVA le coloca un neuroestimulador para el

tratamiento del dolor crónico La colocación del aparato se infecta e hincha y aumenta el dolor. Alega que de haberse percatado la Dra. Z de su situación, no habría soportado tanto tiempo las consecuencias de haber dejado dentro el neuroestimulador. Le colocan un segundo neuroestimulador.

La paciente manifiesta que está aún en revisiones médicas de la cirugía de extracción de estos cuerpos extraños y las consecuencias van íntimamente unidas a la extracción de otros cuerpos extraños el 24 de enero de 2016, cuando mediante Rm Lumbar se descubre que las fiebres, bulto y sufrimiento eran ocasionados por estos objetos dejados dentro de su cuerpo.

Sigue exponiendo que en fecha 27 de noviembre de 2017 fue atendida en el Hospital Viamed San José, por el Dr. P, para retirar un cable de estimulador con sus respectivas cánulas de plástico conectoras, que habían sido olvidadas en una cirugía anterior. Fue dada de alta ese mismo día.

También alega que no fue informada, en ninguna de sus intervenciones, de los riesgos de sufrir las complicaciones que ha sufrido. Como consecuencia de las intervenciones practicas sin ser adecuadamente informada, dejando en dos ocasiones cuerpos extraños dentro, se vio inmersa en un proceso en el que sufrió múltiples ingresos e intervenciones quirúrgicas, con muchas y graves complicaciones.

El resultado de todo lo anterior es que la D^a X es una mujer de 52 años a quien los diversos errores médicos le han convertido en una persona discapacitada absoluta y dependiente total de Unidad del Dolor, de los calmantes y de ayuda familiar para realizar sus tareas habituales.

Presenta diversa documentación médica relacionada con su reclamación y poder general para pleitos.

No cuantifica su solicitud de indemnización.

Como medios de prueba solicita la documental consistente en la historia clínica de la paciente, informe médico pericial que han solicitado, la documental que presentan y la testifical del personal médico que la atendió.

SEGUNDO.- Por resolución del Director Gerente del SMS, de 23 de julio de 2018, se admite a trámite la reclamación y se ordena la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, 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 del Área de Salud y del Hospital concertado concernidos por la reclamación, una copia de la historia clínica del paciente y el informe de los facultativos que le prestaron la asistencia por la que reclama.

Además, se da traslado de la presentación de la reclamación a la aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

TERCERO.- Subsana la solicitud con la presentación telemática de la reclamación el día 3 de agosto de 2018, en fecha 23 de agosto de 2018 el Hospital Viamed San José aporta la historia clínica de la paciente durante su

asistencia en dicho hospital.

CUARTO.- Remitida a la instrucción la documentación clínica e informes solicitados al Área de Salud concernida, constan los siguientes:

- El del Dr. P, Médico Adjunto del Servicio de Neurocirugía, que indica:

“Paciente de 54 años que es valorado en nuestra consulta en sept. 2015 por lumbalgia progresiva y dolor radicular en MMII izquierdo con déficit leve L5 asociado. El paciente había sido operado en Hospital de Malina en mayo de ese año de discectomía por hernia discal L4-L5. En la RM LS postoperatoria presentaba degeneración discal L4-L5 y estenosis por recidiva de hernia discal L4-L5 izquierda. La EMG de ese momento mostraba cambios severos L5 izquierdos. Se plantea posibilidad quirúrgica y la paciente solicita y accede en pleno uso de facultades.

Se realiza artrodesis rígida con tornillos y barras L4-L5 (sistema S4 Braun) y rediscectomía L4-L5 izquierda el 07/03/2016. Postoperatorio sin incidencias. TAC L5 de control normal.

Presenta dolor lumbar progresivo a los tres meses y rigidez lumbar postoperatoria, con persistencia -aggravada- del déficit L5 izquierdo asociado. Además refiere aparición de dolor -nuevo- en MMII derecho. Una RM de mayo 2016, muestra severa cicatriz a nivel L4-L5 confirmada con nuevo EMG que muestra cambios muy severos en dicho nivel.

Al paciente se le ofrece revisión de la artrodesis -por nueva aparición de dolor en MMII derecho- y liberación de cicatriz L4-L5 izquierda, cirugía que se realiza en junio de 2016. Efectivamente se encuentran los tornillos del lado derecho con pseudoartrosis (móviles dentro del hueso), razón por la cual se retiran. Evolución postoperatoria sin incidencias, pero igual a cirugías previas: mejoría inicial que comienza con recrudescimiento a las pocas semanas. La RM postoperatoria sigue mostrando cambios cicatriciales por lo que se descarta nueva cirugía y se remite a Unidad del Dolor.

A los dos años continúa presentando clínica y confirmación radiológica y EMG de estenosis severa L4-L5. Persiste con déficit severo L5 izquierdo. Se vuelve a ofrecer nueva cirugía de revisión a nivel L4L5 con -eventual- posibilidad de retirar tornillos del lado izquierdo.

EN RESUMEN

El paciente ha sido evaluado, controlado y atendido en toda ocasión y desde un primer momento. Se han realizado todos los estudios en tiempo y forma adecuada. Las cirugías se han realizado sin incidencias con todos los estándares aceptados internacionalmente. Previo a ambas cirugías el paciente firma el consentimiento donde se explican, en detalle, las posibles complicaciones y riesgos de la patología a tratar. Los C.I. se encuentran en la historia clínica del Hospital San José.

El paciente ha presentado un agravamiento de su déficit previo L5 izquierdo en el postoperatorio de la cirugía de re-discectomía L4-L5 izquierda de marzo 2016. Es posible sea causa de la manipulación y disección de la raíz nerviosa durante la cirugía de re-discectomía. Esta eventualidad es una constante en casos de recidiva discal como este caso, hecha a su vez en otro centro. Se ha indicado además realizar todos los ciclos de rehabilitación posible para casos de déficits radiculares postoperatorios. En nuestra segunda cirugía, se ha procedido a retirar el material del lado derecho por el hallazgo intraoperatorio de pseudoartrosis flagrante de ese lado. El lado izquierdo se mantuvo por encontrarse en buen estado y para dar estabilidad al nivel operado ya en dos ocasiones. Tiene pendiente, actualmente, y luego de 2 años, una nueva valoración por nuestra parte para una nueva revisión de la artrodesis izquierda lumbar”.

- El del Dr. Q, Médico Adjunto del Servicio de Unidad del Dolor, que indica:

"MOTIVO DE CONSULTA

Paciente remitida desde NRC, por lumbalgia refractaria a tratamiento farmacológico y no ser tributaria de cirugía. (Marzo-2009) ...

HISTORIA ACTUAL

Paciente que sufre accidente de tráfico en 2007, y desde entonces presenta lumbalgias que precisan de tratamiento farmacológico y loco-regional en U. de Dolor de Lorca sin resultado analgésico, motivo por el que es remitida a NRC de HCUVA, para valoración. En NRC no objetivan focalidad neurológica, por lo que no ven indicación quirúrgica y es remitida a nuestra Unidad.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La paciente presenta dolor lumbar a dorsi-flexión de tronca, así como limitación a movientes de rotación, junto con dolor neuropático de M.I izq., que irradia hasta punta de dedos del pie, con parestesias y alodinia

RESUMEN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ...

EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS

Se inicia tratamiento farmacológico sin resultados analgésicos adecuados, por lo que consideramos indicación de implante de SPS lumbar. Remitimos hoja de interconsulta a neuropsicología y neurocirugía para que se realice implante.

Neurocirugía realiza implante en noviembre 2009, sin incidencias, siendo remitida de nuevo a nuestra unidad para control y valoración de estimulación.

En enero 2010 citamos a la paciente para revisión, observando que la zona cutánea donde se encuentra el generador del estimulador está eritematosa, caliente y dolorosa, por lo que ante la sospecha de infección subcutánea, se realiza punción, obteniendo liquido de características purulentas, motivo por el que es enviada a puerta de urgencias para valoración por parte de neurocirugía.

Se realiza nuevo implante de generador en abril 2010, cambiándose zona de implante a zona lumbar derecha. Revisada en julio 2010, las parestesias son las adecuadas a MMII, y se realiza reajuste de programación. Nueva revisión en octubre 2010, la paciente presenta dolor predominante en MID, por lo que se realiza nueva resonancia, en la que se objetiva hernia de disco L5-S1 derecha y neurocirugía realiza discectomía en hospital de Molina.

En 2011 realizamos nueva revisión, la paciente presenta episodios de incontinencia urinaria desde hace 2 meses, así como dolor en ambos MMII. Neurocirugía realiza RMN nuclear lumbar en la que se objetiva recidiva de hernia discal L5-S1 derecha, por lo que es enviada de nuevo a hospital de Molina para re intervención.

Ante los episodios de incontinencia, se consulta con urología y unidad de coloproctología (Dr. Y) para valoración de posible implante de estimulador de raíces sacras. Realizo inclusión en L.E.Q. para epidurolisis caudal radicular selectiva con finalidad de romper posibles adherencias producidas por fibrosis pos cirugía lumbar, que favorecieran la aparición de clínica de incontinencia.

De 2011 a 2012 se realizan reajustes farmacológicos y múltiples infiltraciones loco-regionales (epidurales lumbares, infiltraciones de musculatura pélvica con anestésicos locales, corticoides e incluso toxina botulínica, infiltración facetaria de carillas articulares lumbares, etc.).

En octubre 2012 se realiza en quirófano de dolor comprobación de elemento de estimulador (electrodo y cable intermedio) para verificar adecuado funcionamiento del sistema, reprogramando de nuevo y obteniendo parestesias adecuadas. Técnica sin incidencias.

En 2013 hacemos nueva revisión de parámetros de estimulación, que son adecuados, pero la paciente comienza con dolor en zona abdominal, por lo que ante la posibilidad de estimulación motora anterior (por desplazamiento de la placa del electrodo epidural), se reenvía a neurocirugía para valoración de explante de estimulador, el cual se realiza en noviembre 2014, dejando electrodo epidural en su lugar y quitando conexiones intermedias. La paciente refiere molestias en la espalda que atribuye a que no se le ha realizado extracción completa del implante, explico que neurocirugía ha actuado de forma correcta.

En 2015 y 2016 se realizan nuevas infiltraciones y epidurolysis, con mejoría parcial de la clínica. En enero 2016 neurocirugía realiza retirada de bultomas en región paramedial lumbar derecha que corresponden a capuchones de plástico de interconexiones del estimulador, con anestesia local.

Marzo de 2017 se realiza infiltración de músculos pélvicos con Toxina Botulínica, en revisión de resultados en Octubre de 2017, la paciente me informa verbalmente, de que ha sido de nuevo intervenida y se le ha realizado artrodesis lumbar por NRC (Dr. P), no dispone de informe de alta y al ser intervención en hospital externo no dispongo tampoco de informe en Selene, por lo que no puedo objetivar la técnica realizada. La última revisión es en Febrero de 2018, que NRC la revisara en un mes.

La paciente no ha sido vista desde entonces en la U. de Dolor, por lo que desconozco su situación clínica actual, ni los procedimientos a los que se ha sometido.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Lumbalgia crónica

FBSS

Estimulación medular fallida

Artrodesis lumbar...".

- El de la Dra. Z, Médico Adjunto del Servicio de Neurocirugía, que indica:

"La paciente arriba indicada, fue remitida a CEX de Neurocirugía para valoración de cervicalgia y lumbalgia, tras haber sufrido accidente de tráfico in itinere en 2007.

Había sido tratada previamente con infiltraciones de ozono y múltiples infiltraciones a nivel lumbar por U. de dolor en Lorca, debido a lumbalgia refractaria a tratamiento médico.

En el momento de la valoración, no presentaba ninguna focalidad neurológica y los estudios realizados mostraban polidiscopatía, por lo que se descartó tratamiento quirúrgico, siendo remitida a la Unidad del Dolor en HCUVA.

La Unidad del Dolor, considera que podría ser candidata de estimulador de cordones posteriores, por lo que es remitida nuevamente y tras la realización del estudio por parte de Preanestesia y Neuropsicología, se procede al implante del estimulador el 13/11/2009, conectando el estimulador el 17 de noviembre, para seguir posteriormente revisiones por la Unidad del Dolor.

Vista en C. Externas, para revisión de heridas quirúrgicas, acude nuevamente el 14/01/2010 con molestias a nivel lumbar, en ese momento no se aprecia en la herida ningún signo de infección, por lo que se remite a la Unidad del Dolor, donde la ven el 20/01/2010, con signos de infección, siendo remitida a Urgencias, donde se le realiza limpieza de la herida y se cortan conexiones del estimulador con la pila para evitar que la infección se extienda. Se le pone tratamiento antibiótico hasta su curación completa.

Unos meses después de decide volver a recolocar el estimulador, por el lado izquierdo, sin retirar los electrodos sublaminares que se habían colocado en la primera cirugía, se desconecta de ellos las conexiones y se retiran el

resto de los anteriores, procediendo a pasarlos por el tejido celular subcutáneo y realizar nuevo bolsillo para colocar nueva pila. El estimulador es conectado nuevamente 2 días después, siendo dada de alta.

El 27/05/2010 es valorada nuevamente, no presentando ningún problema en las heridas quirúrgicas, siguiendo revisiones por la Unidad del Dolor.

En octubre-2010 es diagnosticada de hernia discal L5-S1 derecha, siendo intervenida y un año después presenta episodios de incontinencia, dolor y parestesias en ambas piernas con pérdida de fuerza y disminución de sensibilidad en región perianal derecha, por lo que se realiza nuevo estudio donde presenta recidiva de hernia discal, siendo enviada al Hospital de Molina para su intervención.

En 2014 comienza a notar parestesias en la pared abdominal, encontrándose el estimulador ligeramente desplazado hacia un lado. La Unidad del Dolor nos pide la retirada del estimulador, pero antes de ello creo conveniente una segunda opinión, por lo que es remitida al hospital "La Fe" de Valencia.

Finalmente el estimulador es retirado el 12/11/2014, dejando según informe la tira de electrodos sublaminar, probablemente por el riesgo de complicaciones que podría causar su retirada; puede ser mayor que el riesgo de dejarlos puestos.

En todas las cirugías que se le han realizado, siempre se han explicado las posibles complicaciones que pudieran suceder, así como la posibilidad de rotura y el que pudiese quedar algún componente debido a las adherencias o fibrosis que se hayan podido producir.

El estimulador de cordones posteriores, se encuentra formado por varios componentes, los cuales son estructuralmente débiles y se encuentran protegidos por un material de plástico, incluso para reforzar las conexiones de los distintos elementos se les ponen unos capuchones plásticos. Las conexiones se realizan posteriormente a una pila, para el correcto funcionamiento; dichas conexiones se pasan por el tejido celular subcutáneo; es por ello que a veces en región paramedial lumbar pueda observarse un cordón fibroso, sobre todo en aquellas personas que no presentan gran componente graso en dicho espacio. Durante la cirugía no se atraviesa ningún plano muscular, por lo que es muy poco probable que se pueda producir desgarramiento muscular.

El 21/01/2016 acude a consulta diciendo que nota bultoma en región paramedial lumbar derecha, que es doloroso a la palpación, por lo que el día 24 del mismo se le realiza una Rx apreciándose capuchones plásticos, previamente descritos, que se retiran mediante intervención con anestesia local y que la paciente pide le sean entregados.

En referencia a que la paciente presente enfermedad mental, no es algo que yo haya sugerido, pues cada vez que ha acudido a la consulta se le ha tratado con el máximo respeto, siempre oyendo la clínica que presentaba y casi siempre se le han realizado pruebas para descartar cualquier problema orgánico que pudiera causar la sintomatología. Ha sido vista en consulta cada vez que lo ha solicitado, sin ponerle ninguna traba para ello y se han realizado todo tipo de informes que solicitaba para presentarlos en el IMAS".

QUINTO.- Por la instrucción del procedimiento, por haberlo solicitado la reclamante, se solicita del Área de Salud I "INFORME de la Dra. R, médico de A.P. para que detalle el seguimiento dado tras las intervenciones y las consecuencias de las extracciones que se ha visto obligada a soportar la paciente". Dicha Área de Salud advierte que la médica corresponde al Área de Salud III, a la que se remite la solicitud.

Igualmente, por también haberlo solicitado la reclamante, se solicita del Servicio de Obras y Contratación "que se informe sobre los estimuladores implantados, si estos han originado en los servicios sanitarios reiteradas complicaciones como las que aquí se presentaron y sobre si los mismos siguen siendo utilizados en tales servicios o han sido sustituidos por otros y por qué causas".

SEXTO.- En fecha 28 de noviembre de 2018, se emite informe por la Dra. R en los siguientes términos:

“La paciente fue vista por mí los días 20/12/2017, quejándose de estreñimiento, gases y dolor en fosa ilíaca izquierda de meses de evolución; así como el 8/02/2018 por la misma patología.

Indicando tratamiento para sus dolencias.

Acude de nuevo el 18/04/2018 por importante dolor abdominal, que fue visto en urgencias, sin aportar informe.

Aporta informe de Digestivo privado con ECO en la que se informa de limitada valoración por meteorismo, asas de intestino delgado distendidas; sin captación Doppler patológico. Discreto engrosamiento hasta 3 mm.

Piden TAC abdominal con contraste oral e IV.

Explico a Dña X que desde atención primaria no podemos pedir pruebas con contraste, a pesar de lo cual se enfada.(Documento n2 1)

Ofrezco derivación preferente a la consulta de digestivo (Documento nº 2)”.

SÉPTIMO.- En fecha 28 de enero de 2019, se remite informe del Servicio de obras y Contratación en los siguientes términos:

“1. En referencia al modelo de neuroestimulador puesto:

a. Que en SAP para el número de historia clínica de la reclamación aparecen imputados dos estimuladores de la empresa Medtronic con referencia 37702 (coincide con lo que aparece en la historia clínica).

b. Que esta referencia actualmente se encuentra adjudicada en concurso y no tenemos constancia de problemas con ella.

c. Desde 2019 a 2018 se han implantado 36 unidades de la misma referencia.

2. Para más seguridad se ha revisado las notas de seguridad de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) que es de acceso público, desde el año 2009 al 2018 y salvo error por nuestra parte, no se ha encontrado nota de seguridad en referencia a este tipo de implante”.

OCTAVO.- Abierto el periodo de prueba y en relación con los medios propuestos por la reclamante, se le indica:

“Con respecto a la prueba documental se considera procedente.

Con respecto a la testifical del personal sanitario del SMS, esta no puede efectuarse de forma presencial, dado que por razones asistenciales el abandono de sus puestos de trabajo genera un perjuicio en la asistencia sanitaria continua que se presta en sus Centros sanitarios, por lo que esta Instrucción ha aportado los informes e historia clínica de los Servicios relacionados con la reclamación. También se ha aportado informe de la Dra. Dª R, así como informe sobre los estimuladores.

Con respecto a la prueba pericial propuesta, ésta debe ser aportada por la parte reclamante y a su costa, quedando abierto, de conformidad con el art. 77 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento

Administrativo Común de las Administraciones, un plazo de 30 días a contar desde el día siguiente en que reciba la presente notificación para la práctica de la misma”.

NOVENO.- El 12 de abril de 2019 se solicita al Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales el preceptivo informe de la inspección Médica.

No consta que haya llegado a evacuarse.

DÉCIMO.- Por la aseguradora del SMS se aporta informe médico pericial, de 15 de junio de 2020, evacuado por el Dr. S, Facultativo Especialista en Neurocirugía, que alcanza las siguientes conclusiones:

“1.- La paciente presentaba previamente a la actuación quirúrgica severos dolores que indicaban la actuación de forma escalonada para el tratamiento de los mismos por parte de los servicios de la Unidad del Dolor y finalmente Neurocirugía siendo este protocolo seguido de forma correcta.

2.- La implantación de los electrodos en la primera ocasión debido a haber agotado todas las posibilidades terapéuticas por la Unidad de Dolor de Lorca es adecuada y se realizó sin complicaciones. Sin embargo la aparición de una infección del material implantado precisó la retirada del material infectado poniéndose todos los medios disponibles para solucionar la complicación presentada.

3.- Tras la recuperación de la paciente y la reaparición de los dolores se procedió de nuevo a la implantación del sistema para el alivio de los dolores, sin embargo volvió a aparecer una complicación descrita pero inesperada, decidiéndose la nueva retirada del sistema encontrándose durante el procedimiento importante fibrosis decidiendo abandonar fragmentos del material por el riesgo de lesión medular dejando constancia de ello en el informe de alta de la paciente, siendo este procedimiento habitual en la práctica clínica habitual cuando concurren esas circunstancias.

4.- La paciente en todo momento fue controlada y evaluada por la Unidad del Dolor y el Servicio de Neurocirugía detectando la aparición incluso de una hernia discal L5-S1 voluminosa que precisó intervención y posteriormente su recidiva siendo también remitida para intervención de forma adecuada.

5.- Finalmente la paciente precisó nueva intervención de columna con laminectomía y artrodesis L4-L5-S1 el 22/06/2017 y continúa siendo seguida y atendida por el Servicio de Neurocirugía.

6.- Las secuelas definitivas que sufre la paciente, si bien pueden estar influidas por el curso tórpido de las heridas quirúrgicas y de los múltiples procedimientos a los que ha sido sometida, no son indicativas de una actuación médica incorrecta y en muchas ocasiones la fibrosis postquirúrgica y el síndrome de cirugía fallida de espalda puede aparecer en pacientes con patología degenerativa lumbar intervenida.

VI.- CONCLUSIÓN FINAL

Revisada la documentación aportada, se considera que la asistencia prestada a Dña. X por el Hospital Virgen de la Arrixaca en relación al tratamiento por dolor lumbar y síndrome de cirugía fallida de espalda, se considera ajustada a la lex artis ad hoc”.

UNDÉCIMO.- Conferido el preceptivo trámite de audiencia a los interesados (reclamante y aseguradora del SMS), el 18 de marzo de 2024, no consta que se hayan formulado alegaciones.

DUODÉCIMO.- Con fecha 11 de septiembre de 2024, la unidad instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, toda vez que no aprecia 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 el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, ni su antijuridicidad.

En tal estado de tramitación, y una vez incorporado el preceptivo extracto de secretaría y un índice de documentos, se remite el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de dictamen, mediante comunicación interior del pasado 12 de septiembre de 2024, complementada con la remisión en formato CD de nueva documentación.

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 LPAC, y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.

I. Cuando de daños físicos o psíquicos a los usuarios de servicios públicos se trata, la legitimación para reclamar por ellos corresponde, de forma primaria, a quien los sufre en su persona, lo que determina que la legitimada en el supuesto sometido a consulta sea la propia paciente, a quien resulta obligado reconocer la condición de interesada, conforme a lo establecido en el artículo 4.1 LPAC.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración titular del servicio público a cuyo funcionamiento se imputa el daño. En este supuesto, la Administración regional, a la que corresponde la prestación del servicio de asistencia sanitaria a la población, ya lo haga de forma directa, a través de sus propios recursos materiales o humanos, ya por mediación de entidades privadas a través de los oportunos conciertos, como ocurre en el supuesto sometido a consulta. En cualquier caso, de la realidad de los hechos acreditados en el expediente no resulta dudoso que la paciente acudió al centro hospitalario privado por indicación del SMS y fue intervenida por un médico perteneciente al SMS. Como señalamos en nuestros Dictámenes 136/2003, 13/2020 y 18/2023, entre otros, la circunstancia de que la prestación sanitaria se desarrolle en un centro privado concertado no altera el hecho de que el servicio que se presta es público y que su titularidad la ostenta la Administración, con independencia de que se gestione por un tercero; por ello, sería injusto que el grado de responsabilidad derivado de la prestación de un servicio público dependa de la forma en que se realice el servicio por los poderes públicos, sin olvidar que los centros concertados están sujetos a la inspección y control de la autoridad sanitaria (artículo 67.5 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad). Así lo ha reconocido el Consejo de Estado, entre otros, en su Dictamen nº. 85/2002, de 31 de enero, en relación con una reclamación sobre la asistencia sanitaria prestada por

un centro concertado: *“el hecho de que la asistencia sanitaria discutida se haya prestado en un Hospital concertado con el INSALUD no es obstáculo para el examen de fondo de la reclamación planteada, ni para su eventual estimación, pues, en otro caso, se estaría colocando a los pacientes que son remitidos a los centros, por decisión de la Administración sanitaria, en una peor situación? ¿n que el resto de los ciudadanos que permanecen en los establecimientos hospitalarios públicos”.*

II. La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPAC, toda vez que se ha ejercitado el 29 de junio de 2018, antes del transcurso de un año desde la segunda intervención donde se le retira el cable del estimulador a D^a X, con sus respectivas cánulas, que fue el 27 de noviembre de 2017, por tanto la reclamación se habría presentado dentro de plazo y ello sin necesidad de entrar a considerar la fecha posterior de estabilización o curación de las lesiones alegadas, a la que el indicado precepto legal vincula el *dies a quo* del plazo prescriptivo.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos (salvo el plazo para resolver, que excede del previsto legalmente), sin que se aprecien carencias esenciales, toda vez que constan realizados todos los preceptivos.

No obstante, se observa que la reclamante no realiza la cuantificación económica de la indemnización, ni ha sido solicitada su subsanación por parte de la instrucción del procedimiento.

Conviene destacar la ausencia de prueba por parte de la reclamante de algunos de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, cuya carga le corresponde en exclusiva. En el supuesto sometido a consulta, el informe médico de los facultativos actuantes y el del perito de la aseguradora no han sido cuestionados o rebatidos por la parte actora a través de las correspondientes alegaciones y pruebas en el trámite de audiencia que se le ha otorgado. Las consecuencias de la omisión de dicha actividad probatoria por parte de la interesada serán analizadas en ulteriores consideraciones. Baste ahora con recordar el carácter de prueba esencial que en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por pretendidos errores médicos o defectuosa asistencia sanitaria, reviste la prueba pericial, como de forma contundente expresa la sentencia de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 27 de junio de 2001, según la cual *“quien reclama debe probar la relación de causalidad antes expuesta (artículo 6.1.2º in fine Reglamento de Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial (...), y a tal efecto lo propio habría sido interesar una prueba pericial sobre la bondad de los tratamientos dispensados, prueba vital pues se está en un pleito en el que son convenientes o necesarios conocimientos científicos”.*

Por otra parte, en cuanto a continuar el procedimiento sin haber llegado a evacuarse el informe de la Inspección Médica, cabe recordar que el artículo 22.1, letra d) LPAC, prevé que, transcurridos tres meses desde la solicitud, sin que haya llegado a recibirse el informe, proseguirá el procedimiento. Y esto es lo que ha ocurrido en el supuesto sometido a consulta. Ha de precisarse, además, que dados los términos en los que se plantea el debate, existen suficientes elementos de juicio en el expediente para poder resolver, aun sin el valioso informe de la Inspección, toda vez que la interesada se limita a afirmar la existencia de mala praxis y falta de consentimiento informado, sin precisar que concretas actuaciones u omisiones le llevan a efectuar tal consideración, y sin aportar prueba alguna que le dé sustento suficiente.

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 LRJSP y desarrollados por abundante jurisprudencia, pudiendo sintetizarse en los siguientes extremos:

- 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 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 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 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 art is”*, 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-Adm inistrativo de 1 de marzo de 1999).

En esta misma línea, la STSJ Madrid, núm. 681/2021, de 10 de septiembre, sintetiza la doctrina jurisprudencial relativa a la exigencia y valoración de la prueba pericial médica en el proceso judicial en materia de responsabilidad patrimonial por defectuosa asistencia sanitaria y que, *mutatis mutandis*, puede hacerse extensiva al procedimiento administrativo:

“...es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados. En estos casos, los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado.

En estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquellos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”.

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

La reclamante formula una doble imputación. De un lado, manifiesta que la causa y el dolor para toda actividad es que en la cirugía de 24 de enero de 2016 para el implante del estimulador habían olvidado dos cánulas en la espalda. Con posterioridad, el 27 de noviembre de 2017 se le debe extraer otro material olvidado en otra cirugía de espalda anterior.

En segundo lugar, considera que en ningún momento de la asistencia médica prestada a la víctima se produjo la información preceptiva a practicar mediante el consentimiento informado que le hubiera permitido conocer los riesgos y adoptar alguna decisión.

I. En relación con la alegación de existencia de mala praxis en sentido material, es decir, de intervención médica no ajustada a la *lex artis ad hoc*, se pretende vincular la producción del daño con la actuación de los facultativos intervinientes en la asistencia sanitaria, la cual ha de ser valorada y analizada desde la ciencia médica, determinando en qué medida aquella se ajustó o no a los parámetros de una praxis correcta.

La valoración de la actuación facultativa, para establecer en qué medida la intervención, tanto en su indicación como en su desarrollo resultó adecuada a las exigencias médicas de esta práctica, exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. 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)-, resultan trascendentales los informes médicos que puedan obrar en el expediente.

Ahora bien, como ya se adelantó, la interesada no ha traído al procedimiento una prueba adecuada y suficiente para generar la convicción acerca de la concurrencia de la mala *praxis* alegada, en particular, un informe pericial que sostenga sus alegaciones. Adviértase que, de la sola consideración de la documentación clínica obrante en el expediente, no puede deducirse de forma cierta por un órgano lego en Medicina como es este Consejo Jurídico, que las cirugías practicadas no fueran adecuadas a normopraxis. Esta carencia de prueba, por sí sola, podría resultar suficiente para desestimar la reclamación en los términos en los que fue planteada, dado que es al actor a quien incumbe la carga de probar la quiebra de la *lex artis* que imputa a la Administración, ex artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, conforme al clásico aforismo “*necessitas probandi incumbit ei qui agit*”.

En cualquier caso, los informes técnicos que sí obran en el expediente apuntan a que la atención dispensada a la paciente fue la adecuada y ajustada a normopraxis, como de forma singular se desprende de la valoración crítica

que de ella efectúa el perito de la aseguradora, a cuyas conclusiones, reproducidas en el Antecedente décimo de este Dictamen, cabe remitirse en orden a evitar innecesarias reiteraciones.

Así, como se explica en el informe de Neurocirugía del HUVA: *“Finalmente el estimulador es retirado el 12/11/2014, dejando según informe la tira de electrodos sublaminaar, probablemente por el riesgo de complicaciones que podría causar su retirada; puede ser mayor que el riesgo de dejarlos puestos”*.

Sigue diciendo el informe que: *“El estimulador de cordones posteriores, se encuentra formado por varios componentes, los cuales son estructuralmente débiles y se encuentran protegidos por un material de plástico, incluso para reforzar las conexiones de los distintos elementos se les ponen unos capuchones plásticos”*.

Es decir, tanto la tira de electrodos, como los capuchones plásticos que los recubren, fueron dejados en el año 2014 tras la retirada del electro estimulador para evitar mayores riesgos, es decir, no fueron olvidado.

En igual sentido se pronuncia el informe de la Unidad del Dolor del HUVA, al indicar que le explicaron a la paciente que neurocirugía había actuado de forma correcta dejando el electrodo epidural en su lugar tras la retirada del electro estimulador.

Como se indica en el informe médico pericial aportado por la compañía aseguradora del SMS: *“el 12/11 /2014 se retiran electrodos y la pila y se abandona electrodo de estimulador sublaminaar debido a los riesgos de la misma.*

Dicha actuación también es adecuada dado que es la práctica habitual que ante el hallazgo de un catéter adherido a estructuras vitales como puede ser la pared aórtica o en este caso un catéter adherido a la membrana que recubre la médula, hubiera podido producir una lesión medular irreversible. Este tipo de sistemas producen una fibrosis del tejido que las rodea haciendo muy compleja su retirada sin el desgarrar de dicho tejido y por tanto la práctica habitual es realizar la sección del catéter y abandonarlo, continuando con seguimiento del paciente y realizando la extracción del fragmento si el mismo llega a producir dolores o alguna complicación que es la actitud que se sigue de forma adecuada en esta paciente.

Estos fragmentos se encontraban a nivel subcutáneo y podían producir molestias locales como ocurre y no los dolores de características neuropáticas que presenta la paciente y por tanto no tienen relación con el cuadro de afectación grave que tiene la misma, aunque efectivamente pueden producir molestias locales siendo también la actuación correcta puesto que cuando han aparecido se ha procedido a su tratamiento y retirada”.

A la vista de lo expuesto, este Consejo Jurídico debe necesariamente concluir, en ausencia de prueba en contrario que lo desvirtúe, que no hubo ningún olvido de material en las diversas intervenciones quirúrgicas a las que fue sometida la paciente, sino que dicho material fue intencionadamente abandonado con el fin de evitar males mayores que pudieran empeorar el estado de la paciente y, en concreto, que su extracción pudiera producir una lesión medular irreversible, por lo que no es posible afirmar que se haya producido en el presente caso una mala praxis contraria a la *lex artis*.

II. En cuanto a la ausencia de consentimiento informado, tenemos que señalar lo siguiente:

A) Derecho del paciente a ser informado para decidir de forma libre y consciente acerca de su propia salud.
Doctrina general.

a) Para el correcto análisis de la situación expuesta, resulta preciso comenzar por destacar la facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas. Señala el Tribunal Constitucional, en su Sentencia 37/2011, que para que esa facultad de decidir sobre los actos médicos que afectan al sujeto pueda ejercerse con plena libertad, es imprescindible que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas, pues sólo si dispone de dicha información podrá prestar libremente su consentimiento, eligiendo entre las opciones que se le presenten, o decidir, también con plena libertad, no autorizar los tratamientos o las intervenciones que se le propongan por los facultativos.

Comoquiera que la doctrina de este Consejo Jurídico acerca del derecho y correspondiente deber de información en el ámbito asistencial sanitario es conocida por la Consejería consultante, habiendo sido expuesta en multitud de dictámenes emitidos a petición suya, se omite su reproducción *in extenso*. Baste ahora con recordar que, de conformidad con el régimen jurídico de la autonomía del paciente y el elenco de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el paciente tiene derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, comprendiendo, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias (art. 4). Este derecho de información se particulariza en el artículo 8 de la Ley, como consentimiento informado, libre y voluntario del afectado, que habrá de recabarse para toda actuación en el ámbito de su salud. El consentimiento habrá de serlo por escrito cuando se refiere a intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, y para obtenerlo habrá de ofrecérsele información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sus riesgos.

b) En cualquier caso, el deber de información al paciente ha de sujetarse a criterios de razonabilidad y proporcionalidad, de modo que habrán de ponderarse en cada caso concreto las circunstancias concurrentes del caso, algunas de las cuales tienen un reflejo legal, mientras que otras han sido objeto de consideración jurisprudencial. Entre las primeras (art. 9.2, letra b, Ley 41/2002), la urgencia del caso, de forma que a mayor urgencia menos información es exigible, la necesidad del tratamiento, o el carácter novedoso o la duda razonable acerca de los efectos del tratamiento o de la intervención.

Como se ha dicho, también la jurisprudencia ha relativizado el deber de información en atención a otras circunstancias, de modo que a mayor indicación del tratamiento o intervención, menor información es obligatorio trasladar, teniendo este criterio sus manifestaciones extremas y opuestas en los supuestos de medicina satisfactoria, por una parte, en la cual la mínima o inexistente necesidad del tratamiento convierte la exigencia de información en mucho más estricta; y, de otra, los tratamientos o intervenciones que constituyen la única alternativa terapéutica para la dolencia del paciente, en los cuales, si bien no cabe afirmar de forma categórica que el médico queda exento de informar al paciente, pues ello supondría incurrir en la falacia de admitir que las enfermedades o intervenciones que tengan un único tratamiento, según el estado de la ciencia, no demandan consentimiento informado (sentencia de la Sala 1ª del Tribunal Supremo, de 8 de septiembre de 2003), sí que cabe afirmar que la exigencia de información se reduce al mínimo.

c) La infracción de este deber ha sido caracterizada por la jurisprudencia mayoritaria como vulneración de la "*lex artis ad hoc*" en sentido formal, que es susceptible de producir un daño "*que lesiona el derecho de*

autodeterminación del paciente al impedirle elegir con conocimiento, y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias, entre las diversas opciones vitales que se le presentan. Causa, pues, un daño moral, cuya indemnización no depende de que el acto médico en sí mismo se acomodara o dejara de acomodarse a la praxis médica, sino de la relación causal existente entre ese acto y el resultado dañoso o perjudicial que aqueja al paciente. O, dicho en otras palabras, que el incumplimiento de aquellos deberes de información sólo deviene irrelevante y no da por tanto derecho a indemnización cuando ese resultado dañoso o perjudicial no tiene su causa en el acto médico o asistencia sanitaria" (SSTS de 3 de octubre y 13 de noviembre de 2012).

Para que surja este daño moral que lesiona el derecho de autodeterminación del paciente y para que resulte indemnizable será necesario, en consecuencia, que se incumpla de forma total o parcial el deber de obtener su consentimiento informado para someterse a una determinada actuación, intervención o prueba para la que se considere preceptiva su obtención, y que de dicha actuación o intervención derive, en términos de estricta causalidad física, un determinado perjuicio para la salud del paciente.

B) En el supuesto sometido a consulta ha quedado acreditado que constan en la historia clínica, tal y como expone la propuesta de resolución, los siguientes documentos de consentimiento informado:

1. C.I. de Electromiografía firmado el 26 de noviembre de 2008.
2. C.I. de Anestesia General firmado el 18 de junio de 2009.
3. C.I. firmado por la paciente el 20 de enero de 2010 del HUVA.
4. C.I. firmado por la paciente el 15 de mayo de 2014, del Servicio de Neurocirugía del HUVA, de "retirada de E. cordones posteriores" donde constan las complicaciones específicas de la intervención: *"Infección, rotura, pérdida de fuerza en miembro inferior, con alteraciones Fistula de LCR. Problemas relacionados con su patología, hemorragia.*
5. C.I. firmado el 19 de junio de 2014 de Anestesia General.
6. C.I. firmado por la paciente en fecha 1 de junio de 2017 para anestesia general, local y loco regional en el Hospital Viamed San José.
7. C.I. firmado por la paciente de fecha de ingreso 22 de junio de 2017 del HUVA del Servicio de Neurología, del procedimiento "Espalda fallida", en el mismo constan las complicaciones específicas de la intervención: *"Hemorragia, infección, déficit neurológico".*
8. Solicitud de intervención programada firmada por la paciente el 3 de noviembre de 2017 para extracción de material, así como autorización de pruebas e intervenciones firmada en fecha 27 de noviembre de 2017 en el Hospital Viamed San José.
9. C.I. para anestesia general, local y loco-regional firmada por la paciente el 21 de noviembre de 2017 en el Hospital Viamed San José.
10. C.I. del Servicio Regional de Neurocirugía de "Autorización para intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos cruentos" firmada por la paciente el 27 de noviembre de 2017.
11. C.I. para "Tratamiento quirúrgico de extracción de material" del Hospital Viamed San José firmado por la paciente en fecha 27 de noviembre de 2017, donde consta el procedimiento, consecuencias seguras, descripción de los riesgos típicos, las alternativas al tratamiento y la declaración de su consentimiento para la intervención.

Además, como se indica en el informe del Servicio de Neurocirugía del HUVA: *“En todas las cirugías que se le han realizado, siempre se han explicado las posibles complicaciones que pudieran suceder, así como la posibilidad de rotura y el que pudiese quedar algún componente debido a las adherencias o fibrosis que se hayan podido producir”*.

Por todo ello podemos concluir, de los datos de la historia clínica y de los documentos de consentimiento informado que obran en ésta, así como de los informes médicos de los profesionales sanitarios, que fue informada de su situación, de las consecuencias y la necesidad de las intervenciones a las que fue sometida.

En consecuencia, no ha llegado a acreditarse la alegada mala *praxis*, en su doble aspecto material y formal, en el proceso asistencial de la hoy reclamante, lo que impide apreciar la concurrencia de todos los elementos a los que el ordenamiento anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública, en particular el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, ni su antijuridicidad.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no apreciarse la concurrencia de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, cuya antijuridicidad tampoco ha quedado acreditada.

No obstante, V.E. resolverá.