



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **165/2025**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 23 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 20 de mayo de 2025 (COMINTER 210263) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 21 de mayo de 2025, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2025_181), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- En fecha 28 de septiembre de 2023, un letrado, en nombre y representación de D.^a X, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial, frente a la Administración regional, por los daños neurológicos que dice haber sufrido como consecuencia de la asistencia prestada por los servicios sanitarios del Servicio Murciano de Salud (SMS), en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), por la intervención de fascitis nodular que le fue practicada el día 7 de marzo de 2023.

La reclamación se fundamenta en los siguientes hechos:

A principios de febrero de 2023, X notó un bulto sobre su clavícula izquierda. Tras la realización de una biopsia en el Hospital General Universitario Morales Meseguer (HMM), se le diagnosticó una neoplasia mesenquimal de bajo grado -sarcoma- y se recomendó la realización de una resección completa.

Ya en la consulta de cirugía del HUVA se envió la muestra para un nuevo análisis en anatomía patológica. Dicho análisis dio como resultado una fascitis nodular, descartando así el sarcoma.

Tras dicho diagnóstico se indicó la necesidad de ser sometida a una cirugía, ante lo que expresó su preocupación por los riesgos de la misma, especialmente ante la posibilidad de poder ver algún nervio o arteria afectados. Sin embargo, la paciente nunca fue informada de los riesgos a los que se iba a exponer.

El día 7 de marzo de 2023 se llevó a cabo la intervención de fascitis nodular por medio de una exéresis simple en el HUVA. Se informó a la familia de la paciente de que la intervención había resultado más complicada de lo esperado y, tras la misma, la Sra. X evidenció que había perdido gran parte del movimiento y de la sensibilidad de su miembro superior izquierdo, así como que experimentaba dolores neuropáticos severos.

El día 16 de marzo de 2023 recibió el alta hospitalaria y el día 20 de abril de 2023 el informe de electromiografía arrojó los siguientes resultados: "Los hallazgos corroboran el diagnóstico previo de plexopatía de cordón posterior y de nervios supraescapular y torácico largo, con axonotmesis/neurotmesis total por la ausencia de actividad voluntaria en todos ellos, salvo discretamente en n. torácico largo".

Dada la situación de la paciente, y ante la falta de derivación de la misma por parte del HUVA a un hospital público de referencia en plexo braquial, a pesar de haberlo solicitado expresamente, la Sra. X tuvo que acudir a consulta médica del Hospital Vithas Medimar de Alicante, reflejándose por primera vez el diagnóstico de lesión del plexo braquial postquirúrgica, con afectación del nervio supraescapular y fascículo posterior de la paciente.

El 23 de mayo de 2023, la Sra. X fue intervenida de neurolisis del nervio supraescapular, fascículo posterior, axilar y radial en el Hospital Vithas Medimar de Alicante, estando actualmente en proceso de rehabilitación.

En relación con la valoración económica del daño, considera que aún está pendiente de concretar.

Aporta su historia clínica, facturas de la clínica privada y de rehabilitación y poder para pleitos.

SEGUNDO.- En fecha 23 de octubre de 2023, el Director Gerente del SMS dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación de responsabilidad patrimonial, que se notifica a la interesada el día 8 de noviembre de 2023, indicándole el plazo máximo de resolución y el sentido del silencio administrativo.

TERCERO.- En fecha 9 de noviembre de 2023, el Servicio Jurídico del SMS, al que se le atribuye la instrucción del expediente, solicita a las Gerencias de las Áreas de Salud I (HUVA) y VI (HMM) la historia clínica de la paciente, así como los informes de los facultativos intervenientes.

Y con fecha 16 de noviembre de 2023, en contestación a dicha solicitud, la Gerencia del Área de Salud VI remite copia de la historia clínica e Informe del Jefe de Servicio de Rehabilitación, de fecha 15 de noviembre de 2023, que afirma lo siguiente:

"(...)

EF: Cicatriz, portadora de puntos de sutura

Atrofia + cintura escapular

Palpación osteomuscular dolorosa dorsal ancho

Lateralización cervical dx molestias

Movilidad activa limitada en hombro 1-2, extensión muñeca/dedos 0/1, actividad flexora dedos, bíceps 3 (mano mentón, tríceps 3)

Pasivo; libre

Hipoestesia táctil en MSI (+ a nivel proximal) REM bíceps tríceps +, estilaradial -

Resto de EE fuerza/sensibilidad conservada

RESUMEN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: (...)

EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS: 1

9/05/2023 13:18 - Solicitud de informe

Paciente incluida en tratamiento de fisioterapia (inicio en mes de abril), aporta informe del servicio de traumatología (centro Vithas Medimar, hoja clínica fecha 11/5/23): Lesión postquirúrgica de plexo braquial izquierdo con afectación predominante de nervio supraescapular y fascículo posterior. Se programa para cirugía el día 23/5/23.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

RESECCIÓN EN BLOQUE DE NÓDULO CERVICAL PROFUNDO

LESIÓN DE PLEXO BRAQUIAL IZQUIERDO (PTE DE CIRUGIA)...

TRATAMIENTO:

Tratamiento Fisioterapia: Se recomienda mantenimiento de pautas adaptadas en RHB. O

TRAS RECOMENDACIONES:

Próxima Revisión: Ya citada

Médico responsable de su proceso de Rehabilitación: Dr. Y".

CUARTO.- En fecha 13 de diciembre de 2023, la clínica Vithas Alicante, S.L. remite la historia clínica de la paciente.

QUINTO.- En fecha 15 de diciembre de 2023, la Gerencia del Área de Salud I remite copia de la historia clínica e Informe del Facultativo Especialista de Cirugía General y Aparato Digestivo (dado que el cirujano que realizó la intervención fue el Dr. Z, que actualmente no presta servicios en ese Área de Salud), que afirma lo siguiente:

"El día de 9 de marzo de 2023, durante el pase de visita a la paciente, que fue intervenida por el Dr. Z el día 8 de marzo, la paciente refirió dolor en miembro superior izquierdo y dificultad de movimiento, por lo que indiqué el 13 de marzo interconsulta a Unidad del Dolor, a Neurocirugía y una Electromiografía a Neurofisiología Clínica.

La paciente fue alta hospitalaria el 16 de marzo, para seguimiento en consulta por el Dr. Z y por mí.

Fue vista por neurocirugía.

La primera visita fue el día 20 de marzo, en consulta del Dr. Z.

En conclusión, mi intervención se limitó a realizar la petición de valoración por otras unidades ante los hallazgos durante el pase de planta postoperatorio".

SEXTO.- En fecha 24 de abril de 2024, a petición de la instrucción del procedimiento, el Área de Salud I remite el informe del Dr. Z, Cirujano General y del Aparato Digestivo, que indica.

"La arriba citada paciente fue atendida por mi persona en relación a una masa tumoral que se localizaba en tejido celular subcutáneo a nivel supraclavicular izquierdo. Vista en otro hospital, la paciente aportaba BAG que informaba de posible lesión sarcomatosa de bajo grado. Reevaluada por servicio de Anatomía patológica, el informe final es de "fascitis nodular", lesión de carácter benigno de difícil diagnóstico diferencial con sarcomas de bajo grado. Aun así, el diagnóstico definitivo sólo se puede hacer una vez resecada la pieza.

La enferma clínicamente sólo manifestada datos clínicos locales relacionados con la presencia de la masa, en ningún momento, datos neurológicos algunos. Las pruebas de imagen, TAC en este caso, evidenciaban la presencia de la masa a nivel subcutáneo sin afectación de partes profundas.

En esta situación se decide cirugía que, como no puede ser de otra forma, debe, y desde luego en este caso, tuvo por objetivo la resección de la masa con márgenes libres. Este abordaje es el recomendado para lesiones malignas, potencialmente malignas y benignas con riesgo de recidiva como es esta, especialmente cuando el diagnóstico final histopatológico no es firme de forma definitiva. Se ha de enfatizar que las resecciones R1 o la rotura tumoral comprometen el pronóstico de los enfermos de forma muy notable. Por tanto de (sic) abordó la exéresis de la lesión de forma quirúrgica con el objetivo de efectuar una exéresis radical evidenciándose la masa ya conocida con retracción e infiltración de 2 fascículos nerviosos pertenecientes al plexo braquial. Uno de los fascículos pudo ser preservado, el más grande, pero el más pequeño penetraba de forma completa en la masa por lo que tuvo que ser sacrificado. Evidentemente podían haberse empleado otras alternativas terapéuticas a lo hecho:

- Resecar parcialmente la masa, lo cual es absolutamente ineficaz, inservible y peligroso pues se hubiera roto el tumor, se hubiera favorecido su crecimiento, se hubiese alterado por empeoramiento el pronóstico y la afectación nerviosa hubiera ido a más.
- No efectuar gesto quirúrgico alguno, lo que hubiera impedido el diagnóstico anatomo-patológico y por tanto un potencial tratamiento ulterior; y al dejar la masa "in situ", favorecer su crecimiento y una mayor afectación locorregional (nerviosa e incluso vascular).

Finalmente, la AP evidenció la presencia definitiva de una fascitis nodular muy agresiva (variante intravascular) resecada en su totalidad. Con este diagnóstico se certificaba, lógicamente y a posteriori de su resección, que la masa que afectaba a esta paciente era benigna y el pronóstico oncológico excelente.

Puedo comprender y, desde luego, comprendo y lamento profundamente, el daño colateral generado a partir de la cirugía. Esto es así y no se puede cambiar. He de recordar que, como no podía ser de otra forma, se usaron todos los recursos disponibles por mi parte, mi servicio y el SMS para solucionar este daño generado. Por otra parte, he de señalar que este caso no es en absoluto único y raro. En la cirugía de los tumores de partes blandas, el diagnóstico diferencial y el diagnóstico preoperatorio es, en muchas ocasiones muy difícil, si no imposible. La

posibilidad de enfrentarnos a un sarcoma es evidente y obliga a este tipo de cirugías pues de lo contrario se comprometería el pronóstico vital de estos enfermos de forma muy notable. La cirugía, a día de hoy, y en concreto la cirugía de exéresis con márgenes libres es el único tratamiento potencialmente curativo en sarcomas".

SÉPTIMO.- Con fecha 8 de mayo de 2024, la instrucción remite copia del expediente al Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales, solicitando que la Inspección Médica emita informe valorativo de la reclamación.

OCTAVO.- En fecha 31 de mayo de 2024, la reclamante presenta escrito, en el que pone de manifiesto que, comprobada la historia clínica, no consta consentimiento informado para la intervención de fascitis nodular de fecha 7 de marzo de 2023, por lo que por este punto está totalmente acreditada la antijuridicidad del daño causado.

NOVENO.- En fecha 2 de julio de 2024, la compañía aseguradora del SMS remite informe médico pericial emitido por un Especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo, en el que se concluye:

"1.- La paciente, D^a. X, acudió el día 10 de febrero de 2023 a consulta del Hospital Universitario Morales Meseguer por notar la presencia de un bullo en región supraclavicular izquierda, siendo diagnosticada por biopsia (BAG) de sarcoma de bajo grado y trasladada a las consultas de cirugía del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

2.- En este hospital se realiza una segunda valoración de la biopsia previa cambiando el diagnóstico de sarcoma por el de "Fascitis Nodular". Queda explicado que la realización de más pruebas como resonancia o PET no habría añadido nada al diagnóstico, que se hizo correctamente y ajustado a Lex Artis, antes bien hubiera podido artefactuarlo (sic) dado lo inespecífico de su semiología. Lo mismo podemos decir de consulta con medicina interna.

3.- La paciente fue intervenida el día 8 de marzo de 2023 en el HVA por el Dr. Z. Encontrando una tumoración de 5 cm que afectaba al plexo braquial. Extirpó la tumoración en su totalidad. Como se explica en apartado anterior esta tumoración no está encapsulada por lo que sus límites no son siempre precisos, motivo por el que cuenta entre sus riesgos típicos la lesión de estructuras vecinas como el plexo braquial, aún realizándose con técnica adecuada a Lex Artis como en este caso.

4.- En el postoperatorio presentó un déficit motor en el miembro superior izquierdo, así como dolor neuropático. Posteriormente por estudios electromiográficos se evidenció que se había afectado el plexo braquial en su rama supraescapular y fascículo posterior.

5.- La paciente fue vista y operada después por el Dr. P en Alicante el día 25 de mayo de 2023 confirmando la lesión del plexo braquial, realizando alguna Neurolisis y trasferencias nerviosas.

6.- Antes y después de esta intervención la paciente ha recibido tratamiento rehabilitador tanto en el hospital de la seguridad social como en el ámbito privado. No se aporta informe de situación. Se aporta factura de sesiones de rehabilitación especializada en mano: "Una sesión semanal desde el 25.07.2023 hasta el 30.08.2023".

7.- No se aporta información de la situación actual de la paciente.

8.- No hemos encontrado en la documentación aportada un documento de consentimiento informado correspondiente a la intervención quirúrgica del 8 de marzo de 2023. Pero del mismo escrito de la reclamación puede deducirse que la paciente interrogó al cirujano a cerca de las posibles complicaciones de la cirugía, luego hubo conversación e información verbal.

9.- En cuanto al diagnóstico, estudio preoperatorio, indicación quirúrgica y el desarrollo de la intervención las actuaciones del Dr. Z se ajustan a Lex Artis".

DÉCIMO.- La Inspección Médica emite informe en fecha 22 de noviembre de 2024 valorativo de la reclamación, formulando las siguientes conclusiones:

- “• Doña X, presentaba una masa en región supraclavicular izquierda, que tras las exploraciones oportunas, incluida biopsia, fue diagnosticada en el HGU Morales Meseguer de sarcoma de bajo grado.
- Se traslada a la paciente a la consulta de sarcomas del HCU Virgen de la Arrixaca, donde se solicita una segunda lectura de la biopsia realizada. Esta segunda lectura se informa como fascitis nodular.
- La fascitis nodular, debido a sus características, es ocasionalmente diagnosticada de forma errónea como sarcoma.
- Tras el diagnóstico, y de forma correcta, se propuso la exéresis quirúrgica.
- Entre la documentación analizada no se ha localizado el consentimiento informado para esta la intervención.
- La paciente es intervenida el 08/03/2023, detectándose masa de unos 5 cm de diámetro que, además de tejido muscular, infiltra el tronco superior del plexo braquial. Se consigue la exéresis completa de toda la masa, resultando muy difícil la liberación del tronco superior del plexo, seccionándose un ramo nervioso que estaba introducido en la masa.
- Las lesiones de nervios o vasos, son uno de los riesgos que existen en las exéresis de tumoraciones de partes blandas. Están en relación con la proximidad anatómica o incluso, como en este caso, con la inclusión de estas estructuras en la masa tumoral, y el hecho de que se produzcan no implica la existencia de mala praxis.
- Ya en el postoperatorio inmediato presentó dolor neuropático y déficit motor en miembro superior izquierdo. Se solicitó electromiograma y se inició tratamiento rehabilitador. La lesión nerviosa del plexo braquial fue confirmada mediante el electromiograma.
- Tras esta confirmación, en el HCU Virgen de la Arrixaca se iniciaron los trámites para derivar a la paciente a un centro de referencia en lesiones del plexo braquial, pero la paciente tomó la decisión de acudir, el mismo día del inicio de esos trámites, a un centro de su elección en concepto de paciente particular.
- La paciente fue intervenida en el centro privado de su elección y ha recibido tratamiento rehabilitador postoperatorio también en la sanidad privada.
- No consta en la documentación información sobre la situación clínica al final del proceso”.

UNDÉCIMO.- En fecha 30 de enero de 2025, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia, “en el que podrá formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estime pertinentes”.

Y con fecha 17 de febrero de 2025, tras acceder a la totalidad del expediente, la reclamante presenta escrito de alegaciones por el que, tras reiterar su reclamación inicial, insiste en que la realización de una RM -prueba de elección en estos casos- habría permitido una mejor identificación de la tumoración en el periodo preoperatorio y, potencialmente, evitado la difícil reintervención que la paciente sufrió posteriormente, contribuyendo tanto a minimizar los daños en las estructuras nerviosas, como posibilitando una planificación quirúrgica integral que incluyera su reparación.

En cuanto a la ausencia de consentimiento informado, del contenido del expediente administrativo se confirma lo que ya se puso de manifiesto en la reclamación, esto es, que no se recabó en ningún momento la conformidad expresa y manifiesta de la paciente por medio de la debida información recogida en documento de consentimiento informado para la intervención a la que fue sometida.

Que, debido a la naturaleza de las lesiones sufridas durante la intervención quirúrgica y ante la falta de signos que confirmasen la evolución pronosticada, la paciente consideró oportuno buscar una segunda opinión especializada, ya que las lesiones fueron diagnosticadas como una plexopatía grave, mientras que la especialidad del Dr. Z es la Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En cuanto a la valoración económica del daño, solicita la cantidad total de 56.244,06 euros por días de perjuicio, facturas y gastos médicos.

DUODÉCIMO.- Solicitado informe complementario de la Inspección Médica se emite en fecha 21 de marzo de 2025 con las siguientes conclusiones:

- “• La no realización de una resonancia magnética con carácter previo a la intervención para exéresis de fascitis nodular, no implica la existencia de mala praxis.
- La falta del consentimiento informado entre la documentación analizada, ya fue recogida en el anterior informe de inspección
- Aunque no se ha localizado la documentación que avale que se efectuó la derivación a un servicio de referencia por parte del HCU Virgen de la Arrixaca, la lentitud o falta de inicio de un trámite de derivación, en una intervención como la presente que no reúne las características de urgencia vital, no implica que el sistema público haya de asumir los gastos que genere la decisión del paciente de acudir a un centro privado de su elección”.

DECIMOTERCERO.- Otorgado nuevo trámite de audiencia a la reclamante, en fecha 5 de mayo de 2025 presenta escrito de alegaciones reiterándose en sus manifestaciones anteriores.

DECIMOCUARTO.- En fecha 15 de mayo de 2025, el órgano instructor del expediente dicta propuesta de resolución mediante la que plantea “Estimar parcialmente la reclamación patrimonial interpuesta... por... Dª X, en la cantidad de 3.000 € por el daño moral sufrido, por infracción del derecho de información, al existir relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos regionales y dicho daño, cuya antijuridicidad también ha quedado acreditada”.

En la fecha y por el órgano indicado, se recaba el Dictamen preceptivo de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo, un índice de documentos y un resumen de las actuaciones del procedimiento.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante 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 artículo 81.2 de Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I.- La reclamante ostenta legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), por ser la persona que sufre los daños por cuya indemnización reclama.

Por otra parte, la legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público sanitario a cuyo funcionamiento se pretende imputar el daño reclamado.

II.-La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 de la LPAC. La intervención causante de los daños por los que reclama (según la reclamante) se produjo el día 7 de marzo de 2023, por lo que, con independencia de la fecha de estabilización de las secuelas, presentada la reclamación el día 28 de septiembre de 2023 es evidente que el derecho a reclamar se ha ejercitado dentro de plazo.

III.-En cuanto al procedimiento, 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 ha excedido el plazo de seis meses previsto en el artículo 91.3 de la LPAC.

TERCERA.- Elementos integrantes 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 que se desprende del artículo 106.2 de la Constitución Española: "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.

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:

- Que el daño o perjuicio sea real y efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con 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.
- Que no concorra causa 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 medios 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 su Dictamen núm. 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, recaída en el recurso núm. 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 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 concorra 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 de este Consejo Jurídico números 49/2001 y 97/2003, entre muchos otros). 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 a rtis”, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad previsible 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 (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).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervenientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 de la LPAC, su principal apoyo probatorio habrá de ser el informe de la Inspección Médica, dadas las peculiares características que reúne y que pone de manifiesto la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid núm. 430/2014, de 9 de junio, al señalar en relación con el indicado informe que “en la valoración conjunta de la prueba se han de ponderar sus consideraciones médicas y sus conclusiones como elementos de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para la decisión de la litis, considerando que su fuerza de convicción reside, además de en su motivación y coherencia, en la circunstancia de que la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes”.

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Dos son las imputaciones que realiza la reclamante al SMS como causantes de un daño que debe ser indemnizado:

1. En primer término, que no se agotó la vía diagnóstica previa a la intervención a la que fue sometida la paciente, por medio de la realización de pruebas tales como RMN e incluso interconsulta previa con medicina interna, lo cual podría haber descartado la realización de una cirugía tan arriesgada como la que se llevó a cabo, máxime a la vista de que el tumor que padecía la Sra. X no era maligno, sino benigno.

2. Y en segundo término, que no consta que en ningún momento la paciente mostrara su conformidad expresa y manifiesta con la intervención quirúrgica a la que fue sometida.

I. Sobre la mala praxis, al no agotarse la vía diagnóstica previa a la intervención quirúrgica.

En cuanto a la primera de las cuestiones planteadas (no se agotó la vía diagnóstica) es evidente que dichas alegaciones deben analizarse desde la óptica de la ciencia médica, por lo que debe acudirse a los informes médicos y periciales que constan en el expediente. Así, siendo necesarios conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la LEC-, resultan trascendentales los informes médicos que puedan obrar en el expediente.

La reclamante no ha traído al procedimiento un dictamen pericial que sostenga sus alegaciones de mala praxis en sentido material, por lo que este Consejo Jurídico no tiene instrumentos científicos médicos para poder valorar tales alegaciones. 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 a la parte actora a quien incumbe la carga de probar la quebra de la lex artis que imputa a la Administración, ex artículo 217 de la LEC, 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 asistencia sanitaria dispensada al paciente fue adecuada y ajustada a normopraxis.

Así, el informe médico-pericial aportado por la compañía aseguradora del SMS, elaborado por un especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo, explica sobre esta cuestión:

“Clásicamente se ha considerado siempre la ecografía y el TAC con contraste el método radiológico de elección en el estudio de tumoraciones del cuello. La resonancia no suele añadir mayor información y, en el caso de la FN, está suficientemente publicado el hecho de que en la resonancia puede confundirse más fácilmente con un sarcoma pues las características de sus imágenes generalmente son inespecíficas. (Skeletal Radiol 2013 Jul;42(7):975-82, citado en bibliografía).

Lo mismo podemos decir con respecto al estudio con PET SCAN que también puede ser engañoso pues está confirmado que la FN es hipercaptante en este estudio. Puede, de hecho, confundirse con facilidad con un tumor maligno pues la FN capta ávidamente el radioisótopo. (Clin Nucl Med. 2015 Feb;40(2):172-4. Y otros).

Por ello, resulta correcta la actitud del cirujano al considerar suficiente el estudio realizado”.

Y, en cuanto a la necesidad de la cirugía, añade:

“Sería pensable el tratamiento conservador -dejado a su libre evolución vigilada- de la FN sólo en el curso de un ensayo clínico correctamente diseñado y supervisado y exclusivamente para tumores pequeños y de localización superficial en extremidades como en el caso de la fotografía. De ningún modo sería planteable la sola observación para un caso como el que nos ocupa.

(...)

Hemos consultado en hospitales de primer orden de la Red Sanitaria de Madrid y en ninguno se está llevando a cabo un ensayo que incluya la sola observación de un caso de fascitis nodular como este.

La actitud del Dr. Z decidiendo operar a la paciente de su tumoración cervical diagnosticada de fascitis nodular

debe considerarse correcta y ajustada a Lex Artis, conforme a los actuales conocimientos de la Ciencia Médica".

Por su parte, el informe de la Inspección Médica indica:

"La reclamante alega que se optó por la cirugía sin agotar el diagnóstico preoperatorio, concretamente manifiesta que se descartó la necesidad de realizar una resonancia magnética. Respecto a esto, recordar que las características de la fascitis en la resonancia no son específicas, por lo que su realización poco podía aportar a las pruebas ya realizadas (ecografía, TAC y biopsia)"; y en su informe complementario añade: "Sobre falta de resonancia magnética preoperatoria, cuando se analiza bibliografía sobre la utilidad de las pruebas de imagen en el diagnóstico y delimitación de la lesión, se encuentran textos como: "Las pruebas de imagen como la radiología simple, la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética nuclear permiten localizar la lesión, delimitar su extensión y definir su relación con otras estructuras anatómicas; la FN se observa como una lesión generalmente bien definida, homogénea en el espesor de los tejidos blandos, localizada a nivel superficial (Rev. Esp. Cir oral maxilofac. 2023; 45 (1): 46-49)". No se cuenta con protocolos específicos que concreten de forma taxativa las exploraciones complementarias (pruebas de imagen en nuestro caso) que deben realizarse antes de una intervención de fascitis nodular en región supraclavicular, por lo que sin entrar en considerar la superioridad de la resonancia sobre el TAC, no cabe sino concluir que la no realización de una resonancia con carácter previo a la intervención no constituye mala praxis".

Y añade que: "Con este diagnóstico (fascitis nodular) se propone la intervención quirúrgica. La exéresis quirúrgica es el tratamiento indicado para la fascitis, y por supuesto estaría indicada también si la segunda lectura hubiera confirmado el primer diagnóstico de neoplasia".

A la vista de lo expuesto en los informes parcialmente transcritos, y ante la ausencia de prueba alguna en contrario aportada por la interesada, debemos concluir que la práctica médica fue correcta y ajustada a la lex artis.

II. Derecho del paciente a ser informado para decidir de forma libre y consciente acerca de su propia salud.

1. En primer lugar, debe destacarse 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.

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 (artículo 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.

2. 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 (artículo 9.2.b de la 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 satisfactiva, 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 1^a del Tribunal Supremo, de 8 de septiembre de 2003), sí que cabe afirmar que la exigencia de información se reduce al mínimo.

3. 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 acomode 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.

En la medida en que el consentimiento haya de constar por escrito (artículo 8 de la Ley 41/2002), resulta evidente que el medio de prueba ordinario de haber sido informado el paciente será la presentación del correspondiente documento, de tal forma que la regularidad en el funcionamiento del servicio exigirá la constancia formal de la voluntad informada del paciente de someterse al procedimiento médico de que se trate. Ahora bien, la ausencia del documento o el carácter incompleto de la información en él contenida no determina automáticamente la antijuridicidad del daño, si es factible acreditar por otros medios que se instruyó de forma suficiente al paciente. La forma cede, por tanto, a favor de la satisfacción material del deber de consentimiento informado. En tales casos, el medio probatorio por excelencia será la historia clínica, de forma que, si de ella se deduce un contacto constante, fluido, desprendiéndose que se ha transmitido información, podrá concluirse que se han cumplido los deberes de

información que incumben al responsable médico del proceso.

Si ni tan siquiera en la historia clínica se contienen datos suficientes de los que se desprenda de forma inequívoca que se ha informado al paciente a lo largo de todo el proceso, cabrá incluso admitir otros medios de prueba, tales como la testifical o, incluso, las presunciones. Ahora bien, aunque no se excluya de forma tajante y absoluta la validez de cualquier información que no se presente por escrito, en tal caso, es a la Administración a la que incumbe la carga de la prueba de la información transmitida (Sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3^a, de 4 de abril de 2000). Resulta esclarecedora otra resolución de la misma Sala, ésta de 3 de octubre de 2000, que declara: "la obligación de recabar el consentimiento informado de palabra y por escrito obliga a entender que, de haberse cumplido de manera adecuada la obligación, habría podido fácilmente la Administración demostrar la existencia de dicha información. Es bien sabido que el principio general de la carga de la prueba sufre una notable excepción en los casos en que se trata de hechos que fácilmente pueden ser probados por la Administración. Por otra parte, no es exigible a la parte recurrente la justificación de no haberse producido la información, dado el carácter negativo de este hecho, cuya prueba supondría para ella una grave dificultad".

En idéntico sentido, la STSJ Castilla y León (Valladolid), Sala de lo Contencioso, núm. 2/2016, de 7 de enero, según la cual "la regulación legal debe interpretarse en el sentido de que no excluye de modo radical la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito ya que, en definitiva, el consentimiento informado, por su propia naturaleza, integra un procedimiento gradual y básicamente verbal, por lo que la exigencia de forma escrita por parte de la normativa tiene la finalidad de garantizar la constancia del consentimiento y de las condiciones en que se ha prestado, pero no puede sustituir a la información verbal, que es la más relevante para el paciente, de ahí que la exigencia de la constancia escrita de la información tiene, para casos como el que se enjuicia, mero valor ad probationem (a los efectos de la prueba) pudiendo ofrecerse en forma verbal, en función de las circunstancias del caso, por lo que la falta de forma escrita no de termina por sí solo, en consecuencia, la invalidez del consentimiento en la información no realizada por escrito, sin perjuicio de que a falta del documento relativo a su prestación, incumbe a la Administración por inversión en la carga de la prueba la acreditación sobre el cumplimiento de las formalidades que exige el consentimiento informado, que comprenden, entre otros aspectos, no sólo los riesgos inherentes a la intervención sino también los posibles tratamientos alternativos; y que respecto de las consecuencias jurídicas de tal carencia en el consentimiento informado lo que debe valorarse en cuanto proceder antijurídico es la privación real y efectiva del derecho del paciente a obtener la información esclarecedora".

En el caso que nos ocupa, la reclamante alega que "no se recabó en ningún momento la conformidad expresa y manifiesta de la paciente por medio de la debida información recogida en documento de consentimiento informado para la intervención a la que fue sometida".

Como se ha dicho, la mera omisión de la información sobre riesgos en el consentimiento informado no comporta en sí misma una vulneración del derecho a la información del paciente y a decidir sobre su propia salud, si la Administración prueba por otros medios que dio aquella información a la paciente, la extensión y alcance de dicha información y que éste consintió de forma libre y consciente la operación.

Ahora bien, en el caso sometido a dictamen la Administración no ha acreditado que la paciente o sus familiares suscribieran un documento de consentimiento informado, ni se ha acreditado que la información sobre los riesgos, alternativas y consecuencias de la intervención se transmitiera por otros medios al paciente o sus familiares.

No obstante, sí consta que la paciente recibió cierta información al respecto, como ella misma afirma en su escrito

de reclamación, al indicar que: "Tras dicho diagnóstico se indicó la necesidad de ser sometida a una cirugía, ante lo cual la Sra. X expresó su preocupación por los riesgos de la misma, especialmente, ante la posibilidad de poder ver algún nervio o arteria afectados, sin embargo, la paciente nunca fue informada de los riesgos a los que se iba a exponer. X preguntó sobre sus alternativas, así como (sic) si era necesaria la realización de resonancia magnética previa a la operación o cualquier otra prueba, e informó de que había experimentado un aumento del tamaño del bulto respecto al TAC que se había realizado dos semanas antes, sin embargo, le dijeron que no era necesaria ninguna otra prueba, y que la operación simplemente era muy sencilla".

Mas, lo que no consta, como es preceptivo, y como sostiene la reclamante, es que le fueran expuestos los riesgos de la intervención, alternativas, procedimiento y consecuencias de ésta.

Por lo tanto, procede estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial por incumplimiento de la lex artis en su dimensión estrictamente formal, al haber quedado acreditada la existencia de relación causal entre el anormal funcionamiento del servicio público sanitario y el daño moral, consistente en la vulneración del derecho del paciente a la autodeterminación en relación con su salud.

QUINTA.- Quantum indemnizatorio.

I.- Respecto de las consecuencias indemnizatorias derivadas de la infracción de obligaciones legales en materia de información al paciente, cuando no existe a su vez una infracción de la lex artis en sentido material, lo que se produce, como ha puesto de manifiesto reiteradamente la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, es "Un daño moral reparable económicamente ante la privación de su capacidad para decidir. También reitera esta Sala que esa reparación, dada la subjetividad que acompaña siempre a ese daño moral, es de difícil valoración por el Tribunal, que debe ponderar la cuantía a fijar de un modo estimativo, y atendiendo a las circunstancias concurrentes..." (SSTS, 3^a, de 29 de junio de 2010 y 24 de julio de 2012).

En el mismo sentido, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo núm. 664/2018, de 24 abril, señala que en estos supuestos "no procede la indemnización por el resultado del tratamiento, si este fue, como se ha concluido en el caso de autos, conforme a la 'lex artis' (sentencias de 27 de diciembre y 30 de septiembre de 2011, y de 9 de octubre de 2012; dictadas en los recursos de casación 2154/2010, 3536/2007 y 5450/2011). Porque lo procedente en tales supuestos es, como acertadamente concluye la Sala de instancia, la fijación de una indemnización sobre la base del daño moral que se haya ocasionado, para lo cual se ha de atender a las circunstancias del caso; circunstancia que en el supuesto ahora enjuiciado no puede desconocer ni la situación del paciente, la necesidad de las intervenciones y la correcta actuación médica, como concluye la Sala de instancia".

Junto a cierta corriente jurisprudencial que identifica la omisión del consentimiento con una pérdida de oportunidad, considerando que el concepto indemnizatorio no es el resultado dañoso final sobre la salud del paciente, sino la mera posibilidad de haberlo evitado, bien sustrayéndose a la intervención o bien optando por otras alternativas (vid STS, 1^a, de 16 de enero de 2012, y nuestro Dictamen núm. 176/2018), en el ámbito de la jurisdicción contencioso-administrativa parece prevalecer la postura que considera la omisión del deber de información al paciente como generadora de un daño moral, y no de otra clase, consistente en la privación de la capacidad de decidir del paciente, lo que excluye de la indemnización el daño físico o psíquico; razón por la cual no se estima adecuado acudir en estos supuestos a la aplicación, ni aun a modo meramente indicativo, de los baremos utilizados para la valoración del daño personal, cuya referencia son siempre las lesiones corporales o las afecciones psíquicas, a las que se incorpora como algo accidental o meramente complementario el daño moral.

que aquéllas conllevan.

Debe añadirse que la cuantificación del daño moral se encuentra siempre impregnada del “inevitable subjetivismo que conlleva la fijación del llamado *preium doloris*” (STS, 3^a, de 26 de mayo de 2015), dado su carácter afectivo y que carece de módulos objetivos, lo que aboca al operador jurídico a la fijación de una cuantía o cifra razonable que, en términos de equidad, y en atención a las circunstancias concurrentes, permitan entender resarcido el daño moral causado al paciente.

Dichas circunstancias, utilizadas por la jurisprudencia como parámetros de valoración del daño moral, consistente en la privación al paciente de su derecho de autodeterminación, son variadas y atienden al “propio estado y evolución de los padecimientos” (STS, 3^a, de 1 de febrero de 2008); a la edad del paciente, la necesidad de la intervención practicada y la corrección de la actuación médica en sentido material (SSTS, 3^a, de 4 de diciembre de 2012 y núm. 664/2018, de 24 de abril); la trascendencia y gravedad de la intervención, que se traduce en la importancia de las secuelas (STS, 3^a, de 4 de abril de 2000); la frecuencia con que pueden aparecer complicaciones o secuelas derivadas de la intervención (STS, 3^a, de 25 de mayo de 2011), etc.

Por lo expuesto, este Consejo Jurídico reiteradamente ha puesto de manifiesto que la indemnización del daño moral causado en el paciente, como consecuencia de la omisión de la información necesaria para poder decidir libremente acerca de su salud, ha de consistir en la fijación de una cantidad a tanto alzado en términos de equidad y con ponderación de las circunstancias concurrentes en cada supuesto. Entre dichas circunstancias, habrá de considerarse el estado del paciente tras la intervención, pero también su situación previa a la misma, la necesidad e indicación de aquélla, las posibilidades de éxito, la corrección de la praxis médica material seguida, las alternativas de tratamiento o de sustracción a la intervención, así como también la edad del paciente.

En este caso, la propuesta de resolución señala que “procede declarar el derecho de la reclamante a la reparación en la cuantía de 3.000 €, por el daño moral sufrido, que no tenía la obligación de soportar, no existiendo infracción de la Lex Artis desde un punto de vista material”.

Según ponen de manifiesto el informe de la Inspección Médica y el de la compañía aseguradora, la intervención de la fascitis nodular estaba indicada, siendo la lesión de nervios o vasos uno de los riesgos que existen en las exéresis de tumoraciones de partes blandas. En la actualidad (según informe de terapia de mano que aporta la reclamante): “su situación ha mejorado significativamente tras los meses de rehabilitación, tanto en clínica como con ejercicios domiciliarios y revisiones médicas. Es capaz de abrir y cerrar la mano, flexionar y extender la muñeca y mover tanto codo como hombro en prácticamente en todos los grados de libertad”.

Además, ya hemos indicado que la propia reclamante reconoce que preguntó sobre los riesgos y alternativas, sobre la necesidad de otras pruebas diagnósticas y sobre la propia intervención.

Por todo ello consideramos que la cuantía de 3.000 euros propuesta resulta ajustada a las circunstancias descritas.

Cuantía que deberá ser actualizada conforme a lo dispuesto en el artículo 34.3 de la LRJSP.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución parcialmente estimatoria de la reclamación, pues concurren en el supuesto sometido a consulta todos los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, de conformidad con lo expuesto en la Consideración cuarta de este Dictamen.

SEGUNDA.- Se dictamina en sentido favorable la cuantía de la indemnización que se recoge en la propuesta de resolución, de conformidad con lo expuesto en la consideración quinta de este Dictamen.

No obstante, V.E. resolverá.