



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 210/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 2 de septiembre de 2025, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 15 de noviembre de 2024 (COMINTER 215659) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 18 de noviembre de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_393), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 2 de junio de 2023, D.^a X formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella, expone que el 9 de agosto de 2021 se le practicó una cirugía cardiovascular en el Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) de Murcia para cambiarle la válvula mitral. Añade que recibió el alta el día 16 de dicho mes, fecha en la que fue remitida a su hospital de referencia.

Considera que la operación no era necesaria y que no se le efectuaron las pruebas médicas oportunas para alcanzar un diagnóstico correcto y para justificarla. Además, sostiene que, como consecuencia de la intervención, ha padecido diversos episodios que le obligan a acudir de urgencia a su hospital de referencia y a tener que ser atendida en su domicilio por el Servicio 061.

Insiste en que distintos especialistas le han comentado que la lesión de la válvula mitral no era de tal envergadura como para proceder al recambio. En cualquier caso, entiende que se le debería haber realizado, antes de que se hubiera adoptado esa decisión, un ecocardiograma transesofágico, que era lo que había indicado el cardiólogo que le atiende en la sanidad privada.

En este sentido, expone que otro cardiólogo del Servicio Murciano de Salud (SMS) había solicitado previamente, el 12 de julio de dicho año, una ecocardiografía doppler transesofágica 3D para valoración de la válvula mitral, que era lo que había demandado su cardiólogo de la sanidad privada.

También, que el día 10 de junio anterior se le había efectuado un ecocardio transtorácico, a instancias de su cardiólogo, que permitió concluir que *“respecto al estudio del mes anterior, hoy se estima una PSAP [presión sistólica de la arteria pulmonar] algo menor: El resto del estudio es concordante con el previo”*.

La reclamante arguye que, pese al criterio médico de dos cardiólogos y la petición de prueba para valorar la necesidad de la intervención, se la llamó para lo que ella entendía que era la realización de dicha prueba y resultó ser, en realidad, la intervención coronaria ya mencionada.

De igual forma, destaca que en el mes de septiembre siguiente su hijo recibió el aviso de que se le iba a practicar a ella la prueba solicitada por el cardiólogo del SMS, esto es, la ecocardiografía doppler transesofágica 3D para valoración de la válvula mitral.

A continuación, manifiesta que la mala praxis con la que se actuó le han supuesto un empeoramiento de su calidad de vida, y que le han provocado los siguientes daños y secuelas:

- El sometimiento a una operación con anestesia general de las características a la que se le efectuó con su edad.
- La recuperación derivada del postoperatorio, ingesta de medicación, curas y retirada de grapas. Pese a que, según la sanidad pública en noviembre de 2021, acude a revisión y estaría todo dentro de los parámetros de un postoperatorio de estas características, en diciembre de 2022 fue remitida por su cardiólogo privado para valoración por sospecha de hernia esternal postquirúrgica. Sufre episodio de infección de los puntos de sutura.
- Reposo y periodos de incapacidad tras los reiterados ingresos hospitalarios.
- Secuelas consistentes en cicatriz (cicatriz queloide en tórax) y hernia esternal postquirúrgica (en estudio).

A continuación, detalla las 19 asistencias de urgencia hospitalaria o que le prestaron los Servicios del 061 entre el 4 de noviembre de 2021 y el 15 de abril de 2023, debido, expuesto en términos generales, a dolores torácicos, disneas y palpitaciones.

Por tanto, la interesada sostiene que, debido a una clara e inequívoca negligencia médica, fue intervenida quirúrgicamente cuando dicha operación no era necesaria, y que ello le ha causado nuevas dolencias o patologías

que se originan como consecuencia directa de la intervención de recambio de válvula mitral. Reitera que, si se hubiera comprobado correctamente la historia clínica por la Unidad de Cardiología del HUVA, en la que se mostraba que estaba pendiente de que se le realizase el ecocardiograma transesofágico citado, que permitiría valorar la gravedad de la patología y la necesidad o no de acometer la intervención quirúrgica del recambio valvular, no se le hubiera ocasionado la situación en que se encuentra.

En relación con el resarcimiento económico que solicita, lo fija de manera provisional en 63.375,40 €, con arreglo al siguiente desglose:

A) Perjuicio personal: 650 días.

- Días de perjuicio muy grave (9 días x 100 €/día): 900 €.
- Días de perjuicio de carácter grave (77 días, a razón de 75 €/día): 5.775 €.
- Días de perjuicio moderado (573 días, a razón de 52 €/día): 29.796 €.
- Por intervención quirúrgica: 1.904,40 €.

B) Secuelas:

- Cicatriz queloides en tórax. Perjuicio estético: 3.000 €.
- Hernia esternal postquirúrgica, en estudio.
- Las nuevas secuelas padecidas como consecuencia de la intervención quirúrgica (disnea, palpitaciones, arritmias, vértigo, bajadas severas del pulso y mareos y escasa movilidad).

La reclamante presenta el 5 de junio las copias de numerosos documentos de carácter clínico.

SEGUNDO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 13 de junio de 2023 y al día siguiente se informa de ello a la correduría de seguros del SMS para que informe a la compañía aseguradora correspondiente.

De igual modo, se requiere a las Direcciones Gerencias de las Áreas de Salud I-HUVA y VII-Hospital General Universitario *Reina Sofía* (HGURS) de Murcia, para que remitan las copias de la historia clínica de la reclamante de las que, respectivamente, dispongan y los informes de los facultativos que la atendieron. La misma solicitud de documentación e información se cursa a la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 Murcia.

Por último, se pide a la reclamante que autorice a la Administración regional para solicitar en su nombre la documentación clínica que esté depositada en el Hospital *Mesa del Castillo* de Murcia, donde era atendida por su cardiólogo.

TERCERO.- El 28 de junio de 2023 se recibe la copia de la documentación clínica remitida por la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 Murcia y 5 informes médicos, elaborados entre el 21 y el mismo 28 de junio de 2023 por distintos facultativos que trabajan en los Servicios de Urgencias de Infante y de San Andrés y en la Unidad Móvil de Emergencias de Murcia.

CUARTO.- Una vez obtenida la oportuna autorización de la interesada, el 4 de julio siguiente se cursa otra solicitud de documentación e información al Hospital *Mesa del Castillo* de Murcia.

QUINTO.- El citado 4 de julio de 2023 se recibe otra comunicación de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 Murcia con la que se aportan otros dos informes médicos relativos a las asistencias que se le dispensaron a la reclamante los días 21 de febrero y 9 de abril de 2023.

Asimismo, se adjuntan las grabaciones de los avisos referentes a dichas asistencias, facilitadas por la Subdirección General de Emergencias, dependiente de la Dirección General de Seguridad Ciudadana y Emergencias.

SEXTO.- Con fecha 20 de julio de 2023 se facilita al órgano instructor la documentación clínica demandada al Hospital *Mesa del Castillo* de Murcia.

SÉPTIMO.- El 31 de julio de 2023 se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud I-HUVA, además de lo que ya se le requirió el 14 de junio anterior, que facilite los protocolos existentes en el hospital y vigentes en la fecha en la que la reclamante contrajo una infección nosocomial.

También, que el Servicio de Medicina Preventiva del HUVA se pronuncie sobre las siguientes cuestiones:

a) Sobre si se cumplió el protocolo para la prevención de infecciones nosocomiales en relación con la cirugía practicada a la interesada.

b) Las medidas adoptadas en el HUVA para prevenir las infecciones nosocomiales.

c) La tasa de incidencia de infecciones en el HUVA.

d) Si se cumplieron las medidas de asepsia del quirófano donde la paciente fue intervenida el 9 de agosto de 2021.

e) Si se cumplieron las medidas de asepsia respecto del material utilizado en la cirugía practicada a la citada paciente y en la fecha referida.

f) Medidas de limpieza y asepsia implantadas en los profesionales sanitarios.

g) Otras a ser posibles: limpieza y desinfección de los aparatos de aire acondicionado, baños o tuberías, etc.

OCTAVO.- El 2 de agosto de 2023 se recibe una comunicación del Jefe de Servicio de Asesoría Jurídica del Área de Salud I-HUVA con la que aporta la copia documental requerida y dos informes médicos. Por último, advierte que está a la espera de que el Servicio de Medicina Preventiva realice el informe que se ha solicitado.

El primer informe citado es el realizado por el Dr. D. Y, Jefe de Sección del Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUVA, en el que expone lo siguiente:

“La paciente (...), mujer de 77 años, fue presentada por sus cardiólogos clínicos en sesión médico-quirúrgica el día 25/03/2021 para valoración de cirugía combinada valvular y coronaria.

Dicha enferma fue valorada por el servicio de anestesia y reanimación del HCUVA el día 22/06/2023 y por el servicio de Cirugía Cardiovascular del HCUVA el 29/06/2021, siendo informada de la necesidad de intervención quirúrgica combinada valvular y coronaria. Se informó entonces de los riesgos de la intervención y se firmó el consentimiento informado. En mayo y en junio de 2021 se le realizaron dos ecocardiogramas torácicos que mostraban insuficiencia mitral y tricúspide severa con hipertensión pulmonar importante. Así como un cateterismo coronario que mostraba una lesión significativa en la arteria coronaria descendente anterior del día 16/03/2021.

La paciente ingresa por urgencias en el hospital Reina Sofía de Murcia por dolor torácico en el servicio de cardiología el día 27/07/2021, desde donde se traslada al servicio de CCV del HCUVA para cirugía urgente el día 09/08/2021.

La paciente fue intervenida de manera urgente el día 16/08/2021 realizándose cirugía de sustitución valvular mitral por prótesis biológica Epic Nº 31, anuloplastia tricúspide con anillo Physio Nº 28, ligadura de la orejuela izquierda e injerto de arteria mamaria izquierda a coronaria descendente anterior.

La paciente permaneció 3 días en la unidad de cuidados intensivos postoperatorios precisando de fármacos inotrópicos en las primeras horas. Siendo dada de alta a la planta de hospitalización de CCV en donde permaneció hasta el día 24/08/2021 cuando se trasladó a su hospital de referencia para completar el tratamiento antibiótico ev que se pautó por episodio de fiebre sin foco. La paciente fue valorada por el servicio de Cardiología que desestimó en ese momento la necesidad de marcapasos definitivo y por el Servicio de Asistencia social del HCUVA.

La paciente fue valorada por el servicio de cirugía Cardiovascular en consultas externas el día 03/11/2021, estando la paciente en buena situación clínica, fue derivada a su Médico de Atención Primaria y a su Cardiólogo de Zona.

La paciente fue valorada por el Servicio de urgencias del HCUVA el día 02/12/2022 por sospecha de cicatriz queloide en herida esternal y hernia esternal postquirúrgica, siendo derivada a consultas externas de CCV.

La paciente ha consultado en varias ocasiones con el servicio de urgencias de su hospital de referencia por diferentes motivos. Finalmente, el día 27/06/2023 se le implanta un marcapasos definitivo por bradicardia sintomática en dicho hospital.

Todos los pacientes que se van a operar de corazón en la región pasan por una sesión clínica en la que diferentes médicos especialistas discuten el mejor tratamiento posible para cada paciente. Las ecocardiografías realizadas en mayo y junio de 2021 a la paciente coinciden en la gravedad de la insuficiencia que presentaban las válvulas mitral y tricúspide de la paciente. La paciente fue intervenida con carácter urgente estando ingresada en su hospital de referencia. Por último, todos los pacientes que se operan de corazón en la región lo hacen con control de ecografía transesofágica intraoperatoria que verifica los hallazgos preoperatorios.

Lamentamos los problemas que ha tenido la paciente (...) en el postoperatorio de su cirugía cardiaca combinada (valvular y coronaria), pero estas situaciones están dentro de las complicaciones descritas en la cirugía cardiaca”.

Con este informe se acompañan numerosos documentos clínicos.

El segundo informe es el elaborado por la Dra. D.^a Z, facultativa especialista del Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUVA, en el que detalla la asistencia que se le prestó a la reclamante y concluye que “Cualquier duda del diagnóstico cardiológico que la paciente reclama queda descartada por la multitud de pruebas realizadas y comprobadas una y otra vez donde siempre se ha constatado la existencia de una insuficiencia mitral y tricúspides severas y lesión severa en DA [arteria coronaria descendente anterior], y además por el carácter URGENTE que llevó a la paciente al quirófano que bien pudo estar desencadenado por el dolor torácico que traducía la insuficiencia coronaria y la necesidad de un bypass coronario a la arteria descendente anterior (DA) como principal motivo lo cual conllevaría a la insuficiencia mitral a un secundario motivo quirúrgico, en cuyo caso tanto si la insuficiencia mitral es moderada como si es severa EXISTE INDICACION DE CIRUGIA DE LA VALVULA MITRAL.

Cualquier estudio cardiológico paralelo que la paciente haya realizado en la medicina privada con derecho a recabar una segunda opinión lo respeto, pero no concuerda con la realidad de su enfermedad”.

También con este informen se adjuntan numerosos documentos clínicos.

NOVENO.- Con fecha 31 de julio de 2023 se recibe una comunicación del Gerente del Área de Salud VII-HGURS, con la acompaña la copia requerida de Atención Especializada y un disco compacto (CD) que contienen los resultados de las pruebas radiológicas que se le efectuaron a la interesada. Además, aporta dos informes médicos.

El primero de ellos es el realizado el día 21 de ese mes por el Dr. D. P, Jefe de Servicio de Urgencias, en el que se detallan las 32 asistencias de ese carácter que se le dispensaron a la interesada desde la cirugía efectuada en mayo de 2023.

El segundo es el suscrito el día 28 de dicho mes por el Dr. D. Q, Jefe de Sección de Cardiología, que es del siguiente tenor literal:

“Paciente de 79 años de edad con FRCV del tipo de: la edad, fumadora, sobrepeso e hipercolesterolemia. En seguimiento en consulta externa de Cardiología de este Hospital por valvulopatía mitral del tipo de pseudoprolapso del velo anterior mitral y dilatación anular. La repercusión hemodinámica de dicha lesión evolucionó hacia la gravedad con la expresión clínica de la paciente de disnea a mínimos esfuerzos (clase III-IV de la NYHA) y también presentaba molestias torácicas atípicas para angor.

La clínica de la paciente de disnea intensa se vio ratificada por los datos obtenidos mediante ecocardiograma transtorácico realizado previo a la cirugía (mayo/2021) donde se observaba con toda claridad una válvula mitral prolapsante con velo posterior hipoplásico y una insuficiencia mitral severa, dicho estudio se realizó en Hospital Reina Sofía de Murcia y fue ratificado por otro nuevo estudio de Eco transtorácico realizado en junio/2021, previo a la cirugía en el Hospital Virgen de la Arrixaca, donde se obtienen los mismos resultados que en el practicado en Hospital Reina Sofía, insuficiencia mitral severa. Ambos estudios previos a la cirugía eran concordantes con la clínica de la paciente y fueron realizados en dos centros públicos de nuestra Comunidad y alta experiencia en este tipo de patología por cardiólogos acreditados por la Sociedad Española de Cardiología para la práctica de ecocardiografías.

La paciente según se refleja en su reclamación patrimonial solicitó opinión y/o valoración por cardiólogo privado en la Clínica Quirón (...) donde aconseja según manifiesta el escrito de su reclamación la realización de Eco transesofágico. Dados los resultados de los estudios previos y siendo una práctica no imprescindible la realización del Eco transesofágico para indicación de cirugía en la patología que presentaba la paciente, y dado que su reclamación se basa fundamentalmente en la ausencia de realización de este estudio, no es un argumento en absoluto vinculante para indicar su tratamiento quirúrgico, además de lo anterior las guías clínicas y recomendaciones para la cirugía no incluyen este estudio. La clínica de la paciente, los ecocardiogramas practicados en los hospitales públicos y el hallazgo de hipertensión arterial pulmonar secundario a su valvulopatía, establecían claramente la indicación quirúrgica.

Además de lo anterior la paciente tenía otro motivo para ser operada y que no consta en ningún momento en la reclamación, y fue la presencia de una lesión coronaria crítica en la arteria coronaria DA, que precisó en el mismo acto quirúrgico un by-pass aorta coronario. Es decir, la paciente fue sometida a recambio valvular mitral por prótesis biológica. Anuloplastia tricúspideas para solucionar el problema añadido de insuficiencia tricúspidea severa producida por su hipertensión pulmonar y el by-pass mencionado a la arteria DA.

De todo lo anterior se desprende claramente la indicación quirúrgica y el proceso a que fue sometida, con los estudios previos a la misma indicados por las recomendaciones de expertos y de la Sociedad española y europea de cardiología, sin entrar en la valoración de otro tipo de pruebas indicadas por un cardiólogo privado, que pueden complementar, pero en ningún momento establecer una no indicación del tratamiento al que fue sometida. A pesar de la sintomatología referida por la paciente en el momento actual tipo molestias torácicas inespecíficas y disnea, ha sido ingresada en varias ocasiones para ser estudiada sin encontrar datos objetivos de su empeoramiento y habiendo mejorado de su hipertensión pulmonar. En ningún caso, se puede establecer mala praxis en el proceso narrado.

Como todo paciente sometido a este tipo de cirugía existen complicaciones derivadas de la misma y en este caso fundamentalmente fue una del tipo de derrame pleural, que no se consideró mayor y que tuvo una buena evolución con el tratamiento establecido para este tipo de complicación”.

DÉCIMO.- El 1 de septiembre de 2023 se recibe el informe elaborado el 29 de agosto anterior por el Dr. D. R, Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del HUVA, en el que expone lo que se transcribe a continuación:

“1. a) En el hospital están protocolizadas las medidas de prevención y control de infecciones de eficacia probada para el control de la infección nosocomial según la evidencia científica. Esto incluye lavado quirúrgico de manos, cuidado de cateterismo urinario e intravenoso, bacteriemia zero, profilaxis antibiótica, preparación prequirúrgica del enfermo, medidas de asepsia en quirófano.

b) Las medidas relacionadas con el acto quirúrgico se reflejan en el Formulario de verificación de seguridad quirúrgica, el de cuidados-intraoperatorios así como en otros formularios de enfermería. La paciente fue intervenida el 16 de agosto de 2021. Según la información disponible se realizaron las medidas preventivas necesarias que incluyen: limpieza antiséptica cutánea, antisepsia en el quirófano con clorhexidina alcohólica al 2%, y profilaxis antibiótica correcta. Previamente al ingreso se había realizado cribado de SARM. El Servicio de Medicina Preventiva no tiene evidencia del no cumplimiento de las medidas de asepsia.

c) La prevalencia de pacientes con alguna infección nosocomial adquirida en el propio Hospital fue de 6, 1 % en 2022.

d) Todos los quirófanos cuentan con un sistema de protocolizado de limpieza y desinfección previa y posterior a la cirugía que se sigue de forma rigurosa. Los estudios de bioseguridad ambiental se realizan de forma protocolizada y regular.

e) Todo el material utilizado en el quirófano sigue un proceso estandarizado de limpieza y desinfección previa a la esterilización que se realiza en la Central de Esterilización del propio Hospital. En los procesos de esterilización se cuenta con controles biológicos y químicos para controlar la eficacia de los procesos de esterilización.

2. Se adjuntan los protocolos relevantes del hospital y vigentes en la fecha en la que el paciente contrajo la infección para prevenir las infecciones nosocomiales.

- Protocolo general de limpieza.
- Protocolo de preparación quirúrgica.
- Protocolo de higiene de manos.
- Protocolo de sondaje vesical: inserción, mantenimiento y retirada”.

Con el informe se acompañan, en efecto, los 4 protocolos mencionados.

UNDÉCIMO.- El 4 de septiembre de 2023 se envía una copia del expediente a la correduría de seguros para que se pueda elaborar, en su caso, el informe pericial correspondiente.

DUODÉCIMO.- El 2 de octubre siguiente se recibe el informe pericial realizado el 27 de septiembre de ese año, a instancia de la compañía aseguradora, por una médica especialista en Cardiología.

En el apartado 5.4 de este informe, titulado *Las complicaciones postoperatorias que presentó la paciente ¿se pueden considerar fruto de una mala praxis?*, se reconoce que la complicación más importante que sufrió la reclamante fue el derrame pleural postquirúrgico que, sin embargo, se resolvió adecuadamente con arreglo a la práctica habitual.

A continuación, se añade que *“Entre las múltiples visitas a urgencias, se encuentran algunos motivos de consulta y/o diagnósticos que no guardan relación con secuelas de la cirugía, incluso algunos por los que la paciente había consultado de forma reiterada ya en los años previos a la intervención quirúrgica. En algunas ocasiones incluso, la patología sufrida era causada en parte por efectos secundarios de medicación que la paciente había tomado por su cuenta”*.

Por último, se exponen las siguientes conclusiones:

“1. Tanto el diagnóstico de insuficiencia mitral severa sintomática como la indicación quirúrgica son correctas y se realizan de acuerdo a lo establecido en las recomendaciones de las principales sociedades científicas, integrando los síntomas de la paciente con los resultados concordantes de los ecocardiogramas realizados en tres centros hospitalarios diferentes, con resultados superponibles y que no dejaban lugar a la duda.

2. No es imprescindible en casos como el que nos ocupa la realización de un ecocardiograma transesofágico para

realizar el diagnóstico y la indicación quirúrgica y así lo recogen las principales guías científicas. Si bien su realización hubiera podido aportar información complementaria, no hubiera mostrado información contraria a la indicación quirúrgica, siendo finalmente realizado de forma intraoperatoria.

3. Las complicaciones sufridas por la paciente durante el postoperatorio entran dentro de lo esperable y no se derivan de una mala praxis relacionada con la indicación de la cirugía ni con las algunas ocasiones ejecución de la misma.

4. La paciente fue debidamente informada de las decisiones médicas, de la indicación quirúrgica y de los riesgos y beneficios esperables de la cirugía realizada. No consta defecto de información.

5. La actuación tanto de los facultativos tanto de Cardiología como de Cirugía Cardiovascular fue correcta y acorde a Lex Artis ad hoc y a las recomendaciones de las guías de práctica clínica de las sociedades científicas cardiológicas más reconocidas a nivel mundial”.

DECIMOTERCERO.- El 3 de octubre de 2023 se solicita a la Inspección Médica que emita informe valorativo acerca de lo que se expone en la reclamación.

DECIMOCUARTO.- El 23 de febrero de 2024 se concede audiencia a la reclamante y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crean convenientes.

DECIMOQUINTO.- El 18 de marzo 2024, una abogada, actuando en nombre de la reclamante, presenta un escrito en el que da por reproducidas cuantas alegaciones se hayan realizado con anterioridad en el procedimiento administrativo.

DECIMOSEXTO.- El 12 de abril de 2024 se concede una nueva audiencia a las interesadas.

DECIMOSÉPTIMO.- El 27 de mayo de 2024 la abogada que interviene en nombre de la reclamante presenta un escrito en el que da por reproducidas, de nuevo, todas las alegaciones, escritos y documentos aportados al procedimiento de responsabilidad patrimonial.

En segundo lugar, sostiene que la Administración sanitaria regional no ha desvirtuado los hechos denunciados y que han dado lugar al anormal funcionamiento de los servicios públicos, derivado de la mala praxis ejercitada, y que han ocasionado un empeoramiento considerablemente del estado de salud de la reclamante, así como importantes daños y secuelas.

En tercer lugar, insiste en que a la paciente se le debió haber realizado, antes de la intervención, ecocardiograma

transesofágico, para valorar si era realmente necesaria.

Por último, sostiene que se produjo un mal funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, y que existe un claro nexo causal entre la deficiente asistencia sanitaria y las consecuencias derivadas de ella.

DECIMOCTAVO.- Con fecha 12 de noviembre de 2024 se formula propuesta desestimatoria por no concurrir los requisitos necesarios para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial, especialmente no haberse acreditado la relación de causalidad que debiera existir entre el daño reclamado y la asistencia prestada por la Administración sanitaria, ni la antijuridicidad del daño.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen mediante un escrito recibido en este Consejo Jurídico el 15 de noviembre de 2024, que se completa con la presentación de un CD tres días más tarde.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación se ha formulado por una persona interesada, que es quien alega que sufre el daño personal físico por el que solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPAC determina que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de

daños, de carácter físico o psíquico, a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En este caso, la interesada solicita una reparación económica porque considera que, como consecuencia de la operación innecesaria -a su juicio- de recambio valvular que se le realizó, sufre nuevas dolencias o patologías (disneas, dolor torácico y palpitaciones).

También sostiene que se le ha ocasionado una hernia esternal, aunque lo único que ha acreditado es que se está estudiando su posible existencia, no que se le hubiese ocasionado en realidad. Por último, alude al hecho de que la cicatriz de la herida ha sido excesiva (cicatriz hipertrófica o queloide) aunque, como luego se repetirá, esa complicación no resulta de una posible mala praxis quirúrgica sino del propio mecanismo de respuesta (personal) del paciente ante la reparación de herida.

Interesa recordar que, en el presente caso, la solicitud de indemnización se presentó el 2 de junio de 2023, y que la última de las asistencias de urgencia por las que reclama se produjo el 15 de abril de ese año. Así pues, es evidente que la acción de resarcimiento se interpuso dentro del plazo establecido al efecto y, por tanto, de forma temporánea.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

Asimismo, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada por la existencia de suficientes elementos de juicio para resolver el procedimiento, de acuerdo con lo señalado en el Dictamen de este Consejo Jurídico núm. 193/2012.

Así, la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada asume las consideraciones médicas que se exponen en el informe médico pericial que ha traído al procedimiento la compañía aseguradora del SMS. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que la reclamante no ha presentado algún informe pericial que pudiera permitirle sostener la realidad de las imputaciones de mala praxis que realiza.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, según el cual *“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, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

I. La interesada solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización de 63.375,40 € como consecuencia de las complicaciones que alega que se le han manifestado desde que, en agosto de 2021, se le efectuase una intervención de recambio de la válvula mitral en el HUVA. Sostiene que la operación no estaba justificada porque no se le había realizado previamente un ecocardiograma transesofágico, que hubiese sido la prueba cuyos resultados podrían, en su caso, haber evidenciado su necesidad.

A pesar de la genérica imputación de mala praxis que realiza, la reclamante no ha presentado ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que le permita sostener dichas alegaciones. Esta ausencia de esfuerzo probatorio podría resultar suficiente para desestimar la reclamación en los términos estrictos en los que se ha planteado, dado que es al solicitante a quien incumbe la carga de probar la quiebra de *la lex artis* que imputa a la Administración sanitaria, *ex artículo* 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, conforme al clásico aforismo *“necessitas probandi incumbit ei qui agit”*.

Por el contrario, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento las historias clínicas de la interesada y los informes de los distintos facultativos que la atendieron. Asimismo, la compañía aseguradora ha aportado al procedimiento un informe pericial elaborado por una especialista en Cardiología (Antecedente Decimosegundo).

II. De la lectura de esos documentos se deduce con claridad que la realización previa de un ecocardiograma transesofágico no es un requisito necesario para la realización de la cirugía que se llevó a cabo, y que su omisión no supone ninguna infracción de la *lex artis* que pueda servir para motivar una reclamación de responsabilidad patrimonial. Por el contrario, la realización previa de otras pruebas y estudios, la entidad de los resultados obtenidos y la grave patología que afectaba a la interesada justificaban la necesidad de llevar a efecto el recambio valvular mencionado.

De hecho, las guías clínicas y recomendaciones para la cirugía no exigen dicho ecocardiograma, según ha señalado el Jefe del Servicio de Cardiología del HGURS (Antecedente Noveno) y han explicado, asimismo, los facultativos del Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUVA (Antecedente Octavo). Además, han añadido que las cirugías coronarias se hacen con control de ecografía transesofágica intraoperatoria, que permite verificar y confirmar los hallazgos preoperatorios. Así pues, no cabe duda de que esa prueba se llevó a efecto y de que sus resultados sirvieron para confirmar la necesidad de la intervención.

En este mismo sentido, la perita médica ha ratificado en la Conclusión 2ª de su informe que no es imprescindible realizar un ecocardiograma transesofágico en supuestos como el que ahora se analiza, y que, en todo caso, no hubiera ofrecido información contraria a la práctica del recambio valvular.

De forma contraria, se olvida en la reclamación -cuando es un motivo extraordinariamente relevante para tener en cuenta- que había otra razón grave para operar a la paciente, y era la existencia de una lesión coronaria crítica en la arteria coronaria descendente anterior, que justificó la realización, en el mismo acto quirúrgico, de un by-pass aorto-coronario. Esta circunstancia contribuye a fundamentar con mayor énfasis, si cabe, la necesidad y procedencia de la intervención que se llevó a cabo.

III. Finalmente, conviene destacar que la única complicación que se materializó durante la intervención fue el ligero derrame pleural que mencionan en sus respectivos informes el Dr. Q y la perita médica, pero es evidente que se trata de una consecuencia adversa inevitable de la importante cirugía que se le tuvo que realizar a la reclamante, que no evidencia, en absoluto, una posible mala praxis y que, además, se solucionó de forma satisfactoria.

En otro sentido, como se ha adelantado, la perita médica argumenta en su informe que muchas de las asistencias de urgencia que menciona la reclamante no guardan relación con las secuelas de la cirugía y en algunas ocasiones, incluso, la patología sufrida era causada, en parte, por los efectos secundarios de la medicación que la paciente había tomado por su cuenta.

Por su parte, el Dr. Q ha destacado que la interesada ha sido ingresada en varias ocasiones para ser estudiada por molestias torácicas inespecíficas y disnea, pero que no se han evidenciado datos objetivos de dicho empeoramiento y que, por el contrario, ha mejorado de su hipertensión pulmonar.

Así pues, no se puede establecer una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y las disneas, dolores torácicos y palpitaciones a las que se refiere la interesada, que no se habrían producido como consecuencia de la intervención quirúrgica llevada a cabo.

Por otro lado, se debe resaltar que no se ha demostrado que se le hubiese ocasionado a la reclamante una hernia esternal como consecuencia del acto quirúrgico. Lo único que se señala en la reclamación es que la existencia de esa protusión o abultamiento en la región del esternón se encuentra en fase de estudio. En cualquier caso, se trata de una afección de escasísima entidad a la que puede haber contribuido la propia obesidad de la interesada (cuyas referencias abundan en la historia clínica), y que es uno de los motivos posible producción a los que alude la perita médica en su informe (folio 196 vuelto del expediente administrativo).

Finalmente, el hecho de que la interesada haya experimentado una cicatrización excesiva en tórax (cicatriz hipertrófica o queloides) obedece a una específica respuesta del sistema de reparación cutánea natural de la propia interesada, que no supone infracción alguna de la lex artis.

En consecuencia, resulta evidente que no existe relación de causalidad alguna entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y los daños que alega la interesada, cuyo carácter antijurídico, en cualquier caso, tampoco se han demostrado.

Por tanto, procede de plano la desestimación de la solicitud de resarcimiento presentada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta desestimatoria de la reclamación, por no existir un nexo de causalidad adecuado entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y el daño personal alegado, cuyo carácter antijurídico no se ha demostrado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.

