



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **235/2025**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 29 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 28 de octubre de 2024 (COMINTER 203578) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 31 de octubre de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, en representación de D. Y, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_372), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- En fecha 30 de marzo de 2023, un abogado, en nombre y representación de D. Y, presentó reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración regional, como consecuencia de la asistencia prestada por el Servicio Murciano de Salud (SMS) en el proceso clínico de una intervención para disección, control y ligadura de una fístula arteriovenosa dural que le fue practicada el día 8 de abril de 2020 en el Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca" (HUVA).

Relata el reclamante que tras diversas pruebas le fue diagnosticada una fístula dural medular, de la que fue intervenido en la fecha y en el hospital anteriormente señalado, transcurriendo el postoperatorio inmediato sin incidencias, salvo infección urinaria por Pseudomona Aeruginosa.

El día 14 de abril de 2020, se efectuó una arteriografía de control en la que no se aprecian restos de la fístula tratada.

A su traslado a la planta de Hospitalización, se produjo un empeoramiento neurológico en forma de paraparesia de miembros inferiores (MMII).

Se efectuó una RMN urgente que documentó lesión medular isquémica aguda. Se inició tratamiento con anticoagulantes, corticoides a dosis altas, y rehabilita con ciertas mejorías neurológicas.

El día 10 de mayo de 2020 se repitió resonancia magnética lumbar (RMN), en la que persiste edema medular desde D6 hasta el cono medular, recibiendo el alta hospitalaria con escasa movilidad en los miembros inferiores y necesidad de sondajes vesiculares intermitentes.

El día 18 de noviembre de 2021, el Servicio de RHB (Rehabilitación) del HUVA, solicitó la práctica de una RMN lumbar, al persistir el dolor lumbo-sacro. La RMN informó de extensa hiperseñal y tumefacción medular. Fue remitido a la Unidad del Dolor. En dicha unidad fue sometido a múltiples infiltraciones en las raíces bilaterales L4-L5-S1, sin observarse mejoría. El paciente continuaba con dolor, caminaba con muletas y con trastornos de la coordinación del movimiento.

El día 4 de mayo de 2022, el paciente fue nuevamente revisado en consultas externas de Neurocirugía. Persistía el dolor lumbar y había experimentado un retroceso en la movilidad de los miembros inferiores. Fue diagnosticado clínicamente de "siringomielia" y se solicitó una RMN.

Debido a la pobre evolución clínica, en fecha 24 de junio de 2022 solicitó una segunda opinión. Consultó con el neurocirujano, Dr. D. Z, de Málaga, el cual remitió al paciente al Dr. D. P, director de la "Unidad Terapéutica Endovascular y Percutánea" del Hospital Nuestra Señora del Rosario de Madrid.

El día 15 de junio de 2022, el Dr. P emite las siguientes conclusiones: *"Malformación pial anterior de la región del cono medular, con drenaje venoso perimedular e hipertensión venosa retrógrada. Se propone embolización de la misma"*.

El día 28 de julio de 2021, fue sometido a una embolización selectiva de la fístula dural en el Hospital Nuestra Señora del Rosario en Madrid, sin incidencias reseñables durante el tratamiento.

Desde el mes de junio de 2020 en que recibió el Alta por mejoría por parte del Servicio de RHB del HUVA, ha estado recibiendo sesiones de fisioterapia privada. Su situación actual es la siguiente: Desplazamiento en silla de ruedas sin apenas movilidad, con persistencia de dolores generalizados, con graves secuelas físicas, psicológicas y económicas, incluyendo el cambio de vivienda debido a las barreras arquitectónicas.

Considera que *"la malformación arterio-venosa puesta de manifiesto en la arteriografía efectuada el 15/07/22 ya estaba presente y era perfectamente visible en los estudios preoperatorios efectuados y, por tanto, esta malformación pudo y debió haber sido intervenida quirúrgicamente junto a la malformación intervenida en el HUVA el 08/04/20, lo que hubiera modificado sustancialmente el paupérrimo resultado obtenido"*.

Acompaña a su escrito de reclamación, poder general para pleitos, informes médicos relacionados con los daños que reclama y justificantes de los gastos realizados.

Solicita la cantidad de 300.000 euros por los daños y perjuicios ocasionados por los servicios sanitarios y 71.856,28 euros por los gastos devengados.

SEGUNDO.- Con fecha 14 de abril de 2023, el Director Gerente del SMS acuerda admitir a trámite la reclamación, señalando que el órgano encargado de la instrucción será el Servicio Jurídico de dicho organismo. La resolución, con indicación del plazo máximo para resolver y del sentido del silencio administrativo, se notifica al reclamante con fecha 3 de mayo de 2023.

En fecha 25 de abril de 2023, la instrucción da traslado de la reclamación a la correduría de seguros del SMS, para su remisión a la compañía aseguradora. Y, el día siguiente, solicita a la Gerencia del Área de Salud I (HUVA) copia de la Historia Clínica del paciente en relación con los hechos reclamados, así como los informes de los profesionales implicados sobre el proceso asistencial de la reclamación.

En fecha 15 de junio de 2023, se solicita de este Área de Salud:

“- Los protocolos existentes en el hospital y vigentes en la fecha en la que el paciente contrajo la infección, para prevenir las infecciones nosocomiales.

- Informe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital que se pronuncie sobre:

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

b) Las medidas adoptadas por el Hospital para prevenir las infecciones nosocomiales.

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

d) Si se cumplieron las medidas de asepsia del quirófano donde el paciente D. Y se intervino en fecha 08/04/2020.

e) Si se cumplieron las medidas de asepsia respecto del material utilizado en la cirugía practicada al citado 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 y/o tuberías, etc”.

TERCERO.- En fecha 10 de julio de 2023, el Área de Salud I remite copia de la historia clínica del paciente junto con 13 CDs con las imágenes radiológicas relacionadas con el procedimiento, pero no los informes de los profesionales implicados solicitados.

CUARTO. – En fecha 21 de septiembre de 2023, se solicita del Hospital Nuestra Sra. Del Rosario (HNSR) de Madrid y del Instituto -- de Málaga, copia de la historia clínica del reclamante así como el informe de los profesionales que le atendieron.

QUINTO. – En fecha 6 de octubre de 2023, el HNSR remite la historia clínica del reclamante.

SEXTO. – En fecha 16 de octubre de 2023, el Área de Salud I remite:

“1.- Informe del Jefe de Servicio de Ingeniería, Obras y Mantenimiento, D. Q (2 folios).

2.- Informe del Jefe de Servicio de Medicina Preventiva, Dr. D. R (2 folios).-

- Protocolo general de limpieza (33 folios).

- Protocolo de preparación quirúrgica (26 folios).

- Protocolo de higiene de manos (28 folios).

- Protocolo de sondaje vesical: inserción, mantenimiento y retirada (48 folios)”.

Dichos informes no se transcriben al resultar intrascendentes a los efectos del fondo del asunto.

SÉPTIMO. – En fecha 18 de octubre de 2023, se remite el informe del Dr. S, Facultativo Sanitario Especialista del Servicio de Neurorradiología Intervencionista del HCUVA, que indica:

“Nos remiten a la sección de neurorradiología intervencionista al paciente en 2020 por sospecha de fístula dural medular tras clínica sugestiva y hallazgos en RM de mielopatía longitudinalmente extensa, compatibles con fístula dural medular.

Se le realiza angiografía medular el 11/03/2020, con paciente despierto, sedación y control anestésico, explorando las arterias intercostales D8 a D11 bilateral, radicular D12 izquierda, lumbares L1 y L2 bilaterales. Se confirma el diagnóstico de sospecha de fístula dural, en concreto fístula dural medular anterior cuyo aporte arterial principal procede de una rama meningoradicular proveniente de la arteria segmentaria D12 izquierda. El drenaje venoso se produce a través de una vena radicular en sentido retrógrado que conecta con el plexo venoso perimedular ventral. La Arteria Espinal Anterior se origina de la misma arteria segmentaria D12, a menos de un milímetro del origen de la arteria meningoradicular que origina la fístula.

Tras comentar el caso con neurocirugía se decide tratamiento quirúrgico por considerar que el riesgo de lesión medular es elevado endovascularmente por encontrarse el origen de la arteria espinal anterior en la misma arteria (D12) y muy cerca del aporte principal. Tanto el tratamiento quirúrgico como el endovascular de las fístulas durales es un tratamiento muy eficaz, con baja recurrencia y bajo riesgo...

Tras realizar dicho tratamiento quirúrgico en HCUVA se nos solicita angiografía de control, que debe ser suspendida el 15/4/2020 por estar ocupado el angiógrafo con una urgencia (vasoespasma). El paciente había presentado además fiebre en los últimos dos días, por lo que se solicitó a neurocirugía valoración y tratamiento de la fiebre y su posible origen.

Se realizó angiografía de control postquirúrgico el 22/4/2020 con paciente despierto, sedación y control anestésico, explorando las arterias intercostales D11 bilateral, D12 izquierda (en la que previamente se originaba la fístula) y L1 bilateral en la que no se aprecian restos de fístula tratada, observando cambios postquirúrgicos.

En RM realizada en HCUVA el 10/5/2021 se informa de cambios post-quirúrgicos con laminectomía D12-L1 y

tratamiento quirúrgico de la FAV dural, con persistencia del edema medular desde D6 hasta el cono. En comparación con estudio previo parece visualizarse leve mejoría de la tumefacción medular. Persiste realce post-contraste en médula distal y cono medular.

El paciente vuelve a ser remitido a nuestra sección para realización de angiografía de control tras haber sido diagnosticado y tratado endovascularmente en Madrid por el Dr. P. Se realiza dicha angiografía el 28/12/2022, con paciente despierto, sedación y control anestésico, explorando con serie por introductor femoral a 20cc/s-45cc, visualizando D11 bilateral-Sacras, así como series selectivas de las arterias intercostales D4i-L3i, D5d-L3d, observando aportes medulares múltiples sin alteraciones y con ausencia de hallazgos patológicos. No se identifica fístula ni otras alteraciones vasculares relevantes.

Se hace CD con las imágenes y se le da al paciente. Se envían digitalmente las imágenes al Dr. P.

Tras comentar el caso telefónicamente con Dr. P (referencia mundial en el manejo de toda la patología vascular medular) decidimos realizar angiografía el día 29/12/2022 más selectiva, con serie en L3 con catéter Simons 1 y magic 1.2. Se adquiere también 3D por 4F. Se da CD al paciente y se envían imágenes y CD al Dr. P para su valoración por si hiciese falta nueva angiografía con anestesia general o tratamientos.

Tras comentar nuevamente el caso con Dr. P damos por válida la angiografía y desestimamos por ahora la necesidad de nueva angiografía con anestesia general o la realización de angiografía por Dr. P en Hospital. Del Rosario en Madrid".

OCTAVO. – En fecha 18 de enero de 2024, se solicita al Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales "que por parte de la Inspección Médica, se emita informe valorativo de la referida reclamación, en el plazo máximo de tres meses". No consta que dicho informe haya sido evacuado.

NOVENO. – En fecha 22 de marzo de 2024, a instancias de la compañía aseguradora del SMS, "Criteria" emite un dictamen médico pericial, suscrito por la Dra. T ("Especialista en Neurocirugía"), que recoge la siguientes "Conclusiones":

"1. Se trata de un varón de 66 años con alteraciones neurológicas en extremidades inferiores de un mes de evolución que acude al Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia. Se le realiza una RM medular que sugiere una MAV medular. El diagnóstico se confirma mediante arteriografía medular el 11/03/20, donde se identifica una MAV proveniente de la arteria segmentaria D12 izquierda. Se realiza una cirugía para el clipaje de la fístula dural en abril de 2020.

2. El tratamiento de la MAV fue exitoso y se realizó de forma diligente y adecuada, con todos los medios necesarios y más actualizados para garantizar su resolución.

3. Postoperatoriamente, se realiza una RM control, y se ve persistencia del edema medular de D6 hasta el cono, pero mejoría de la tumefacción medular. ESTO ES MUY FRECUENTE y ESPERABLE, no representa una complicación, el paciente también ha mejorado.

4. Tras la realización de arteriografía de control el 22/04/20 se objetiva ausencia de fístula, pero el paciente presenta un empeoramiento neurológico brusco transitorio después del procedimiento. Se indica de forma diligente una RM medular urgente que no muestra complicaciones (es la prueba de elección). EL EMPEORAMIENTO BRUSCO TRAS RM NO ES SUBJETIVO DE QUE HUBIERA OTRA MAV EN ESE MOMENTO, SI NO DE LA MANIPULACIÓN DURANTE EL PROCEDIMIENTO. Como hemos visto en la literatura, la realización de angiografía conlleva riesgo de trombosis y daño de los vasos.

5. Se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular y corticoides, de forma oportuna, y EL PACIENTE MEJORA SIGNIFICATIVAMENTE EN LOS DÍAS POSTERIORES y se le da de alta del hospital.

6. La MAV radiculopial anterior L3 es una nueva malformación, probablemente en relación con la revascularización después de la exclusión de la MAV de D12. La embolización endovascular fue una solución adecuada para evitar la progresión de la MAV radiculopial anterior dado que NO SE PODÍA INTERVENIR DADA SU LOCALIZACIÓN.

7. El paciente continúa en seguimiento para monitorizar su evolución. Es esperable y habitual que los pacientes continúen estables y que el edema persista.

8. Una vez evaluados todos los documentos aportados consideramos que todas las actuaciones médicas y quirúrgicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, han sido totalmente correctas sin evidencias de mala praxis o actuación médica contraria a la lex artis”.

También se aporta por la compañía aseguradora del SMS informe médico-pericial, elaborado por el Dr. V (“Especialista en Oncología y Radiodiagnóstico”), que recoge las siguientes “Conclusiones”:

“1. Las malformaciones vasculares son patologías extremadamente complejas, suponen entre un 3 y un 4% de todas las lesiones ocupantes de espacio en el canal raquídeo.

2. Suponen un reto diagnóstico y terapéutico, por lo que es fundamental la historia clínica y la reevaluación periódica del paciente. Los tratamientos fundamentales son la cirugía y la embolización endovascular, y hasta un 20% de las malformaciones piales puede recidivar tras un abordaje quirúrgico.

3. El 04/03/2020, el paciente D. Y, de 66 años en ese momento, es valorado en Neurología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia debido a clínica fluctuante de un mes de evolución de fatigabilidad para la marcha, con disminución de la distancia al caminar a la mitad de lo habitual, acompañada de dolor lumbar leve, hormigueo y quemazón en la cara lateral de la pierna derecha, sobre todo al bajar escaleras. Asimismo, presenta disfunción eréctil y disfunción del esfínter urinario. Mediante RM se pusieron de manifiesto hallazgos sugerentes de fístula dural como opción más probable, lo que condiciona su ingreso en el hospital para estudio, con diagnóstico de mielopatía longitudinal extensa.

4. El 11/03/2020 se realiza arteriografía diagnóstica, en la cual se aprecia "una fístula AV dural medular anterior cuyo aporte arterial principal procede de una rama meningoradicular proveniente de la arteria segmentaria D12 izquierda. La Arteria Espinal Anterior se origina de la misma arteria segmentaria D12, a menos de un milímetro del origen de la arteria meningoradicular que origina la fístula". Los hallazgos de la arteriografía son concordantes con la RM, y se identifica el pedículo vascular principal. A pesar de no disponer de las imágenes diagnósticas arteriográficas, en el informe de dicha exploración se refleja concluyentemente.

5. De forma multidisciplinar, se concluyó que el tratamiento quirúrgico era el más indicado para el paciente, llevándose a cabo el 08/04/2020. La intervención quirúrgica consistió en la eliminación del aporte arterial principal de la fístula. Tras la cirugía el paciente presentó una evolución favorable, con mejoría de la clínica de inicio. En RM de control postquirúrgico se aprecia mejoría de la tumefacción medular.

6. El 22/04/2020 se realiza arteriografía de control de ramas segmentarias D11 bilateral, D12 izquierda y L1 bilateral en la que no se aprecian restos de fístula tratada. El procedimiento fue extremadamente laborioso y se complicó en las horas inmediatas posteriores con una paraparesia rápidamente progresiva, de la cual el paciente se recuperó parcial y paulatinamente. Ante esta sintomatología, se realiza RM de columna completa urgente el mismo día 22/04/2020, en la que no se observan signos que sugieran isquemia medular aguda. El estudio no muestra cambios significativos respecto a RM previa del 14/04/2020. Por tanto, se inicia tratamiento anticoagulante, así como corticoideo, mejorando en evolución, tal y como está indicado en las guías clínicas. El 07/05/2020, el paciente es derivado al alta, con indicación de tratamiento rehabilitador y revisión en consulta de Neurocirugía el 17/06/2020.

7. En diciembre de 2020 es valorado en Neurocirugía. Tras el empeoramiento de función motora postquirúrgico, recuperó la capacidad motora por completo, sin embargo, refiere disestesias en ambas piernas en región anterior. Además, se encuentra en tratamiento por Urología por incontinencia. El esfínter anal había recuperado

completamente su función. Hasta este momento, el paciente fue manejado adecuadamente en función de los hallazgos radiológicos y de la clínica que presentaba.

8. Durante un período de 8 meses, se evidencia en la historia clínica del paciente una clara mejoría de la sintomatología, tanto neurológica como de la algesia, así como del edema medular visualizado en las diversas resonancias magnéticas realizadas, al menos, hasta diciembre de 2020.

9. En RM de columna de diciembre de 2020, se aprecia leve empeoramiento de la tumefacción medular, pero en RM de columna de mayo de 2021, en comparación con estudio previo, parece visualizarse leve mejoría de la tumefacción medular.

10. En mayo de 2021, el paciente es valorado de nuevo en Neurocirugía. Refiere dolor lumbosacro en región glútea y pierna izquierda que precisa de analgesia. Se consensua con el paciente terapia conservadora con rehabilitación y ajuste de analgesia a través de su MAP. Desde el tratamiento, este es el primer episodio donde se constata un empeoramiento de la algesia. En RM de control de noviembre de 2021, no se observan cambios significativos respecto a RM previa.

11. En febrero de 2022, el paciente es valorado de nuevo en Neurocirugía y se deriva a Unidad del Dolor con diagnóstico de siringomielia y síndrome centromedular. Allí recibe tratamiento específico y es valorado de nuevo en Neurocirugía en mayo de 2022, reflejándose mejoría clínica en el episodio de consulta.

12. El paciente realizó una consulta de segunda opinión con el neurocirujano Dr. D. Z, de Málaga, el cual remitió al paciente al Dr. D. P, director de la "Unidad Terapéutica Endovascular y Percutánea" del Hospital Nuestra Señora del Rosario de Madrid, con fecha 24/06/22.

13. El paciente es valorado por el Dr. D. P, director de la "Unidad Terapéutica Endovascular y Percutánea" del Hospital Nuestra Señora del Rosario de Madrid con fecha 15/07/22, quien realiza arteriografía medular, observando "una arteria radiculomedular anterior nacida a nivel L3 izquierdo irrigando una malformación vascular del cono medular. No se observan otros aportes a la malformación. Se explora particularmente el nivel D12 izquierdo, que corresponde con la zona operada, y a partir del cual se originaba el ramo arterial aferente a la malformación, así como la arteria espinal anterior de Adamkiewicz. Se observa una ausencia de relleno de la arteria espinal anterior, la cual es compensada por la rama ascendente de L3 Izquierdo, que a su vez es la que irriga la malformación en el momento actual". Ante dichos hallazgos, se propone embolización de la misma por vía endovascular, la cual se realiza el 29/07/2022. En RM de control, se informa de "mielopatía extensa con focos de realce inhomogéneo", sin otras variaciones destacables.

14. Los hallazgos de la arteriografía realizada en dicho centro en julio de 2022, se pueden encontrar en el contexto de una recidiva postquirúrgica de la malformación, y, por tanto, el Dr. P actúa en consecuencia y procede a realizar tratamiento embolizante endovascular. Cabe reseñar que la primera arteriografía fue realizada el 11/03/2020, y el tratamiento quirúrgico inicial el 08/04/2020. El paciente mejoró clínicamente hasta diciembre de 2020, y en mayo de 2021 se constata un empeoramiento de la algesia en la consulta de Neurocirugía del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Tras una "cierre" vascular en cualquier localización anatómica, se pueden reproducir las lesiones tratadas. Hasta un 20% de las malformaciones piales puede recidivar tras un tratamiento quirúrgico.

15. En el tratamiento quirúrgico del 08/04/2020, se ocluyó el principal aporte vascular constatado en la arteriografía, D12 izquierda, la cual, a su vez, originaba la arteria espinal anterior. El Dr. P refleja textualmente en su informe "Retrospectivamente, y visualizando los estudios angiográficos anteriores, pensamos que el ramo ocluido durante la intervención, era un ramo radicular aferente a la malformación vascular", con lo que se actuó adecuadamente en base a los hallazgos de ese momento. En la arteriografía realizada por el Dr. P el 15/07/22, se indica textualmente que "se observa una ausencia de relleno de la arteria espinal anterior, la cual es compensada por la rama ascendente de L3 Izquierdo, que a su vez es la que irriga la malformación en el momento actual". Tras estos hallazgos, es aceptable considerar que la malformación es viable mediante el reclutamiento de flujo de otra arteria cercana, es decir, en el contexto de una recidiva postquirúrgica, lo que es algo plausible y no supone un detrimento del diagnóstico ni del tratamiento llevado a cabo en abril de 2020.

16. En RM de septiembre de 2022 y en arteriografía de diciembre de 2022, no se observan signos de progresión de la patología medular. Con fecha 27/09/2023, a nivel clínico el paciente presenta una estabilidad neurológica en

fase de secuelas, consistentes en paraparesia moderada-grave y alteraciones sensitivas tipo parestesias/disestesias en ambos miembros inferiores. El paciente se encuentra en tratamiento rehabilitador, gracias al cual se ha conseguido una estabilidad de las secuelas neurológicas.

17. Por todo lo anterior, no se aprecian datos de falta de diligencia ni mala praxis en la atención al paciente, ya que no se reflejan en la historia clínica signos fehacientes de persistencia o progresión de la malformación en las pruebas diagnósticas postquirúrgicas realizadas durante 2020.

18. A pesar de ello, desgraciadamente, el paciente ha sufrido una patología medular muy severa, lo que ha condicionado negativamente su calidad de vida y ha repercutido de forma significativa en su salud emocional, pero, tras revisar de forma global su historia clínica, no cabe duda de que se emplearon los medios diagnósticos y terapéuticos adecuados”.

DÉCIMO. - En fecha 30 de mayo de 2024, la instrucción del procedimiento procede a la apertura del trámite de audiencia, a efectos de que, por un plazo de diez días, puedan acceder al expediente, formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen pertinentes.

Tras la solicitud de documentación del expediente, no consta que el reclamante, haya formulado alegaciones.

UNDÉCIMO. - En fecha 15 de octubre de 2024, la instrucción del expediente dicta propuesta de resolución mediante la que plantea “Desestimar la reclamación... por no concurrir los requisitos previstos en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público para la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.”.

En la fecha y por el órgano indicado, se ha recabado el Dictamen preceptivo de este Consejo Jurídico, acompañando al efecto el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA. - Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, 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 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

SEGUNDA. - Legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.

I.- El Sr. Y 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 cuya indemnización reclama.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración titular del servicio público a cuyo funcionamiento se imputa el daño. En este supuesto la Administración regional, a la que corresponde la prestación del servicio de asistencia sanitaria a la población.

II.-En cuanto al plazo para la interposición de la acción de resarcimiento, debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC, que dispone que *“el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo”*, y que *“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”*.

De conformidad con el informe de la aseguradora del SMS, el 27 de septiembre de 2023 el reclamante presenta una estabilidad neurológica en fase de secuelas, por lo que al haberse interpuesto la reclamación el 30 de marzo del año 2023, ésta se considera temporánea.

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

En cuanto a la continuación del procedimiento sin haber llegado a evacuarse el informe de la Inspección Médica, este Consejo Jurídico viene aceptando de forma pacífica que, cuando los interesados no apoyan sus imputaciones de mala praxis en un informe pericial, conforme al Protocolo de Agilización de los procedimientos de responsabilidad patrimonial aprobado por el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud en fecha 27 de mayo de 2011, puede llegar a prescindirse del informe inspector solicitado y no evacuado en plazo si existen suficientes elementos de juicio en el expediente para resolver la reclamación, lo que de ordinario sucede cuando en las actuaciones constan, además de los informes de los facultativos intervinientes, un informe técnico elaborado por un tercero (un perito de la aseguradora, el Jefe del Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del Servicio Murciano de Salud, el informe de algún otro especialista del sistema nacional de salud, etc.) que ofrezca una valoración de la reclamación desde la ciencia médica, en orden a determinar el ajuste de la prestación sanitaria a la *“lex artis”*. Y ello porque se considera que, en tales circunstancias, la decisión administrativa de la reclamación formulada estará basada en suficientes elementos de juicio técnico científico.

Además, el artículo 22.1, letra c), de la LPAC, prevé de forma expresa que, solicitado el informe preceptivo, y transcurrido el plazo máximo de tres meses sin que aquél se haya recibido, proseguirá el procedimiento.

En este caso, la decisión contenida en la propuesta de resolución se sostiene en suficientes elementos de juicio: constan los informes de los facultativos que han intervenido en el proceso asistencial, que explican

la *praxis* seguida con el paciente; y consta dos informes médico-periciales realizados a instancias de la compañía aseguradora del SMS, que confirman que la asistencia prestada ha sido acorde con la "*lex artis*". Por el contrario, el reclamante, a pesar de haberlo anunciado, no ha presentado prueba pericial que sostenga sus imputaciones de mala *praxis*.

TERCERA. - La responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario: Consideraciones generales.

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: "*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, pudiendo sintetizarse en los siguientes extremos:

- 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 concurra 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, 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 concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles”*.

La actuación del médico ha de regirse por la denominada *“lex artis ad hoc”*, o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes de este Consejo Jurídico 49/01 y 337/22, entre otros muchos). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la *“lex artis ad hoc”* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La *“lex artis”*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a *“normopraxis”* descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (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).

A tal efecto, en este caso hay que destacar la ausencia de prueba, por parte del reclamante, de algunos de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, cuya carga le corresponde en exclusiva. En el supuesto sometido a consulta, los referidos informes médicos de los facultativos actuantes y de los peritos de la aseguradora no han sido cuestionados por la parte actora mediante la aportación de prueba suficiente para rebatir sus conclusiones técnicas. Y debe reiterarse el carácter de prueba esencial que, en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por pretendidos errores médicos o defectuosa asistencia sanitaria, reviste la prueba

pericial, como de forma contundente expresa la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo de la Audiencia Nacional, de 27 de junio de 2001, según la cual *“quien reclama debe probar la relación de causalidad antes expuesta (artículo 6.1.2º in fine Reglamento de Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial ...), y a tal efecto lo propio habría sido interesar una prueba pericial sobre la bondad de los tratamientos dispensados, prueba vital pues se está en un pleito en el que son convenientes o necesarios conocimientos científicos”*.

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Considera el reclamante que la malformación arterio-venosa puesta de manifiesto en la arteriografía efectuada el 15/07/22 ya estaba presente y era perfectamente visible en los estudios preoperatorios efectuados y, por tanto, esta malformación pudo y debió haber sido intervenida quirúrgicamente junto a la malformación intervenida en el HUVA el 08/04/20, lo que hubiera modificado sustancialmente el paupérrimo resultado obtenido.

Es evidente que las argumentaciones del reclamante deben analizarse desde la óptica de la ciencia médica, por lo que debe acudir a los informes médicos y periciales del expediente. Como ya se ha dicho, 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.

El reclamante no ha traído al procedimiento un dictamen pericial, a pesar de haberlo anunciado, que sostenga sus alegaciones de mala *praxis*, 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 quiebra 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 atención dispensada al reclamante fue la adecuada y ajustada a normopraxis. Así se desprende tanto de los Informes de los facultativos que han intervenido en el proceso asistencial como, sobre todo, de los informes médico-periciales de “Critería”, emitidos a instancia de la aseguradora del SMS, suscritos por una especialista en Neurocirugía y un especialista en Oncología y Radiodiagnóstico.

Así, el informe de la Neurocirujana, al analizar el caso concreto, expone:

“...Se confirma el diagnóstico mediante arteriografía medular el 11/03/20, que muestra una fístula arteriovenosa dural medular anterior, cuyo aporte arterial principal procede de una rama proveniente de la arteria segmentaria D12 izquierda. Se realiza una cirugía para el clipaje de la fístula dural en abril de 2020.

La cirugía es exitosa, se comprueba la desaparición de la MAV intraoperatoriamente mediante Doppler, video angiografía intraoperatoria, y subida controlada la tensión arterial sistólica hasta 145. SE REALIZAN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y DE TRATAMIENTO DE FORMA DILIGENTE Y ADECUADA, Y CON LOS MEDIOS MÁS MODERNOS EN LA ACTUALIDAD CONSIGUEN ELIMINAR LA MAV...

Tras la realización de arteriografía de control el 22/04/20 se objetiva una completa exclusión de la fístula, no

apreciándose resto pero el paciente presenta un empeoramiento neurológico brusco transitorio después del procedimiento. Se indica de forma diligente una RM medular urgente, que no muestra cambios y descarta complicaciones. EL EMPEORAMIENTO BRUSCO TRAS RM NO ES SUBJETIVO DE QUE HUBIERA OTRA MAV EN ESE MOMENTO, SI NO DE LA MANIPULACIÓN DURANTE EL PROCEDIMIENTO. Como hemos visto en la literatura, la realización de angiografía conlleva riesgo de trombosis y daño de los vasos...

En febrero de 2022, el paciente continúa su evolución, con las secuelas propias de su patología. COMO HEMOS VISTO EN LA LITERATURA, LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES PERMANECEN ESTABLES Y EL EDEMA puede ser PERSISTENTE. Tiene un síndrome centromedular con cavidad siringomiélica. ES AUTÓNOMO PARA LA MARCHA.

En julio de 2022, el paciente acude al Dr. P del Hospital Nuestra Señora del Rosario. Se realiza una arteriografía medular que detecta una malformación vascular de L3 al cono medular. Se aprecia en el nivel operado, D12 izquierdo, ausencia de flujo en la arteria espinal anterior, que se compensa con la rama ascendente de L3 izquierdo. El ramo ocluido durante la intervención era un ramo radicular aferente a la MAV, con lo que la intervención fue correcta. Ahora hay una MAV radiculopial anterior, de difícil acceso quirúrgico, EN PROBABLE RELACIÓN CON REVASCULARIZACIÓN AL HABER EXCLUIDO LA MAV DE D12”.

Y concluye: “Una vez evaluados todos los documentos aportados consideramos que todas las actuaciones médicas y quirúrgicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, han sido totalmente correctas sin evidencias de mala praxis o actuación médica contraria a la lex artis”.

Por su parte, el informe del especialista en Oncología y Radiodiagnóstico, en sus consideraciones finales, pone de manifiesto:

“• En marzo de 2020, el paciente fue diagnosticado de una malformación vascular espinal en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, que le condicionaba una clínica neurológica significativa. Fue sometido a diversas resonancias magnéticas, así como arteriografía diagnóstica, la cual determinó el pedículo vascular aferente de la malformación. De forma multidisciplinar, se concluyó que el tratamiento quirúrgico era el más indicado para el paciente, llevándose a cabo el 08/04/2020.

• Las malformaciones vasculares son patologías extremadamente complejas, y no cabe duda de que se pusieron todos los medios necesarios para el diagnóstico y tratamiento más adecuado para [el] paciente. Hasta un 20% de las malformaciones piales puede recidivar tras un tratamiento quirúrgico.

• Durante un período de 8 meses, se evidencia en la historia clínica del paciente una clara mejoría de la sintomatología, tanto neurológica como de la algesia, así como del edema medular visualizado en las diversas resonancias magnéticas realizadas, al menos, hasta diciembre de 2020.

• En mayo de 2021, 13 meses después de la intervención, se refleja un empeoramiento clínico progresivo en la consulta de Neurocirugía del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, que condiciona tratamiento en la Unidad del Dolor durante varios meses, sin una mejoría mantenida de la sintomatología. Esto condiciona que el paciente acuda a consulta privada de Neurocirugía en Málaga en junio de 2022, y que, desde ahí, sea referido al Hospital Nuestra Señora del Rosario.

• Los hallazgos de la arteriografía realizada en dicho centro en julio de 2022, se pueden encontrar en el contexto de una recidiva postquirúrgica de la malformación, y, por tanto, el Dr. P actúa en consecuencia y procede a realizar tratamiento embolizante endovascular.

• Por todo lo anterior, no se aprecian datos de falta de diligencia ni mala praxis en la atención al paciente, ya que no se reflejan en la historia clínica signos fehacientes de persistencia o progresión de la malformación en las pruebas diagnósticas postquirúrgicas realizadas durante 2020. La última arteriografía que se había llevado a cabo

en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca hasta ese momento fue el 22/04/2020. En la RM realizada el mismo día, no se observan signos de isquemia aguda ni variaciones reseñables respecto al estudio postquirúrgico previo.

- A pesar de ello, desgraciadamente, el paciente ha sufrido una patología medular muy severa, lo que condiciona negativamente su calidad de vida y repercute de forma significativa en su salud emocional, pero, tras revisar de forma global su historia clínica, no cabe duda de que se emplearon los medios diagnósticos y terapéuticos adecuados”.

En definitiva, el reclamante no ha desvirtuado los informes médicos obrantes en el expediente, dado que no ha probado que los facultativos que le prestaron asistencia sanitaria incurrieran en mala *praxis*. Por lo tanto, no puede considerarse acreditada la existencia de una actuación contraria a la “*lex artis*” y, en consecuencia, debe considerarse que no concurre la necesaria relación causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, cuya antijuridicidad tampoco puede considerarse acreditada.

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

CONCLUSIÓN

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

No obstante, V.E. resolverá.