



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 115/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 7 de mayo 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 3 de febrero de 2025 (COMINTER 15842) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 7 de febrero de 2025, y subsanado el envío el 6 de marzo de 2025, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X en representación de D. Y, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2025_043), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 10 de julio de 2014, D. Y presenta escrito ante la Consejería de Sanidad y Política Social en relación con la asistencia sanitaria prestada a su hijo Z en el Hospital “Viamed-San José” de Alcantarilla, el 27 de junio de 2014.

Dicho escrito no consta entre la documentación remitida al Consejo Jurídico y de él sólo se tiene noticia por referencias en otros documentos del expediente, en particular, por el informe que el Servicio de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, de la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria, remite, el 12 de mayo de 2015, al Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud, “*en previsión de ulteriores actuaciones del paciente que concluyeran en la presentación de una demanda de responsabilidad patrimonial*”.

El informe explica el desarrollo del proceso en los siguientes términos:

“A) El enfermo D. Z, derivado de lista de espera quirúrgica del Área 1 Murcia del S. M. S., fue intervenido en el Hospital Viamed-San José de Extirpación quirúrgica de Sinus Pilonidal el día 27/06/2014.”

B) Se realiza al paciente anestesia RAQUIDEA y el proceso quirúrgico sobre las 9h 40'. Próxima a terminar la intervención, sobre las 10h 40', se detectó en el enfermo (que en ese momento estaba dormido), un episodio de parada cardiorrespiratoria por asistolia que se atendió mediante RCP básica y avanzada (intubación orotraqueal, 1 mg de adrenalina, 1 mg de atropina y masaje cardíaco). Tras esta maniobra y recuperando el paciente pulso espontáneo y ritmo sinusal y teniendo buena saturación de oxígeno, se decidió terminar de cerrar la herida en decúbito lateral y finalizar la intervención. El proceso de reanimación y posterior finalización de la intervención pudo durar en conjunto entre 8'-10'.

C) Finalizada la intervención sobre las 11 h, el paciente permaneció en el quirófano en observación, intubado pero con respirador no conectado, en ritmo sinusal y persistiendo signos neurológicos (apertura de ojos, desorientación y sin respuesta adecuada a órdenes, con rotación interna de miembros superiores al dolor). En esta situación el paciente permanece aproximadamente 2 horas y al no mejorar (persisten signos neurológicos), se decide llamar al 061 que recibe el aviso a las 13:03h.

D) El 061 llega al H. S. José a las 13:17, encontrando al paciente "intubado, aunque sin conectar a respirador, ya que su respiración era espontánea. Presentaba hiperextensión de MMII con rigidez y los MMSS, también los hiperextendía pero los relajaba después. La respiración era taquipneica y el ritmo cardíaco taquicárdico. En presencia del 061, el equipo del hospital extubó al paciente y lo estimuló para conseguir la recuperación completa, pero al no mejorar, el paciente fue sedado e intubado por el anestesista que le asistía y procedimos a su traslado a la UCI del H. Reina Sofía, por no haber camas en UCI del HUVA.

E) Permanece en UCI del H. Reina Sofía entre los días 27/06-17/07/2014, siendo dado de alta por traslado a la Unidad Asistencial de Neurología del H. Reina Sofía donde permaneció hasta el día 21/07/2014 en que fue alta por traslado a la Unidad Asistencial de Neurología del HUVA. La situación clínica del enfermo al alta de UCI "Reina Sofía" era: "Vigil, sin lenguaje verbal pero conectado con el medio", y el diagnóstico de "encefalopatía hipóxica secundaria a parada cardiorrespiratoria reanimada con RCP avanzada". Durante su estancia en la Unidad Asistencial de Neurología del H. Reina Sofía, el enfermo permaneció estable con ligera tendencia a la mejoría.

F) El enfermo permanece en la Unidad Asistencial de Neurología del HUVA entre 21/07-05/09/2014, donde sigue evolución a la mejoría, siendo dado de alta en situación de: "Dependiente para las actividades básicas e incontinente a nivel urinario. Precisa supervisión constante por parte de sus padres y ayuda para las actividades básicas". El alta es dada por traslado al Instituto Guttmann para neurorrehabilitación intensiva, al considerar la Unidad de Neurología del HUVA que "el paciente tiene un potencial de recuperación importante".

G) El enfermo es tratado en el Instituto Guttmann, permaneciendo ingresado entre el 15/09-31/10/2014 y tratado en Consultas Externas entre los días 04/11-12/2014, con informe final completo sobre evolución y pronóstico que puede resumirse en: Paciente con secuelas de anoxia cerebral: - Déficit cognitivo. - Marcha atáxica. - Disartria. - Déficit funcional. - Incontinencia esfinteriana en fase de resolución.

H) A la vuelta del Instituto Guttmann, el enfermo es estudiado de nuevo por el Servicio de Rehabilitación del HUVA que propone tratamiento en el Centro de atención especializada del Daño Cerebral Adquirido INTEGRA de Murcia, tras evaluar sus necesidades de rehabilitación,

(...)

I) El enfermo inicia tratamiento 19 de enero de 2015 en el Centro de atención especializada del Daño Cerebral Adquirido INTEGRA de Murcia y sigue en la actualidad.

J) A solicitud de esta Inspección, la Unidad Asistencial de Neurología del HUVA (Dra. P (Anexo 20), emite informe completo de situación clínica y pronóstico del enfermo el 18/02/2015, que puede resumirse en:

Situación clínica: Disartria y lenguaje pobre, Bradipsiquia, apatía, Fatiga fácil, Alteración de la deglución, Debilidad global con mayor afectación de cintura pélvica, Todo esto lo hace dependiente para todas sus AVD y precisa supervisión para las tareas instrumentadas.

Pronóstico: Dada la evolución del paciente en los meses transcurridos tras la lesión isquémica, la evolución clínica y de acuerdo con la opinión de la clínica de neurorrehabilitación Guttman, pensamos que es bastante probable que persista en esta situación cognitiva, sin que sea esperable mucha mejoría en los meses siguientes. Esta situación hace al paciente dependiente para todas sus actividades.

Juicio diagnóstico: encefalopatía anóxica post parada cardiorrespiratoria.

K) A solicitud de esta inspección el Servicio de Anestesia y Reanimación del HUVA, por su Jefe de Servicio Dr. Q, emite juicio clínico sobre el tratamiento anestésico recibido por el enfermo, mediante informe preliminar con fecha 20/febrero 2015 (Anexo 21) e informe completo el 27 de marzo de 2015. De estos informes, cabe extraer las siguientes conclusiones:

- *Técnica anestésica defectuosa: "Actualmente, el uso de la petidina prácticamente ha desaparecido en los países desarrollados debido a sus efectos adversos. La adición de petidina a la lidocaína aumenta el efecto anestésico y la analgesia postoperatoria. Sin embargo, la mezcla presenta una elevada incidencia de somnolencia e inestabilidad hemodinámica caracterizada por bradicardia e hipotensión arterial. Ambos efectos parecen haberse producido en este caso pues el paciente precisó, tal como consta en la hoja de anestesia, una dosis no pequeña: 20 mg de efedrina, al comienzo de la intervención, únicamente justificable para contrarrestar tales efectos adversos.*

- *Riesgo de depresión respiratoria con los fármacos utilizados: "En un reciente metaanálisis de la influyente revista Pain, de 65 artículos de buena calidad metodológica estudiados, ninguno incluyó la mezcla de lidocaína y petidina, por considerar que no los había con mínima evidencia de su beneficio/riesgo".*

"La guía anestésica hoy más difundida sobre la prevención y detección de la depresión respiratoria asociada a la administración intratecal de opioides (Anesthesiology, 2009) recomienda emplear la dosis eficaz más baja posible. Encarece, también, extremar la vigilancia continua de la ventilación, oxigenación y nivel de conciencia. Por otra parte, la guía advierte que la administración adicional de hipnóticos o sedantes incrementa el riesgo de depresión

respiratoria. En el caso que nos ocupa se dio un hipnótico (propofol) y un sedante (midazolam).

- *Complicación ocurrida: "El paciente sufrió una parada respiratoria y minutos después, como consecuencia de misma, una parada cardíaca. En caso de sólo parada respiratoria, no se explicaría la administración de adrenalina y masaje cardíaco con producción accidental de volet costal anterior".*

- *Juicio clínico: Parada respiratoria, provocada por la administración de petidina intradural y potenciada por la adición de un hipnótico y un sedante; posible incremento del nivel de bloqueo anestésico inducido por la lidocaína; parada cardíaca como consecuencia de la respiratoria; encefalopatía anóxica.*

L) Finalmente, resulta a todas luces muy dilatado el tiempo transcurrido de 2 horas entre la finalización de la intervención, tras la RCP realizada, y el aviso al 061 para traslado a una UCI, ya que durante este tiempo persistían signos neurológicos graves en el paciente.

CONCLUSIONES:

1) Paciente con encefalopatía anóxica derivada de parada cardiorrespiratoria como complicación de procedimiento anestésico en el que se empleó una asociación de fármacos que incrementa el riesgo de depresión respiratoria.

2) Tras la realización de RCP básica y avanzada, excesivo tiempo de espera en observación, antes de solicitar traslado a UCI, dado que persistían signos neurológicos graves en el paciente.

3) Persistencia en el paciente, a los 10 meses de acaecido el suceso con 3 meses de ingreso hospitalario y 7 de tratamiento rehabilitador especializado, de graves secuelas neurológicas, intelectivas y psíquicas que lo hacen dependiente para las actividades de la vida diaria".

SEGUNDO.- Por resolución de 25 de mayo de 2015, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, se incoa de oficio procedimiento de responsabilidad patrimonial y se ordena su tramitación al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a requerir a la Subdirección de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria para que remita el expediente y documentación relativa a los hechos descritos en el informe, al tiempo que da traslado de la incoación del procedimiento al Hospital "Viamed- San José", centro al que se solicita la remisión de una copia de la historia clínica del paciente y el informe de los profesionales que prestaron la asistencia. Este requerimiento de información se dirige, asimismo, a las Gerencias de las Áreas de Salud VII (Hospital General Universitario "Reina Sofía" de Murcia) y I (Hospital General Universitario "Virgen de la Arrixaca" de Murcia, HUVA)

Además, se solicita al centro concertado que informe "si el paciente fue asistido por remisión del Servicio Murciano de Salud y si los facultativos que le atendieron (equipo completo) son personal del SMS, o de ese Hospital, y de ser así, deberá considerarse parte interesada en el procedimiento administrativo debiendo dar parte del mismo a su Compañía Aseguradora".

Consta, asimismo, que se comunicó el inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial a la aseguradora del Servicio Murciano de Salud, por conducto de la correduría.

TERCERO.- Por el centro concertado se remite la documentación solicitada e informa que la cirujana responsable de la intervención quirúrgica fue una Facultativa del Servicio de Cirugía General del Hospital “Virgen de la Arrixaca”. El anestesista fue D. R, del que se indica que *“Este profesional trabaja por cuenta de la Sociedad ACRA S.L. (--). ACRA, es la sociedad con la cual el Hospital Viamed San José, mantiene en vigor un contrato de arrendamiento de Servicios para la prestación de Servicios sanitarios de Anestesia desde 27/12/2006”*. El resto del equipo quirúrgico se completa con una enfermera instrumentista y un celador, ambos personal propio del centro concertado, y una enfermera dependiente del equipo de anestesia, también facilitada por la mercantil “ACRA”.

Consta, asimismo, el informe realizado por el anestesista que participó en la intervención, el Dr. R, que manifiesta lo siguiente:

“El 27/06/2014, el paciente D. Z, con el diagnóstico de quiste pilonidal, fue programado para cirugía de resección de su quiste en el Hospital Viamed San José de Alcantarilla.

Bajo anestesia raquídea en silla de montar, de punción única y sin dificultad, fue intervenido colocándose en decúbito prono que el paciente toleró perfectamente.

Cuando la cirujana (Dra. S) procedía al cierre de la herida quirúrgica, el anestesista (Dr. R) detectó un fallo en el monitor de control del paciente relacionado con la saturación arterial de oxígeno. Inmediatamente y tras ordenar al ayudante de quirófano que comprobara el funcionamiento de dicho monitor, el anestesista detectó que el paciente se encontraba en apnea, por lo que activó el protocolo correspondiente: ordenó al ayudante que avisara de urgencia a los celadores para dar la vuelta al paciente y al resto de personal del área quirúrgica y a la cirujana que tenía que parar la intervención.

Tras la llegada de los celadores, se dio la vuelta al paciente, colocándolo en decúbito supino y se procedió a su intubación oro-traqueal, la cual se realizó inmediatamente y sin problemas, y conexión a ventilación controlada con presión positiva intermitente y con oxígeno al 100%. Posteriormente, y mientras se procedía otra vez a su monitorización, se realizó masaje cardíaco, apareciendo pulso espontáneo poco después.

Ya el paciente con saturación normal, pulso y tensión arterial conservados, se advirtió a la cirujana que acabara la cirugía, lo que hizo con el paciente en posición lateral. Cuando la cirujana hubo concluido, se intentó despertar al paciente y al no lograrse se decidió su traslado a Hospital de Referencia para valorar su estado neurológico.

Aunque el paciente respiraba espontáneamente, se decidió con el médico del 112 su traslado intubado, sedado y relajado para asegurar una mejor estabilidad hemodinámica.

Tras informar a la familia de lo ocurrido, se trasladó al paciente al Hospital "Reina Sofía" de Murcia".

CUARTO.- Con fecha 19 de enero de 2016, se solicita a la Inspección Médica que *"se ratifique en el informe elaborado por el Servicio de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios (folios nº 1 al 20), o bien, se emita informe complementario valorativo de la referida reclamación"*.

QUINTO.- Con fecha 9 de julio de 2016, se notifica a D. Y la incoación del procedimiento de responsabilidad patrimonial y la información prescrita por el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), así como su suspensión hasta la terminación del procedimiento penal seguido ante el Juzgado de Instrucción núm. 7 de los de Murcia, Diligencias Previas número 2190/2015, de cuya existencia el Servicio Murciano de Salud fue informado a través de su aseguradora.

SEXTO.- Consta en el expediente que se incoaron diligencias previas, procedimiento n.º 2190/2015, por el Juzgado de Instrucción n.º 7, de Murcia.

Por Auto de 24 de marzo de 2017 se acordó el sobreseimiento provisional y archivo de la causa, al no apreciar el juzgador actuación negligente alguna merecedora de reproche penal, con base en el informe del Médico forense. Dicha resolución fue objeto de recurso de reforma por parte de la acusación particular, que fue desestimado por Auto del mismo Juzgado, de 16 de junio de 2017.

No obstante, la Audiencia Provincial de Murcia, mediante Auto de 27 de septiembre de 2017, considera que existen indicios de criminalidad en contra únicamente del anestesista, por lo que, mediante Auto de 17 de septiembre de 2018, el Juzgado de Instrucción acuerda continuar la tramitación de las diligencias previas por los trámites del procedimiento abreviado (PO 113/18-JA) contra el Dr. R (anestesista), *"como responsable en concepto de autor de un presunto delito de imprudencia grave con resultado de lesiones agravadas, y como responsables civiles directas a las compañía de seguros AMA (en su condición de aseguradora de R y de "--) y MAPFRE (en su condición de aseguradora del SMS y del Hospital Viamed San José SL.) y como responsables civiles subsidiarias Hospital Viamed San José S.L., ACRA S.L., y el Servicio Murciano de Salud"*. En el mismo Auto se acuerda el sobreseimiento provisional de la causa respecto de la cirujana que practicó la intervención? ?n.

Por Sentencia núm. 75/2023, de 2 de mayo de 2023, del Juzgado de lo Penal núm. 4 de Murcia, se absuelve al Dr. R, al no advertir en su actuación profesional motivo de reproche penal, *"sin perjuicio de las acciones a ejercitar, en su caso en la vía civil o administrativa -dadas por otra parte las consideraciones efectuadas en el informe final del Letrado del SMS, advirtiendo ciertas irregularidades, no obstante ajenas a su condena en vía penal-..."*.

La sentencia fue notificada el 3 de mayo de 2023.

Por Auto del Juzgado de lo Penal núm. 4, de fecha 25 de octubre de 2022 (sic), notificado el 20 de septiembre de 2023, se declara la firmeza de la resolución absolutoria.

En las actuaciones penales consta informe del Médico Forense, que alcanza las siguientes conclusiones:

“1. La existencia de una parada cardíaca inesperada intraoperatoria es un evento poco frecuente que se puede producir en el curso de una raquianestesia. En este caso se han identificado factores de riesgo que pueden aumentar las posibilidades de su ocurrencia, como son la constitución obesa del paciente, la posición quirúrgica, y el uso conjunto de varios fármacos con efectos depresores de la función respiratoria. A ello se suma la somnolencia del paciente, que retrasa la detección de la alteración de la conciencia.

2. La existencia de estos factores obliga a una vigilancia estrecha del paciente y a su monitorización, A pesar de la escasa información que aparece en la hoja anestésica, parece deducirse que existió supervisión del estado del paciente y en particular del nivel de saturación de oxígeno y latido cardíaco.

3. La existencia de daño cerebral está en relación al tiempo de isquemia sufrido. En este caso parece que el tiempo de isquemia fue suficiente para la producción del daño encefálico, pero se acredita que se realizaron las maniobras de reanimación y estabilización que estaban indicadas para la eventualidad, con resultado parcialmente favorable.

4. Aunque los fármacos utilizados en la anestesia son objeto de crítica fundada en las actuaciones que se han practicado, no se ha comprobado la existencia de una contraindicación formal o prohibición de su uso por las autoridades sanitarias, por lo que no se puede considerar su uso como excluido o prohibido en la práctica clínica actual”.

Consta, asimismo, informe forense, de 10 de febrero de 2018, sobre las lesiones que padece el paciente.

Por acuerdo de la instrucción, de 23 de octubre de 2023, se incorpora al expediente del procedimiento de responsabilidad patrimonial una copia de las diligencias penales.

La Sentencia 75/2023, de 2 de mayo de 2023, por la que se absuelve al anestesista del delito de imprudencia grave, contiene el siguiente relato de *“hechos probados”*:

“PRIMERO.- El 27 junio 2014, sobre las 9:40 horas, en el Hospital Viamed de San José de Alcantarilla, tuvo lugar una intervención programada del paciente D. Z, de 24 años de edad en dicha fecha, para exéresis de quiste polioidal (sic) mediante raquianestesia, tratándose de intervención quirúrgica derivada por el Servicio Murciano de Salud.

En dicha intervención intervino como anestesista el acusado D. R, con DNI

El paciente presentaba obesidad -180 de altura y 130 Kgs de peso, IMC de 40-, con antecedentes de asma bronquial extrínseca con tratamiento de ventolín a demanda. Dicha intervención precisaba la colocación del paciente en posición decúbito prono.

En el informe de preanestesia se hace constar el antecedente referido al asma, así como la carencia de cualquier otro tipo de antecedentes patológicos o disfunción cardiovascular, calificando en II, la escala de riesgo ASA. Dicha escala clasifica la valoración del riesgo de I a V, siendo I la de menor gravedad.

SEGUNDO.- Como premedicación por vía intravenosa se administró midazolam 2 mg, y propofol 30 mg, junto con efedrina. Dicha premedicación desaparece del paciente, en un periodo de tiempo, de entre 10/20 minutos, de serle administrada.

TERCERO.- La medicación administrada en la raquianestesia o anestesia locorreional consistió en petidina -asimismo denominada meperidina o dolantina-, siendo un opioide anestésico, y lidocaína -anestésico local-, ignorándose si se añadió glucosmon.

Al objeto de evitar que la solución migrara cefálicamente se tuvo al paciente sentado en la posición silla de montar unos minutos, cuya duración si bien se ignora, su concreto desconocimiento no ha sido objeto de crítica por perito alguno, en las conclusiones emitidas por dichos peritos en el Plenario.

No obstante, la hoja de anestesia -que fue elaborada por la enfermera Dña. M. G.-, no recoge el tipo de medicación intratecal, las dosis, nivel de bloqueo anestésico, nivel de conciencia, ni patrón ventilatorio.

Tampoco queda recogido en la misma, de forma directa, el evento de la parada respiratoria o cardiorrespiratoria, aunque se puede deducir por el momento en que se administran adrenalina y atropina intravenosas, que ocurrió sobre las 10:30. Por todo ello, algunas cuestiones particulares se han inferido a partir de las declaraciones de los intervinientes y de elementos indirectos.

En la hoja de anestesia, tampoco se hace constar la presencia de ECG, manifestando los intervinientes su presencia, la cual no fue objeto de discusión por los peritos, ni tampoco en las conclusiones que emitió el Dr. Q en la parte final de su intervención, el cual limitó sus dudas a la actuación, que tuvo lugar desde el aviso del pulsioxímetro hasta el inicio de las maniobras de reanimación.

De las conclusiones de los peritos, y en relación a la actuación anterior al aviso del pulsioxímetro, ha de descartarse contravención o contraindicación alguna en la utilización de los fármacos ni del material utilizado.

CUARTO.- Transcurridos que fueron unos 30 minutos del inicio de la cirugía, cuando la intervención estaba muy próxima a finalizar, el paciente solicitó dormirse, respondiéndosele de forma afirmativa.

El hecho de dormirse, constituye práctica habitual, no contraindicada, si bien únicamente el médico forense, y a su vez "post facto" -visto el resultado producido-, estimó que hubiera sido conveniente intentar que permaneciera consciente.

QUINTO.- Al final de la intervención, durante sutura de cierre de la herida quirúrgica el pulsioxímetro emitió señal de pitido. Se inició protocolo reanimación: se colocó al paciente en decúbito supino, procediendo a RCP reanimación cardiopulmonar básica y avanzada (intubación orotraqueal, 1 mg adrenalina, 1 mg atropina, y urbasón y masaje cardiaco) con conexión a ventilación mecánica invasiva, siendo reanimado en muy pocos minutos y con resultado de volet costal.

El paciente sufrió parada respiratoria y posteriormente braquicardia (sic, bradicardia), ignorándose si fue completa.

Según el médico forense, las medidas adoptadas para revertir la parada fueron efectivas, y se pusieron los medios para solucionarla, no dejando al enfermo desatendido, puesto que cuando se detectó la situación de emergencia se pusieron los medios adecuados para resolverla.

En el informe del Servicio de Inspección- apartado Desarrollo del proceso-, se indica que en el momento en que se detecta la parada se llama al celador (30 seg), y se realiza en tiempo en que se invierte unos 2 minutos RPC (sic, RCP) básica y avanzada (intubación, adrenalina, atropina y masaje).

Los peritos Dr. T y V, manifestaron la corrección en la totalidad de la actuación desarrollada por el acusado.

SEXTO.- Tras la RPC (sic, RCP), se recuperó el pulso y el ritmo sinusal, teniendo buena saturación de oxígeno, y se terminó de cerrar la herida en decúbito lateral, lo que se realizó en 5 minutos.

Se le mantuvo intubado pero con respirador no conectado, persistiendo signos neurológicos (sigue con signos encefalopatía).

Después de 2 horas se llamó al 061- recibe el aviso a las 13:03 y llega a las 13: 17. Se extubó al paciente y se le estimuló para conseguir la respiración completa. Al no mejorar fue sedado e intubado por el anestesista.

Ante falta de camas de UCI de HUVA (hospital de referencia), ingresa en UCI de Reina Sofía, donde es extubado a los 3 días de su llegada.

Permaneció en el Reina Sofía: en UCI del 27 de junio al 17 de julio, y post en neurología. Ingresó en La Arrixaca el 21 de julio de 2014, habiendo seguido posteriormente y en diversos centros médicos la recuperación..."

SÉPTIMO.- Por resolución de la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud, de 4 de octubre de 2023, se acuerda levantar la suspensión y continuar la tramitación del expediente administrativo de responsabilidad patrimonial.

OCTAVO.- Con fecha 11 de diciembre de 2023, la instrucción requiere a la Gerencia del Hospital “Viamed-San José”, para que notifique la existencia del procedimiento de responsabilidad patrimonial al anestesista, Dr. R, “*con el objeto de que pueda alegar a lo que su derecho conviniera, toda vez que dicho profesional prestaba sus servicios en el referido hospital y formaba parte del equipo que intervino en el procedimiento quirúrgico del afectado*”.

El centro concertado informa de las aseguradoras que cubrían tanto al anestesista como a la empresa para la que prestaba sus servicios y que “*el Dr. R dejó de prestar sus servicios en Clínica Viamed San José en 2018, cesando igualmente el contrato de colaboración con la empresa ACRA, S.L.*”.

Asimismo, el Hospital “Viamed-San José” solicita su personación en el procedimiento, designando Letrado para su representación.

NOVENO.- Con fecha 5 de febrero de 2024, un Abogado presenta escrito de mejora de reclamación de responsabilidad patrimonial en nombre de D. Y y D.ª W, quienes actúan en nombre propio y en representación de su hijo Z, en virtud de la patria potestad rehabilitada que ostentan.

Tras relatar los hechos en los que se basa la reclamación en términos sustancialmente coincidentes con los recogidos en el Antecedente primero de este Dictamen, alegan los reclamantes los siguientes extremos de los que derivan la existencia de relación causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño por el que reclaman:

a) Deficiente consentimiento informado, toda vez que el otorgado para la realización de la anestesia no incluye “*el riesgo de depresión respiratoria / hipoxia / parada cardiorrespiratoria / daño cerebral / secuelas neurológicas permanentes*”, a diferencia de otros documentos como el propuesto por la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR), que sí advierte de este riesgo de forma expresa.

b) El anestesiólogo obvió factores de riesgo presentes en el paciente “*tales como su constitución obesa, diagnóstico previo de asma extrínseco, posición quirúrgica y el uso conjunto de fármacos con efectos depresores de la función respiratoria; a ello se sumó la somnolencia del paciente que retrasó la detección de la alteración de la conciencia; factores que obligaban a una vigilancia estrecha y a su correcta monitorización*”.

Tanto la obesidad mórbida como el asma pueden incidir en la ventilación del paciente facilitando la hipoxemia o disminución de la saturación de oxígeno en sangre y complicaciones respiratorias graves, lo que exige una monitorización cuidadosa del estado del paciente sedado.

En cuanto a los fármacos utilizados, se basa la reclamación en los informes del Jefe de Servicio de Anestesia y Reanimación del HUVA, ya reseñados y parcialmente transcritos en el Antecedente primero de este Dictamen, que apuntan a una técnica anestésica defectuosa, administrando fármacos que disminuyen el nivel de consciencia o la reactividad del centro respiratorio, con el resultado de que la respiración del paciente se limita mucho. Además, la postura quirúrgica, decúbito prono, provoca un aumento de la presión abdominal y torácica, limitando también la respiración del paciente.

En suma, todos estos factores pueden dar lugar a la aparición de apnea, desaturación de oxígeno, bradicardia y consiguientemente asistolia y debieron ser valorados por el anestesiólogo en la elección de los fármacos utilizados y en la monitorización del enfermo.

c) Insuficiente monitorización mecánica. Sostienen los reclamantes que o bien no existía electrocardiograma (EKG) o bien no se utilizó, pues no hay constancia de sus registros en la hoja de anestesia, donde obran los de otras constantes, como la tensión arterial y la saturación de oxígeno, pero no el ritmo cardíaco.

El pulsioxímetro, por su parte no avisa de forma inmediata de la parada respiratoria, de modo que *“cuando pita el paciente ha estado un tiempo sin ventilar, tiempo en el que se ha consumido todo el oxígeno que había en los alveolos y se desatura; por muy rápido que se active el protocolo de parada se consumen al menos un par de minutos y si a esto se suman otros dos minutos al tiempo que estuviera sin ventilar, el tiempo que estuvo hipóxico y desaturado fue el suficiente para inducir el daño corporal”*.

Ante la insuficiencia de la monitorización mecánica, habría sido necesaria una observación personal y constante por parte de los profesionales sanitarios, que no se realizó. Así, señalan que la somnolencia del paciente hubo de ser interpretada como un primer síntoma de desaturación, y debió mantenerse la estimulación, pues al quedar dormido disminuyeron los recursos que el paciente tenía para respirar. Por otra parte, el anestesiólogo no debía estar exclusivamente atento al número que marcaba el pulsioxímetro, sino al conjunto de exploración física del paciente, incluyendo su ventilación y movimientos respiratorios, que se evalúan normalmente de forma clínica y cuyo diagnóstico de alteración es precoz y anterior al inicio de la desaturación.

Por otra parte, también considera contrario a la *lex artis* la forma en que se cumplimentó la hoja de anestesia intraoperatoria, que está incompleta (falta toda la información relativa a la anestesia intradural: fármacos, dosis, momento de administración, posición del paciente), y la información que sí ofrece es, en algunos casos, falsa, pues resulta incompatible con lo sucedido (saturación, frecuencia cardíaca y tensiones normales durante todo el tiempo).

Del mismo modo, se cuestiona por los reclamantes la actuación del anestesiólogo tras advertir la parada cardiorrespiratoria, porque según declaró aquél sólo hubo parada respiratoria, no cardíaca, pero ello es incompatible con el tratamiento que se pautó (con atropina, adrenalina intravenosa y masaje cardíaco).

Para los reclamantes fue la suma de todos estos factores los que determinaron el daño cerebral del paciente.

Como evaluación económica de la responsabilidad reclamada, los actores parten de las secuelas y días de sanidad que el Médico Forense determinó en su informe de 10 de febrero de 2018, cuantificados mediante otro informe médico de valoración del daño personal, que toma como referencia el baremo aprobado por Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. De conformidad con dicho informe, que se adjunta al escrito de alegaciones, la pretensión indemnizatoria de los reclamantes asciende a la cantidad de 2.035.821 euros, para el paciente, más las ayudas técnicas/productos de apoyo, adecuación de la vivienda e incremento de los costes de movilidad. Asimismo, los padres del enfermo reclaman para sí la cantidad de 500.000 euros.

Se adjunta diversa documentación a modo de prueba, entre la que destaca el informe pericial evacuado por un facultativo especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, que alcanza las siguientes conclusiones:

“1. El riesgo de depresión respiratoria/hipoxia/parada cardiorrespiratoria/daño cerebral/secuelas neurológicas permanentes no está recogido en el consentimiento informado, cuando considero que debería estarlo, y lo está en otros modelos consensuados (SEDAR).

2. La hoja de anestesia intraoperatoria está incompleta en datos clave e indica constantes normales en todo momento de la línea temporal, lo cual es totalmente incompatible con lo sucedido.

3. Por todos los datos asociados, parece altamente improbable que la parada fuera “solo respiratoria”, como declaró el anestesiólogo responsable ante la Consejería de Sanidad.

4. Resulta imposible determinar con la documentación disponible si la detección de la parada cardiorrespiratoria del paciente fue realizada de forma precoz y correcta. A mi entender existen dudas al respecto.

5. Aunque considero que los fármacos utilizados para la anestesia intradural son subóptimos por existir mejores alternativas contrastadas, no se puede afirmar que estén contraindicados y que su utilización suponga mala praxis”.

DÉCIMO.- Con fecha 4 de marzo de 2024, la Inspección Médica evacua informe, que concluye como sigue:

“1. La existencia de una parada cardíaca inesperada intraoperatoria es un evento poco frecuente que se puede producir en el curso de una raquianestesia. En este caso se han identificado factores de riesgo que pueden aumentar las posibilidades de su ocurrencia, como son la constitución obesa del paciente, la posición quirúrgica (decúbito prono), y el uso conjunto de varios fármacos con efectos depresores de la función respiratoria y presión arterial. A ello se suma la somnolencia del paciente, que retrasó la detección de la alteración de la conciencia.

2. La existencia de estos factores obligaba a una vigilancia estrecha del paciente y a su monitorización. A pesar de la escasa información que aparece en la hoja anestésica, se deduce que existió suficiente supervisión del estado

del paciente y en particular del nivel de saturación de oxígeno.

3. *La existencia de daño cerebral está en relación al tiempo de isquemia sufrido. Queda acreditado que se realizaron las maniobras de reanimación y estabilización que estaban indicadas para el incidente, con resultado parcialmente favorable.*

4. *Aunque el documento de consentimiento informado contenía la información suficiente para considerar la actividad asistencial correcta, es necesaria una cumplimentación (completa y legible) de la documentación clínica. Obligación que de forma manifiesta se incumplió”.*

UNDÉCIMO.- El 5 de junio de 2024, un representante del Hospital “Viamed-San José” solicita que sea la propia Administración sanitaria la que notifique la existencia del procedimiento, tanto al Dr. R, informando del domicilio del facultativo, como a la empresa para la que trabajaba (ACRA, S.L.) y a la aseguradora de ambos.

El 11 de junio de 2024, la instrucción, con fundamento en el concierto que une al Hospital Viamed-San José con el Servicio Murciano de Salud, le informa que corresponde a dicha clínica concertada *“como garante de la actividad de las empresas y profesionales que desarrollen su actividad en la misma, en virtud de una relación mercantil, exigir a estos terceros su responsabilidad civil, y por tanto, practicar las notificaciones necesarias para el cumplimiento del Concierto entre el Servicio Murciano de Salud y la Clínica Médico Quirúrgica San José, para la asistencia sanitaria a pacientes protegidos por el Servicio Murciano de Salud suscrito el 2 de enero de 2009 y su cláusula adicional vigente en el año 2014”.*

El 14 de junio reitera el Hospital Viamed-San José que compete a la Administración instructora, al amparo de lo establecido en el artículo 82 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), efectuar la comunicación acerca de la existencia del procedimiento de responsabilidad patrimonial al anestesiólogo y a su aseguradora, atendida la condición de interesados que les corresponde en dicho procedimiento.

Frente a dicha contestación, el 24 de junio de 2024, la instrucción reitera al centro concertado que es a éste al que le corresponde exigir sus responsabilidades a los terceros que le presten servicios y practicar las notificaciones necesarias.

DUODÉCIMO.- Por la Aseguradora del Hospital Viamed-San José, se comunica a su asegurada que *“a tenor de cuantos antecedentes e informes obran en nuestro poder, no existe responsabilidad que le pueda ser imputada en los hechos que se reclaman, al no existir ninguna actuación negligente o contraria a la lex artis en la asistencia sanitaria dispensada a D. Z. Por esta razón consideramos procedente la desestimación de la reclamación planteada. En cualquier caso, hemos de significarle que la reclamación se fundamenta en la prestación médica relativa al servicio de anestesia, competencia desempeñada y dirigida por el anestesista D. R, que al tiempo de los hechos trabajaba para la mercantil ACRA, S.L. que mantenía con HOSPITAL VIAMED SAN JOSÉ, S.L. un contrato de prestación de servicios de anestesia”.*

DECIMOTERCERO.- A requerimiento de la instrucción, la correduría de seguros aporta informe de valoración del

daño corporal, que se realiza tomando como referencia el “baremo del RD-L 8/2004 en relación con Resolución de 5 de marzo de 2014, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante 2014 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación”.

El informe valora el daño en 1.196.806,35 euros, en concepto de días de sanidad, secuelas, factores de corrección y daños complementarios, perjuicio estético y perjuicios morales a los familiares. A dichas cuantías cabría añadirles las correspondientes a la adecuación de vehículo y de vivienda, previa acreditación del coste de tales actuaciones.

DECIMOCUARTO.- Por la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud se aporta informe médico pericial, evacuado de forma colegiada por una Especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor y por el autor del informe de valoración del daño corporal reseñado en el Antecedente decimotercero de este Dictamen, que alcanzan las siguientes conclusiones:

“1. El resultado final de lesiones del paciente no es consecuencia de un único hecho determinante, sino de una sucesión de hechos.

2. En el paciente concurrían una serie de factores de riesgo: constitución obesa, antecedentes de crisis asmáticas, aunque en el momento actual estuviera asintomático y controlado, hábito tabáquico y la postura quirúrgica que debía mantener el paciente para poder ser intervenido de forma correcta.

3. Se le administraron al paciente:

- Mezcla de medicación intratecal para conseguir las condiciones de anestesia necesarias con el uso de dos fármacos subóptimos por ser erráticos en cuanto al alcance del nivel anestésico. Existen mejores alternativas contrastadas, aunque su uso no está contraindicado, añadiendo que no existe evidencia científica que apoye que la mezcla no pueda ser utilizada y no podemos afirmar, en ningún caso que ocurriera mala praxis.

- Medicación IV para conseguir un estado confortable en el paciente (Propofol y Midazolam) que aun a dosis bajas, en un paciente obeso, en postura de decúbito prono en el cual la mecánica ventilatoria no es la más adecuada, puede concurrir en una depresión respiratoria, requiriendo esta situación, atención médica inmediata. Mala visualización y difícil acceso al enfermo al encontrarse en posición de prono.

4. Se le tiene que colocar en decúbito prono, postura no sólo no contraindicada, sino necesaria para la realización de este procedimiento, pero cuando el paciente se encuentra en respiración espontánea como es el caso, provoca un aumento de la presión abdominal y torácica, limitando la respiración del paciente, aún más cuando el paciente es obeso.

5. Y con una monitorización deficiente en la cual se carecía de registro EKG y probablemente, por las características físicas del paciente, el trazado del pulsioxímetro no fuera el mejor. Los valores que traduce el pulsioxímetro no son medidas precoces a la hora de detectar una parada respiratoria.

6. Concurrió en una depresión respiratoria y posterior apnea, con alteraciones cardiológicas quizás no detectadas inicialmente, conllevando hipoxia y posteriormente hipoxia cerebral, causa directa de las secuelas de encefalopatía hipóxica que concurren en el paciente.

7. Aunque no existiera una conducta proactiva por parte del anestesiólogo, no hubo en ningún momento negligencia médica o mala fe, considerando la actuación de los profesionales correcta en el momento del evento crítico.

8. Se mantuvieron cuidados constantes y se procuró la comodidad del paciente durante el procedimiento, administrando sedación y manteniendo la atención médica para no causar daño.

9. Aunque faltaran datos en la Gráfica de anestesia, no podemos concluir que la atención médica no fuera la correcta, existiendo supervisión del paciente y control de la monitorización”.

DECIMOQUINTO.- El 7 de noviembre de 2024, y a solicitud de la instrucción, la Inspección Médica evacua informe complementario que, en atención a la incompleta y defectuosa cumplimentación de la hoja de anestesia intraoperatoria, concluye como sigue:

“Si consideramos la Lex Artis como la corrección de la práctica médica en cuanto al conjunto de deberes y responsabilidades de los profesionales, esta práctica no solo implica el cumplimiento de los protocolos y aplicación de las técnicas, es necesario también el registro adecuado (completo y legible) de toda la documentación clínica. Por tanto, la falta de alguno de los criterios mencionados, influye en la determinación del incumplimiento de la lex artis”.

DECIMOSEXTO.- Conferido trámite de audiencia al centro concertado, a su aseguradora (MAPFRE) y a los reclamantes, se presentan los siguientes escritos de alegaciones:

- El 29 de noviembre de 2024, la aseguradora MAPFRE manifiesta:

“Teniendo en consideración todos los antecedentes obrantes tanto en este expediente como en el procedimiento penal ya finalizado y las pruebas periciales practicadas, no se puede llegar a otra conclusión que no sea la de que no existe responsabilidad alguna que le pueda ser imputada al Servicio Murciano de Salud por los hechos acaecidos. No se observa ninguna actuación negligente en ninguna de sus categorías, ni contraria a la lex artis en la asistencia prestada a D. Z que hubiera provocado los daños que se reclaman. A mayor abundamiento, la reclamación se estaría fundamentando en la prestación médica prestada por el anestesiista D. R, profesional dependiente de la mercantil Acra S.L., siendo con esta entidad con la que el Hospital Viamed San José S.L. había

suscrito contrato de prestación de servicios”.

- El 18 de diciembre de 2024, presentan alegaciones los reclamantes para reiterar las realizadas con anterioridad y ratificar su pretensión indemnizatoria. A tal efecto, consideran que, de la valoración de las pruebas periciales incorporadas, y a pesar de ciertas contradicciones que destacan, se desprende que existió una mala praxis antes y durante la intervención, concurriendo un conjunto de factores que determinaron el daño cerebral producido en el paciente. Especial relevancia adquiere en esta apreciación la defectuosa cumplimentación de la hoja de anestesia intraoperatoria, documentación clínica que, dadas las omisiones de información existentes en ella, impide efectuar una reconstrucción de lo ocurrido, afectando así a la carga de la prueba.

DECIMOSÉPTIMO.- Con fecha 28 de enero de 2025, se formula propuesta de resolución estimatoria parcial de la reclamación, al considerar la unidad instructora que concurren en el supuesto todos los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, en particular el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, así como su antijuridicidad.

Considera la propuesta de resolución que existió mala praxis en la asistencia dispensada al paciente, por lo que declara la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración regional, con fijación del importe de la indemnización en 1.196.806,35 euros, e indicación expresa de que dicha cantidad deberá ser abonada a los reclamantes por la Clínica Médico Quirúrgica San José, de Alcantarilla.

DECIMOCTAVO.- En tal estado de tramitación, se remitió el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de dictamen, mediante comunicación interior de 3 de febrero de 2025.

Examinado el expediente, se advirtió que no constaba el escrito inicial que el Sr. Y había remitido a la Administración sanitaria y que había estimulado todo el procedimiento de responsabilidad patrimonial posterior, así como que existían discrepancias entre el índice de documentos y los efectivamente remitidos, por lo que, mediante Acuerdo 7/2025, de 26 de febrero, se requirió a la autoridad consultante para que subsanara las indicadas deficiencias.

DECIMONOVENO.- Con fecha 6 de marzo de 2025 vuelve a remitirse el expediente con un índice de documentos ya sí ajustado a su contenido.

En relación con la ausencia entre la documentación remitida de la reclamación inicial del interesado, se indica que se trata de un procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado de oficio en el que, con posterioridad, al comparecer los padres del paciente, proceden a presentar reclamación de responsabilidad patrimonial.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, y 81.2 LPAC, y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

SEGUNDA.- Régimen jurídico aplicable, legitimación, plazo y procedimiento.

I. En cuanto al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJPAC), ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), que junto a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPAC dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos que, como el que es objeto del presente Dictamen, se hubieran iniciado antes de su entrada en vigor el 2 de octubre de 2016, que se registrarán por la normativa anterior.

Comoquiera que el procedimiento se incoa de oficio por resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, de 25 de mayo de 2015, el régimen legal aplicable en el supuesto sometido a consulta es el que establecía la LRJPAC y, en su desarrollo, el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RRP).

II. Cuando de daños físicos o psíquicos a los usuarios de servicios públicos se trata, la legitimación para reclamar por ellos corresponde, de forma primaria, a quien los sufre en su persona, lo que determina que el legitimado en el supuesto sometido a consulta sea el propio paciente, a quien resulta obligado reconocer la condición de interesado, conforme a lo establecido en el artículo 31.1 LRJPAC. Del mismo modo, procede reconocer dicha condición a los padres del enfermo, por los daños de carácter moral que sufren como consecuencia de la situación en la que ha quedado su hijo.

Es de destacar que dichos padres actúan en el procedimiento por sí mismos y en la representación legal que ostentan de su hijo, D. Z, que fue declarado incapaz por Sentencia 45/2016, de 25 de abril, del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción núm. 3 de Totana, que rehabilita la patria potestad. Dicha representación legal, así como la voluntaria otorgada por los interesados al Letrado que actúa en su nombre, han quedado debidamente acreditadas en el expediente.

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, y ya lo haga de forma directa, a través de sus propios recursos materiales o humanos, ya por mediación de entidades privadas a través de los oportunos conciertos, como ocurre en el supuesto sometido a consulta. En cualquier caso, de la realidad de los hechos acreditados en el expediente no resulta dudoso que el paciente acudió al centro hospitalario privado por indicación del Servicio Murciano de Salud. Como señalamos en nuestros Dictámenes 136/2003, 13/2020 y 18/2023, entre otros, esta circunstancia no altera el hecho de que el servicio que se presta es público y que su titularidad la ostenta la Administración, con independencia de que se gestione por un tercero; por ello, sería injusto que el grado de responsabilidad derivado de la prestación de un servicio público dependa de la forma en que se realice el servicio por los poderes públicos, sin olvidar que los centros concertados están sujetos a la inspección y control de la autoridad sanitaria (artículo 67.5 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad). Así lo ha reconocido el Consejo de Estado, entre otros, en su Dictamen nº. 85/2002, de 31 de enero, en relación con una reclamación sobre la asistencia sanitaria prestada por un centro concertado: *“el hecho de que la asistencia sanitaria discutida se haya prestado en un Hospital concertado con el INSALUD no es obstáculo para el examen de fondo de la reclamación planteada, ni para su eventual estimación, pues, en otro caso, se estaría colocando a los pacientes que son remitidos a los centros, por decisión de la Administración sanitaria, en una peor situación que el resto de los ciudadanos que permanecen en los establecimientos hospitalarios públicos”*.

III. De conformidad con el artículo 4.2 RRP, último párrafo, el procedimiento se podrá iniciar de oficio mientras no haya prescrito el derecho a la reclamación el interesado. Dicha prescripción, cuando de la reclamación por daños de carácter físico psíquico a las personas se trata, se producirá una vez transcurrido un año desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En la medida en que la intervención en la que se originó el daño cerebral del paciente tuvo lugar el 27 de junio de 2014 y que la resolución de inicio del procedimiento se adoptó el 25 de mayo de 2015, cabe considerar que fue temporánea, y ello sin necesidad de entrar a considerar la fecha, muy posterior, de estabilización de las lesiones alegadas.

IV. Se ha seguido el procedimiento previsto en el RRP para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, sin que se observen carencias esenciales, obrando en el expediente el informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, en este caso el del anestesista privado que prestaba sus servicios para el centro concertado, el trámite de audiencia a los interesados y el informe de la Inspección Médica, que junto con la solicitud de este Dictamen constituyen los trámites preceptivos de este tipo de procedimientos.

En relación con el trámite de audiencia, no se ha conferido de forma directa por la instrucción al facultativo a cuya actuación se imputa el daño, el Dr. R, al considerar que su relación privada de servicios profesionales con el centro concertado, y en atención a las cláusulas del concierto, obligaba al hospital a llamarlo al procedimiento, dado que la eventual responsabilidad que se ventila en él es la del Servicio Murciano de Salud, como titular del servicio público concernido, sin perjuicio de que pueda declararse la obligación del centro concertado de hacer efectivo el pago de la cantidad establecida como indemnización.

Es cierto que en el procedimiento no se ventila la eventual responsabilidad del facultativo, pero también lo es que como consecuencia de la resolución del procedimiento y debido a las relaciones existentes entre aquél y el centro concertado, podría llegar a verse afectado en su esfera jurídica, por lo que podría habersele considerado como interesado y serle concedido trámite de audiencia por parte de la instrucción. No obstante, el hecho de no haber sido llamado al procedimiento por la unidad instructora, y dado el carácter meramente derivado de la eventual responsabilidad en que podría incurrir, no permiten concluir que se haya producido una situación de indefensión del facultativo oponible ante la Administración regional, sin perjuicio de los efectos que la no comunicación del procedimiento por parte del centro concertado, al propio facultativo y a la empresa a través de la que se

arrendaron sus servicios profesionales, pudiera tener en el ámbito de las relaciones estrictamente privadas existentes entre ellos.

V. En relación con la conformación del expediente remitido al Consejo Jurídico junto con la consulta, ya se señaló en el Acuerdo 7/2025 de este Órgano consultivo que no se había incorporado la reclamación inicial del Sr. Y. En la consulta efectuada con posterioridad a dicho acuerdo y en contestación implícita a dicha omisión documental, se pretende justificar señalando que el procedimiento se inició de oficio. Es obvio que si esta es la forma de iniciación no habrá una reclamación inicial, pero lo cierto es que del expediente se deduce que el padre del enfermo, el 10 de julio de 2014, apenas unos días después de la intervención quirúrgica, dirige un escrito a la Administración sanitaria, a la vista de cuyo contenido se evacua el informe del Servicio de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios en el que se fundamenta la incoación del procedimiento. Este es el documento cuya omisión se ponía de manifiesto en el Acuerdo 7/2025 y que no ha llegado a subsanarse, pues continúa sin constar en el expediente remitido, por segunda vez, al Consejo Jurídico en solicitud de dictamen. Ha de recordarse, a tal efecto, que de conformidad con el artículo 46.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, la consulta se acompañará de los antecedentes de todo orden que puedan influir en el dictamen.

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

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *“el derecho a la protección de la salud”*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 32 y siguientes LRJSP y han sido desarrollados por abundante jurisprudencia, que los configura como sigue:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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

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

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en Dictamen 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2018, rec. n.º 1016/2016) que, *“frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento de l régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no 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 números 49/01 y 337/22, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la “lex artis ad hoc” como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La “lex artis”, por tanto, act? ?a como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto.

Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Adm inistrativo de 1 de marzo de 1999).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervinientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 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 STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 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”*.

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

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

(...)

No obstante debemos de realizar también una consideración respecto a los informes elaborados por la Inspección Sanitaria; informes que contienen también una opinión de carácter técnico, obtenida extraprocesalmente, por lo que sus consideraciones deben ser ponderadas como un elemento de juicio más en la valoración conjunta de la prueba, debiéndose significar que los informes de los Inspectores Médicos son realizados por personal al servicio de las Administraciones Públicas, que en el ejercicio de su función actúan de acuerdo a los principios de imparcialidad y especialización reconocidos a los órganos de las Administraciones, y responden a una realidad apreciada y valorada con arreglo a criterios jurídico-legales, por cuanto han de ser independientes del caso y de las partes y actuar con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad”.

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

I. Según alegan los reclamantes, en la asistencia dispensada a D. Z se produjeron las siguientes actuaciones incorrectas y contrarias a normopraxis:

a) Deficiente consentimiento informado, toda vez que el otorgado para la realización de la anestesia no incluye “*el riesgo de depresión respiratoria / hipoxia / parada cardiorrespiratoria / daño cerebral / secuelas neurológicas permanentes*”, a diferencia de otros documentos como el propuesto por la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR), que sí advierte de este riesgo de forma expresa.

b) El anestesiólogo obvió factores de riesgo presentes en el paciente “*tales como su constitución obesa, diagnóstico previo de asma extrínseco, posición quirúrgica y el uso conjunto de fármacos con efectos depresores de la función respiratoria; a ello se sumó la somnolencia del paciente que retrasó la detección de la alteración de la conciencia; factores que obligaban a una vigilancia estrecha y a su correcta monitorización*”.

En suma, todos estos factores pueden dar lugar a la aparición de apnea, desaturación de oxígeno, bradicardia y consiguientemente asistolia y debieron ser valorados por el anestesiólogo en la elección de los fármacos utilizados y en la monitorización del enfermo.

c) Insuficiente monitorización mecánica y falta de observación personal sobre el estado del paciente. Sostienen los reclamantes que o bien no existía electrocardiograma (EKG) o bien no se utilizó, que el pulsioxímetro no avisa de forma inmediata de la parada respiratoria, por lo que el anestesiólogo no debía estar exclusivamente atento al número que marcaba el pulsioxímetro, sino al conjunto de exploración física del paciente.

d) La hoja de anestesia intraoperatoria está incompleta (falta toda la información relativa a la anestesia intradural: fármacos, dosis, momento de administración, posición del paciente), y la información que sí ofrece es, en algunos casos, falsa, pues resulta incompatible con lo sucedido (saturación, frecuencia cardíaca y tensiones normales durante todo el tiempo).

e) Se cuestiona por los reclamantes la actuación del anestesiólogo tras advertir la parada cardiorrespiratoria.

Para los reclamantes fue la suma de todos estos factores los que determinaron el daño cerebral del paciente.

Las infracciones de la *lex artis* que los reclamantes imputan a la asistencia sanitaria pueden clasificarse en dos tipos. De un lado, una mala praxis en su aspecto formal o relacional entre el médico y el paciente, que afecta al consentimiento informado previo a la anestesia, que era insuficiente, pues alegan los actores que no se informó al paciente de que, como consecuencia de la anestesia raquídea, iba a presentar las graves lesiones y secuelas que le han quedado. De otra parte, las restantes imputaciones reseñadas, que se refieren a un inadecuado desempeño profesional por parte del facultativo, tanto por acción como por omisión.

Comenzaremos el análisis de todas estas imputaciones por aquellas que vienen referidas a la infracción de la *lex artis* en sentido material, dado que, de apreciarse su existencia, sería innecesario establecer si, además, la

anestesia no contó con el consentimiento informado del paciente, en la medida en que el daño derivado de dicha mala praxis absorbería el de la vulneración de la autonomía de la voluntad del paciente.

II. De las infracciones de la *lex artis* en sentido material.

En la medida en que se trata de determinar el ajuste de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis*, es decir, a los parámetros de una praxis correcta, la actuación de los facultativos intervinientes, en particular la del anestesista, ha de ser valorada y analizada desde la ciencia médica.

Dicha valoración, para establecer en qué medida el conjunto de decisiones y acciones que se tomaron con carácter previo a la intervención, durante su desarrollo y una vez acaeció la situación crítica representada por la parada cardiorrespiratoria, resultaron acordes a las exigencias médicas de estas prácticas, exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, resultan trascendentales los informes médicos que puedan obrar en el expediente.

Además, dado que por los mismos hechos se incoó un procedimiento penal, cuyas diligencias se han incorporado al expediente administrativo, incluida la resolución que les puso fin, los hechos declarados probados en dicha sentencia firme -Sentencia núm. 75/2023, de 2 de mayo de 2023, del Juzgado de lo Penal núm. 4 de Murcia, por la que se absuelve al Dr. R- no pueden ser desconocidos o ignorados con ocasión del análisis de lo sucedido desde la óptica de la responsabilidad patrimonial. En efecto, los razonamientos jurídicos que otorgan efectos y relevancia a dichos hechos pueden diferir según el sector del ordenamiento jurídico concernido, de modo que un determinado suceso puede resultar irrelevante en la determinación de responsabilidad penal del facultativo, pero ser determinante de la responsabilidad patrimonial de la Administración a cuyo servicio se encuentra dicho profesional sanitario. Pero, más allá de las labores de interpretación y aplicación de las normas y de subsunción de la realidad fáctica en ellas, lo cierto es que un hecho no puede existir para una rama del Derecho y no existir para otra, de modo que un hecho declarado probado en una sentencia penal no puede ser desconocido por la Administración en el análisis de la relación causal y de la antijuridicidad del daño que son propios de la responsabilidad patrimonial.

En nuestro Dictamen 82/2007, ya señalamos, en relación con la incidencia del proceso penal en el posterior procedimiento de responsabilidad patrimonial, que el Tribunal Constitucional clarificó su alcance en la Sentencia 77/1983, de 3 de octubre, al enjuiciar el principio "non bis in idem". En efecto, esta Sentencia viene a considerar que cuando un ordenamiento permite una dualidad de procedimientos, y en cada uno de ellos ha de producirse el enjuiciamiento y la calificación de unos mismos hechos, el enjuiciamiento y la calificación que en el plano jurídico pueda producirse, ha de hacerse con independencia si resulta de la aplicación de normativas diferentes, pero no puede ocurrir lo mismo en lo que se refiere a la apreciación de los hechos, pues es claro que unos mismos hechos no pueden existir y dejar de existir para los órganos del Estado. De ahí que únicamente los hechos declarados probados por una resolución judicial firme vinculen a la Administración al resolver una pretensión indemnizatoria, y no cualesquiera manifestaciones efectuadas desde una perspectiva extraña a la específica rama del ordenamiento que ha de ser aplicada para la determinación de la existencia de la responsabilidad patrimonial y que, por ese mismo motivo, no atiende a la concurrencia o no en el supuesto de los requisitos exigidos para el nacimiento de dicha responsabilidad.

Partiendo de estas premisas, se procede a continuación al análisis de las imputaciones de los reclamantes,

valorando la prueba pericial obrante en el expediente desde las reglas de la sana crítica, y considerando como hechos inalterables los declarados probados en la sentencia penal firme que absolvió al anestesista y que se reproducen en el Antecedente sexto de este Dictamen.

1. El anesestesiólogo obvió factores de riesgo presentes en el paciente *“tales como su constitución obesa, diagnóstico previo de asma extrínseco, posición quirúrgica y el uso conjunto de fármacos con efectos depresores de la función respiratoria; a ello se sumó la somnolencia del paciente que retrasó la detección de la alteración de la conciencia; factores que obligaban a una vigilancia estrecha y a su correcta monitorización”*.

a) La existencia de los factores de riesgo fue objeto inicial de consideración, pues el paciente fue calificado como ASA II en la escala de riesgo anestésico, ya en el informe preanestésico.

La vigilancia y monitorización del paciente, cuyos factores de riesgo aconsejaban extremar, ha sido objeto de consideración pericial. El perito de los reclamantes manifiesta que existen dudas acerca de que así se hiciera, pues, al margen de la insuficiencia de los registros contenidos en la hoja de anestesia, de las declaraciones de los facultativos intervinientes se deduce que la parada sólo se advirtió cuando el pulsioxímetro avisó de la desaturación del paciente, lo que ocurre con un tiempo de decalaje de en torno a dos minutos desde que el paciente deja de recibir oxígeno procedente de su respiración. Entiende que, si se hubiera realizado un seguimiento y observación clínica del paciente durante la intervención podría haberse anticipado la detección de dicha situación crítica: *“la alteración de la cifra del pulsioxímetro (SpO2, saturación periférica de oxígeno) no es un signo precoz, sino tardío, porque se establece cuando ya la falta de ventilación adecuada lleva un rato actuando. Si el anesestesiólogo detecta correctamente la apnea/hipopnea mediante la atenta observación de los movimientos torácicos y resto de la exploración física del paciente en sus primeros momentos, puede poner remedio a la obstrucción o a la apnea antes de que la cifra de SpO2 baje a niveles críticos”*.

Además, se pone en duda la existencia de EKG, pues no constan en la historia clínica sus registros. No obstante, sobre este concreto extremo, el hecho probado tercero de la sentencia absolutoria declara que, aunque en la hoja de anestesia no se hace constar la presencia de ECG (sic, en realidad EKG), los intervinientes sí manifestaron su presencia, lo cual no fue objeto de discusión por los peritos. De donde cabe inferir que existió monitorización por EKG, aun cuando no haya constancia de sus registros.

En relación con la vigilancia del paciente durante la intervención, y la adecuación de aquélla a los factores de riesgo que presentaba, el Médico Forense informa como sigue:

“...Con respecto a los estándares de medios, equipamiento y medicación, la intervención que se investiga parece cumplir con los estándares recogidos en las guías, inferido a partir de la utilización de los medios disponibles (preanestesia, monitorización incluyendo oxígeno, pulsioximetría, EKG, presión arterial, cuidados postanestésicos), etc. Según la instrucción practicada, parece deducirse que el anestesista estuvo en el quirófano en todo momento...”

Y concluye que:

“1. La existencia de una parada cardíaca inesperada intraoperatoria es un evento poco frecuente que se puede producir en el curso de una raquianestesia. En este caso se han identificado factores de riesgo que pueden aumentar las posibilidades de su ocurrencia, como son la constitución obesa del paciente, la posición quirúrgica, y el uso conjunto de varios fármacos con efectos depresores de la función respiratoria. A ello se suma la somnolencia del paciente, que retrasa la detección de la alteración de la conciencia.

2. La existencia de estos factores obliga a una vigilancia estrecha del paciente y a su monitorización, A pesar de la escasa información que aparece en la hoja anestésica, parece deducirse que existió supervisión del estado del paciente y en particular del nivel de saturación de oxígeno y latido cardíaco”.

Estas conclusiones son reproducidas de forma prácticamente literal por el informe de la Inspección Médica.

b) En relación con el hecho de permitir que el paciente se durmiera durante la intervención quirúrgica, el Médico Forense informa que *“Las condiciones del paciente obligaban a una vigilancia estrecha, y monitorización. También parece conveniente mantener la estimulación, ya que al quedar durmiendo disminuyen los recursos que tenía para poder respirar”*. Además, apunta *“a la somnolencia del paciente, que retrasa la detección de la alteración de la conciencia”* y con ello, cabe completar el razonamiento, la percepción de que el paciente estaba perdiendo saturación de oxígeno.

No obstante, en su declaración durante el juicio oral, según recoge la Sentencia de constante referencia en su Fundamento Jurídico Segundo, apartado 7, el Forense *“declaró que dejar dormir al paciente no está contraindicado, pero que dejarlo dormir no fue una decisión acertada y “visto el resultado” si se hubiese mantenido despierto se hubiera podido controlar mejor el grado de oxigenación, dada la conveniencia estimuladora de mantener consciente al paciente, siendo una forma de monitorizarle, si bien el hecho de que el paciente se duerma no es infrecuente y útil para la intervención desde el punto de vista técnico debido al nerviosismo del paciente. En este sentido concluyó que, una vez producido el resultado o consecuencias lesivas, resulta fácil indicar lo que se hubiera hecho para evitarlo, constituyendo la evitación que el paciente se duerma una mera recomendación, pero no una transgresión de la lex artis, norma de obligado cumplimiento o praxis médica...”*.

En atención a lo expuesto, y sin perjuicio de que la insuficiente información recogida en la hoja de anestesia impide reconstruir con seguridad lo ocurrido durante la intervención, cabe concluir que del resto de pruebas obrantes en el expediente no se advierte una deficiente vigilancia o monitorización del paciente, contraria a normopraxis.

c) En cuanto a la combinación de fármacos con efectos depresores de la función respiratoria, existe un cierto consenso de los peritos en que el uso de propofol y midazolam como premedicación, en asociación con efedrina, no incidió en la depresión respiratoria del paciente. Y ello porque los dos primeros desaparecen del organismo en un tiempo que varía entre los 10 y los 20 minutos desde su administración, lo que se realizó antes del comienzo de la intervención. Comoquiera que la parada cardiorrespiratoria del paciente se produjo cuando la operación ya estaba finalizando y ya había transcurrido en exceso este tiempo, en ese momento el efecto ya habría desaparecido. En cuanto a la efedrina, es un medicamento que se usa para combatir la hipotensión y que, en el supuesto sometido a consulta se utilizó de forma preventiva. En cualquier caso, existe consenso técnico en que ninguna incidencia tuvo en la depresión respiratoria del paciente, pues, antes al contrario, lo que se perseguía era contrarrestar los efectos adversos esperables de los anestésicos.

Donde no existe consenso es en el uso para la raquianestesia de la combinación de petidina (meperidina), que es un opioide anestésico, con lidocaína, que es un anestésico local. Para el Jefe de Servicio de Anestesia y Reanimación del HUVA, *“el uso de la petidina prácticamente ha desaparecido en los países desarrollados debido a sus efectos adversos. La adición de petidina a la lidocaína aumenta el efecto anestésico y la analgesia postoperatoria. Sin embargo, la mezcla presenta una elevada incidencia de somnolencia e inestabilidad hemodinámica caracterizada por bradicardia e hipotensión arterial. Ambos efectos parecen haberse producido en este caso pues el paciente precisó, tal como consta en la hoja de anestesia, una dosis no pequeña: 20 mg de efedrina, al comienzo de la intervención, únicamente justificable para contrarrestar tales efectos adversos”*.

Por su parte, el Médico Forense, en su “informe de praxis médica” declaró que no existía contraindicación en la farmacología utilizada. Manifiesta que *“los fármacos que se utilizaron en este caso (lidocaína y meperidina) están dentro del arsenal farmacológico disponible y autorizado y no tienen ninguna contraindicación formal para su uso en raquianestesia, aunque según el informe de la inspección médica y la declaración del Dr. Q, parecen ser poco recomendables. En particular el uso de petidina (meperidina) es controvertido, ya que existen publicaciones y guías que recomiendan su sustitución por otro tipo de analgésicos con menos efectos secundarios, pero es cierto que también se propugnó su uso en algunas situaciones como alternativa a la morfina, precisamente por su menor incidencia de depresión respiratoria (si bien en general se trata de publicaciones antiguas, véase “Usefulness of meperidine in anesthesiology, Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2000 Apr ;47(4):168-75; quiz 175-6”*.

Y concluye el Forense que *“aunque los fármacos utilizados en la anestesia son objeto de crítica fundada en las actuaciones que se han practicado, no se ha comprobado la existencia de una contraindicación formal o prohibición de su uso por las autoridades sanitarias, por lo que no se puede considerar su uso como excluido o prohibido en la práctica clínica actual”*.

Por su parte, la Inspección Médica, en su informe de 4 de marzo de 2024, afirma que *“la utilización de lidocaína y meperidina es una opción adecuada para la raquianestesia, cuando se prevé que la intervención quirúrgica es de corta duración, que tiene un rápido comienzo de acción a bajas dosis, con un escaso bloqueo simpático, una recuperación motora rápida y una adecuada analgesia postoperatoria”*.

Finalmente, el propio perito de los reclamantes concluye que *“Aunque considero que los fármacos utilizados para la anestesia intradural son subóptimos por existir mejores alternativas contrastadas, no se puede afirmar que estén contraindicados y que su utilización suponga mala praxis”*.

Por su parte, el hecho probado tercero *in fine* de la sentencia absolutoria del anestesista establece que *“De las conclusiones de los peritos, y en relación a la actuación anterior al aviso del pulsioxímetro, ha de descartarse contravención o contraindicación alguna en la utilización de los fármacos ni del material utilizado”*.

De lo expuesto sólo cabe concluir que, aun cuando la combinación de fármacos (opioide y anestésico) utilizados en la raquianestesia pueda haber estado sometida a crítica por la existencia de alternativas, lo cierto es que la elección de tales medicamentos no puede considerarse contraria a la *lex artis*.

2. Inadecuada cumplimentación y registro de datos en la hoja de anestesia.

Existe una coincidencia total entre los peritos, el Médico Forense y la Inspección Médica en que la hoja de anestesia no reflejó adecuadamente lo que estaba sucediendo durante la intervención, y ello porque omitió diversos extremos que debían contenerse en ella, como toda la información relativa a la anestesia intradural: fármacos, dosis, momento de administración, posición del paciente, estado de consciencia y nivel anestésico conseguido.

Del mismo modo, se coincide en que la información que sí ofrece es, en algunos casos, falsa, pues resulta incompatible con lo sucedido, al registrar datos de saturación, frecuencia cardíaca y tensiones normales durante todo el tiempo, que no se corresponden con la situación de parada cardiorrespiratoria y consiguiente hipoxia del paciente.

Baste señalar aquí lo que consigna el Médico Forense en su informe:

“... resulta problemático reconstruir con detalle la actuación durante la intervención, ya que la hoja de anestesia no recoge el tipo de medicación intratecal, las dosis, nivel de bloqueo anestésico, nivel de consciencia, ni patrón ventilatorio. Tampoco queda recogido el evento de la parada cardiorrespiratoria en dicha hoja de forma directa, aunque se puede deducir por el momento en que se administran adrenalina y atropina intravenosas (sobre las 10 y pico). Por todo ello, algunas cuestiones particulares deben inferirse a partir de las declaraciones de los intervinientes y de elementos indirectos”.

Para la Inspección Médica esta defectuosa cumplimentación de la hoja de anestesia constituye una infracción de la *lex artis*, cuando concluye su segundo informe complementario como sigue: *“Si consideramos la Lex Artis como la corrección de la práctica médica en cuanto al conjunto de deberes y responsabilidades de los profesionales, esta práctica no solo implica el cumplimiento de los protocolos y aplicación de las técnicas, es necesario también el registro adecuado (completo y legible) de toda la documentación clínica. Por tanto, la falta de alguno de los criterios mencionados influye en la determinación del incumplimiento de la lex artis”.* Recuerda a tal efecto la Inspección, en su informe de 4 de marzo, que de conformidad con el artículo 2.6 de la Ley 41/2002, de 14 de diciembre, *“todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica”.*

Existió, en consecuencia, una infracción de la *lex artis* en cuanto a la insuficiente cumplimentación de la documentación clínica, con el efecto añadido de imposibilitar conocer con detalle, seguridad y certeza cómo se desarrollaron los acontecimientos que derivaron en el daño cerebral del paciente, sin perjuicio de que la instrucción tanto en sede administrativa como en el ámbito penal haya conseguido ofrecer información sobre aspectos determinantes de la praxis médica seguida.

3. La actuación del anestesiólogo tras advertir la parada cardiorrespiratoria.

En cuanto a la RCP y recuperación de constantes vitales del paciente, existe consenso en que, desde que se advirtió la parada cardiorrespiratoria tras el aviso dado por el pulsioxímetro, la reacción del equipo facultativo fue adecuada y rápida, revirtiéndose en un tiempo de unos dos minutos con treinta segundos, con RCP básica y avanzada, consistente en intubación, adrenalina, atropina y masaje cardíaco.

Así, el hecho probado quinto de la sentencia recoge que, *“según el médico forense, las medidas adoptadas para revertir la parada fueron efectivas, y se pusieron los medios para solucionarla, no dejando al enfermo desatendido”*.

“Tras la RCP se recuperó el pulso y el ritmo sinusal, teniendo buena saturación de oxígeno... Se le mantuvo intubado, pero con respirador no conectado, persistiendo signos neurológicos. Después de dos horas se llamó al 061...” (hecho probado sexto).

El informe del Servicio de Inspección de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, que está en el origen del procedimiento de responsabilidad patrimonial, arroja ciertas dudas sobre la actuación del anestesista en este período tras la reanimación, pues entiende que se demoró en exceso el tiempo de observación (2 horas entre el final de la RCP y el aviso al 061), antes de solicitar el traslado a una Unidad de Cuidados Intensivos, dado que persistían signos neurológicos graves en el paciente.

El informe pericial de los reclamantes no efectúa observación alguna acerca de esta eventual demora en la decisión, y el Médico Forense, por su parte, manifiesta que *“parece que no se dejó desatendido al enfermo post-parada cardíaca puesto que se aseguró la ventilación y la hemodinámica y se buscó derivar al paciente para asegurar los cuidados inmediatos y neurológicos de la situación post-parada”*.

Así, el hecho probado sexto establece: *“Tras la RPC (sic RCP), se recuperó el pulso y el ritmo sinusal, teniendo buena saturación de oxígeno, y se terminó de cerrar la herida en decúbito lateral, lo que se realizó en 5 minutos. Se le mantuvo intubado, pero con respirador no conectado, persistiendo signos neurológicos. Después de dos horas se llamó al 061 -recibe el aviso a las 13:03 y llega a las 13:17. Se extubó al paciente y se le estimuló para conseguir la respiración completa. Al no mejorar fue sedado e intubado por el anestesista”*.

En cualquier caso, en el Fundamento Jurídico segundo, apartado 10, de la Sentencia absolutoria se indica que *“el médico forense en su ratificación en el juzgado de instrucción de su informe pericial, manifestó que “el daño se produce durante el tiempo que ocurre entre la parada y la reanimación cardiopulmonar, una vez conseguido el latido cardíaco el daño no progresa”*.

En atención a esta consideración forense, el tiempo transcurrido entre que se consigue recuperar la función cardíaca del paciente y su traslado a una UCI, no tiene incidencia causal en el daño cerebral, toda vez que no consta que durante el tiempo de espera se produjeran nuevos episodios de desaturación de oxígeno. De hecho, el paciente permaneció intubado aunque desconectado del respirador, toda vez que no lo necesitaba al mantener respiración espontánea.

Corolario de lo expuesto es que la única infracción de la *lex artis* que ha quedado acreditada es la correspondiente a la indebida o descuidada cumplimentación de la documentación clínica, de la hoja de anestesia, lo que ha derivado en una falta de datos esenciales, sin perjuicio de que una parte de dicha información ha podido ser traída al procedimiento a través de las manifestaciones de los profesionales sanitarios presentes durante la intervención, lo que ha permitido reconstruir lo sucedido con la ayuda de las periciales médicas aportadas.

La infracción de la obligación del facultativo de cumplimentar debidamente la documentación clínica tiene una evidente relevancia sobre la carga de la prueba, pues en la medida en que a la Administración sanitaria le resultaría muy fácil probar lo sucedido mediante la aportación de dicha documentación debidamente cumplimentada, su defectuosa realización obliga a la Administración a probar por otros medios que la intervención se desarrolló de forma adecuada a la *lex artis*. Se produce aquí una suerte de inversión de la carga de la prueba, que se traslada de los reclamantes a la Administración.

Desde esta perspectiva, podría afirmarse que a lo largo de la instrucción penal y del procedimiento de responsabilidad patrimonial ha quedado acreditado que todas las actuaciones y decisiones facultativas adoptadas durante la operación por parte del anestesista estuvieron amparadas por la *lex artis*, pero también lo es que el resultado de la intervención para el paciente resultó extremadamente dañino, inexplicado e inesperado, pues de la extirpación de un quiste en un glúteo con anestesia raquídea, derivó un daño cerebral permanente por hipoxia que resulta absolutamente desproporcionado.

Resulta necesario acudir, una vez más, a lo indicado por la sentencia penal absolutoria incorporada al expediente administrativo, ahora al Fundamento Jurídico Tercero, en el que se hace eco de la forma en que el Médico Forense concluyó su intervención en el plenario, manifestando que *“desde el punto de vista de la intervención exclusivamente médica, no había observado ninguna contravención objetiva de las normas de la lex artis, que no hay ningún elemento que se tuvo que hacer y no se hizo o al contrario que se hizo y no se tuvo que hacer de forma categórica, identificándose con la conclusión que se le formuló por el Letrado de la Defensa consistente en que “post facto” se advierte que algo falló pero no se puede imputar ese fallo a la actuación del anestesista, que resulta necesario identificar lo que no se ha hecho bien, lo cual él no ha podido averiguar...”*.

Ante la extrema gravedad del daño derivado de la intervención y su carácter inesperado e inexplicado, en la medida en que deriva de una operación de aparente sencillez y escasa o nula repercusión funcional sobre el paciente, surge la duda de si nos encontramos ante un daño desproporcionado, en los términos en los que lo configura la jurisprudencia.

QUINTA.- El daño desproporcionado.

Según la doctrina jurisprudencial del daño desproporcionado, *“la Administración sanitaria debe responder de un “daño o resultado desproporcionado”, ya que éste, por sí mismo, por sí sólo, denota un componente de culpabilidad, como corresponde a la regla «res ipsa loquitur» (la cosa habla por sí misma) de la doctrina anglosajona, a la regla «Anscheinsbeweis» (apariencia de la prueba) de la doctrina alemana y a la regla de la «faute virtuelle» (culpa virtual), que significa que si se produce un resultado dañoso que normalmente no se produce más que cuando media una conducta negligente, responde el que ha ejecutado ésta, a no ser que pruebe cumplidamente que la causa ha estado fuera de su esfera de acción”* (SSTS de 19 de septiembre de 2.012, recurso de casación 8/2.010; de 17 de septiembre de 2.012, recurso de casación 6.693/2.010; de 29 de junio de 2.011, recurso de casación 2.950/2.007; y de 30 de septiembre de 2.011, recurso de casación 3.536/2.007, entre otras).

O, en palabras de la STS, también de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 6 de abril de 2015, *“la doctrina del daño desproporcionado o “resultado clamoroso” se aplica cuando tal resultado lesivo causado no se produce normalmente, o no guarda relación o proporción con la entidad de la intervención y no era previsible, es*

inesperado e inexplicado por la demandada, pero es inasumible -por su desproporción- ante lo esperable de la intervención. Esto integra su antijuridicidad, cerrándose el paso a la posibilidad de pretextar un caso fortuito, excluyente de la responsabilidad por el daño causado. De esta manera no hay daño desproporcionado, por ejemplo, si el resultado lesivo es un riesgo inherente a la intervención, pero ha habido una errónea ejecución". O, como señala la sentencia del TSJ Andalucía, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sede Sevilla, 1004/2019, de 9 de octubre, "desde la perspectiva del daño, la aplicación de esa tesis se rechaza cuando el resultado es el propio que podría derivarse del tratamiento ofrecido".

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 1136/2016, de 19 de mayo, indica que *"la doctrina del daño desproporcionado o "resultado clamoroso" significa lo siguiente:*

1º Que el resultado dañoso excede de lo previsible y normal, es decir, no guarda relación o proporción atendiendo a la entidad de la intervención médica pues no hay daño desproporcionado, por ejemplo, si el resultado lesivo es un riesgo inherente a la intervención, pero ha habido una errónea ejecución.

2º El daño desproporcionado implica un efecto dañoso inasumible - por su desproporción - ante lo que cabe esperar de la intervención médica; es, por tanto, un resultado inesperado e inexplicado por la demandada.

3º Ante esa quiebra de lo normal, de lo esperable y lo desproporcionado del efecto dañoso, se presume que el daño es causado por una quiebra de la lex artis por parte de la Administración sanitaria, presunción que puede destruir si prueba que la causa está fuera de su ámbito de actuación, es decir, responde a una causa de fuerza mayor.

4º Por tanto, para que no se le atribuya responsabilidad por daño desproporcionado, desde el principio de facilidad y proximidad probatoria la Administración debe asumir esa carga de probar las circunstancias en que se produjo el daño.

5º De no asumir esa carga, la imprevisibilidad o la anormalidad del daño causado atendiendo a la entidad de la intervención médica es lo que hace que sea antijurídico, sin que pueda pretextarse un caso fortuito, excluyente de la responsabilidad por el daño causado".

Ahora bien, como precisa el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sala de lo Contencioso-Administrativo (Sevilla), en Sentencia 523/2023, de 3 de mayo, *"la inversión de la carga probatoria no se produce automáticamente por la sola presencia de un gravísimo resultado, sino que, además de requerir que exista nexo causal entre la producción de un resultado desproporcionado con la patología inicial del paciente y la esfera de actuación de los servicios sanitarios y que el daño producido no constituya una complicación o riesgo propios de la actuación médica, exige también que no se haya acreditado la causa de la producción de ese resultado, es decir, que la doctrina del daño desproporcionado no es aplicable cuando el resultado puede obedecer a un riesgo o a una complicación inherente al acto médico y/o se pueden explicar los hechos a través de las pruebas practicadas en el proceso, ya que la esencia de la doctrina no está en el hecho "físico" de que el resultado sea desproporcionado a lo que se esperaba (por todas, la sentencia del Tribunal Supremo de 4 de junio de 2013). No se trata de producción de daños graves o desorbitados, siempre que se hallen dentro de los "riesgos típicos", ni de un resultado posible entre las opciones disponibles; no hay daño desproporcionado cuando cabe la posibilidad de que el mismo se hubiera producido en el curso ordinario de los acontecimientos; para que lo sea, se debe partir de*

la evidencia de que el daño se ha producido, y, tras haberse descartado todas las posibles causas que hubieran podido producirlo razonablemente, se llega a la conclusión de que es incompatible con las reglas de la *lex artis* y con la naturaleza del daño por su falta de relación con la actividad médica practicada". Idéntica consideración se recoge en la Sentencia de la misma Sala, pero de la sede de Granada, número 1107/2024, de 19 de abril.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, Sala de lo Contencioso-Administrativo, número 278/2024, de 17 de abril, señala "que la doctrina del daño desproporcionado supone, en última instancia, una presunción *iuris tantum* de infracción de la *lex artis*, desplazando a la administración sanitaria el *onus probandi* de que su actuación ha sido *secundum artis legem*. Por lo tanto, si la administración no es capaz de explicar por qué causas se produjo ese resultado tan llamativamente anómalo, habrá de asumir la responsabilidad, pero no así cuando pruebe debidamente que tal resultado se ha producido no obstante la observancia de la *lex artis*, cuando pruebe una causa de que no deba responder".

En el caso ahora sometido a consulta, es el propio Médico Forense quien, a pesar de descartar que las actuaciones facultativas realizadas fueran en sí mismas contrarias a la *lex artis*, estima que "algo falló" y que es necesario identificar qué es lo que no se ha hecho bien, pero que él no lo ha podido averiguar. Es decir, el daño aparece como inexplicable una vez descartadas las diversas imputaciones de mala praxis realizadas por los actores y apuntadas incluso por la propia Administración sanitaria, cuando incoa de oficio el procedimiento; pero, a pesar de no poder identificar la causa precisa del daño, el forense sí considera que hubo algo que falló. Es decir, se trata de un daño extremadamente grave para la escasa entidad de la operación en el curso de la cual se produjo, y que se ha debido a una causa que la Administración no ha conseguido justificar como situada fuera del ámbito de la actuación facultativa o, en general, de la asistencia sanitaria dispensada.

No obstante, la aplicación de esta doctrina jurisprudencial encuentra el obstáculo de que el riesgo que se materializó, un daño neurológico permanente derivado de una parada cardiorrespiratoria, es una complicación inherente a la técnica anestésica (informe del Médico Forense). En efecto, aun cuando en el consentimiento informado firmado por el paciente no se contempla de forma expresa, lo cierto es que el peligro de parada cardiorrespiratoria, que está en el origen de la pérdida de saturación de oxígeno y la posterior afectación neurológica, sí está descrito en la literatura como posible en la anestesia raquídea y, de hecho, así se indica expresamente en el modelo de consentimiento informado recomendado por la SEDAR (Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor), según el cual la anestesia locorregional puede provocar una parada cardiorrespiratoria. Así lo indica, asimismo, el perito de los reclamantes, cuando afirma que el paciente debió ser informado de este riesgo, máxime en atención a sus condiciones personales de obesidad, antecedentes de asma y posición quirúrgica a adoptar.

SEXTA.- La indebida cumplimentación de la documentación clínica y el *onus probandi* de la *lex artis*.

Si bien ya se ha señalado que la doctrina del daño desproporcionado no sería plenamente aplicable en el supuesto sometido a consulta, dado que el riesgo que se materializó no puede considerarse totalmente ajeno a la anestesia raquídea que se administró al paciente, lo cierto es que la inversión de la carga de la prueba que de dicha doctrina se deriva, opera en este supuesto por otra vía, cual es la deficiente cumplimentación de la hoja de anestesia.

Ya se dijo en la Consideración cuarta que este documento clínico adolecía de numerosos y sustanciales vacíos de información, pues no respetaba el contenido mínimo que las guías clínicas exigen. Así lo afirman todos los peritos intervinientes, el Médico Forense y la Inspección Médica, conforme se recoge con detalle en el informe de esta

última, de fecha 7 de noviembre de 2024. A modo de ejemplo, el informe pericial remitido por la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud, indica cuál es el contenido exigible de la hoja /gráfica de anestesia, y cuáles las omisiones que advierte en la que se cumplimentó durante la operación:

“Registro de las historia-gráfica anestésica: es la forma como se describe el acto médico anestésico, que constituye en un momento dado un instrumento medicolegal como prueba en un proceso judicial, independientemente del tipo de registro que se utiliza: ya sea electrónico o físico.

Es un estándar en el que está definido el contenido, así como la periodicidad del registro y que éste debe ser contemporáneo con los sucesos. Deben hacerse constar datos preoperatorios y de la intervención, lugar concreto del hospital donde se realiza la anestesia, todo fármaco y dosis administrados, detalles de la técnica anestésica, datos de la monitorización, de los parámetros ventilatorios, de la volemia y pérdidas, de todo incidente o complicación tanto anestésica como quirúrgica, el nombre del anestesiólogo y cirujano, si se ha producido un cambio de anestesiólogo o cirujano, y completarse con los datos de salida de quirófano del paciente y su destino. Todo ello debe cumplimentarse cada 5 min.

La gráfica puede ser de muchos tipos, informatizada o manual, pero debe incluir los datos y periodicidad citados. Se debe documentar el procedimiento anestésico con la cumplimentación de la gráfica o documento correspondiente, registrando los eventos sucedidos, medicamentos utilizados con sus momentos de administración, dosis, concentraciones y sueroterapia intravenosa, incluyendo sangre y hemoderivados, y las condiciones del paciente antes y tras el procedimiento (Libro Blanco de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor (SEDAR) 2011)”.

La comparación del contenido exigible según la guía clínica indicada y el expresado o registrado en la hoja de anestesia de la intervención de Z arroja, para la anestesióloga que efectúa la pericia, el siguiente resultado:

“Tras examinar la Hoja de Anestesia, no es posible sacar conclusiones sobre las circunstancias que condujeron a la parada cardiorrespiratoria y consecuente encefalopatía anóxica:

i. No se especifican los fármacos ni dosis utilizadas en la anestesia raquídea inicialmente practicada. Tampoco se detalla el nivel de anestesia alcanzado.

ii. Se administran además varios fármacos que no tienen nada que ver con la Anestesia raquídea, por tanto, debería explicarse el propósito (es decir la gráfica debería reflejar que la técnica realizada era Anestesia Regional+ Sedación).

iii. Se hace constar que las constantes hemodinámicas registradas durante el proceso: frecuencia cardiaca y presión arterial, fueron en todo tiempo normales, igual ocurre con la saturación periférica de oxígeno, todo ello sin embargo es incompatible con la existencia de una PCR repentina.

iv. En ningún momento se registra la existencia de tal parada y las circunstancias que la antecedieron.

Se concluye que lo registrado en la Hoja/Gráfica de anestesia, no expresa en modo alguno los eventos que pudieron desencadenar la parada: suceso más importante ocurrido durante la intervención y del cual se derivan consecuencias gravísimas”.

Como consecuencia de la indebida cumplimentación de este documento existió, según la Inspección Médica, una infracción de la *lex artis* que imposibilita conocer con detalle, seguridad y certeza cómo se desarrollaron los acontecimientos que derivaron en el daño cerebral del paciente. Y ello sin perjuicio de que la instrucción tanto en sede administrativa como en el ámbito penal haya conseguido ofrecer información sobre aspectos determinantes de la praxis médica seguida, de los cuales se desprende que, si bien no hay una sola actuación o decisión facultativa claramente contraria a la *lex artis*, la situación crítica que se vivió durante la intervención se explica por la concatenación de diversos factores que coadyuvaron al resultado final: factores de riesgo en el paciente, mezcla de medicación intratecal subóptima y sedación que, unida a las condiciones del paciente y la posición quirúrgica, pudieron provocar la depresión respiratoria y posterior apnea, con una monitorización y vigilancia que no es posible conocer en detalle por las lagunas de la hoja de anestesia, por lo que la detección de la parada pudo demorarse más de lo debido. Esta explicación de lo sucedido se realiza en términos de posibilidad y no de certeza, porque no ha sido posible contar con toda la información que la hoja/registro de anestesia debía aportar.

La infracción de la obligación del facultativo de cumplimentar debidamente la documentación clínica tiene una evidente relevancia sobre la carga de la prueba, pues en la medida en que a la Administración sanitaria le resultaría muy fácil probar lo sucedido mediante la aportación de dicha documentación debidamente cumplimentada, su defectuosa realización conlleva incertidumbre en cuanto a lo sucedido. Si, en el ámbito penal, esta falta de certeza conllevó la absolución del encausado en atención al principio de presunción de inocencia, en sede de responsabilidad patrimonial, conlleva que la falta de información no pueda perjudicar al reclamante, sino al causante del déficit de aquélla.

En efecto, señala la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, número 660/2020, de 24 de septiembre, que *“Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010, y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013) que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales “puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal”.*

De ahí que, de conformidad con el principio de facilidad probatoria, enunciado en los términos expresados, no pueda exigirse a los actores una mayor o mejor acreditación de la conculcación de la *lex artis* que la que han practicado en el procedimiento, mediante la aportación de informe pericial, el cual se ve limitado en sus consideraciones y conclusiones por la falta de información precisa y cierta acerca de lo que ocurrió durante la intervención, lo que supone una evidente debilidad en el razonamiento técnico que el perito está llamado a hacer en la valoración de la actuación facultativa, pero que no le es imputable ni a él ni a los actores, sino a la Administración que presta la asistencia sanitaria.

También es importante recordar la conclusión final del Forense, cuando, tras ratificar su informe pericial ante el órgano jurisdiccional y reconocer que no había advertido actuaciones contrarias a normopraxis, manifiesta, sin embargo, que “algo falló”, aunque no había podido averiguar qué. Es imposible saber si con una adecuada cumplimentación de la hoja de anestesia, y con la consiguiente certeza en la reconstrucción de lo sucedido durante la intervención, habría podido identificarse la causa concreta del daño y residenciarla en una eventual mala praxis, pero ya hemos señalado que la incertidumbre que genera el descuidado registro de constantes y acontecimientos en la documentación clínica no puede beneficiar al causante de la misma, sino todo lo contrario.

Corolario de lo expuesto es que cabe considerar acreditada la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada al paciente y, en consecuencia, el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño reclamado, así como su antijuridicidad. Procede, en consecuencia, declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional.

SÉPTIMA.- Quantum indemnizatorio y obligado al pago.

I. Admitida la efectividad de la lesión y establecida su conexión causal con el funcionamiento del servicio público sanitario, procede, como señala el artículo 81.2 LPAC, analizar la valoración del daño producido y la cuantía y el modo de la indemnización.

La fijación de la cuantía de las indemnizaciones por la responsabilidad en la que pueda incurrir la Administración es un tema controvertido, pues aunque la LRJSP establece una serie de criterios para calcular el importe de dicha indemnización en su artículo 34.2 (criterios de valoración de la legislación de expropiación forzosa, legislación fiscal o valoraciones predominantes en el mercado), lo cierto es que la fijación de las cuantías que hacen los tribunales es muy variable y, en casos similares, con frecuencia las indemnizaciones resultan muy dispares. Esta situación se acentúa aún más cuando se trata de valorar daños personales, físicos o psíquicos o la propia vida de las personas, ya que los criterios fijados por la Ley no pueden ser aplicados. De ahí que, en el referido precepto legal, se prevea ahora de forma expresa lo que durante mucho tiempo ha constituido un uso habitual para la Administración y los Tribunales, como es acudir a baremos o sistemas de valoración de otros ámbitos que ofrecen una referencia, aun a modo meramente orientativo, de valores objetivos para las lesiones físicas, psíquicas o, incluso, la muerte. Así, se dispone en el inciso final del artículo 34.2 LRJSP que “*en los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios y de la Seguridad Social*”.

Ello sentado, procede a continuación fijar el valor económico de los daños que presenta Z, para lo cual resulta útil acudir a criterios o baremos objetivos que, si bien establecidos en relación con la valoración del daño personal en ámbitos diferentes al de la responsabilidad patrimonial de la Administración, tienen la virtud de ofrecer un parámetro de referencia que limite la subjetividad y, por ende la arbitrariedad, a la que de otro modo se vería abocada la siempre difícil labor de ofrecer un valor monetario a la integridad física y a su pérdida, así como al daño moral que ello produce en los parientes más cercanos al lesionado. A tal efecto, este Consejo Jurídico considera oportuno acudir al sistema de valoración de daños personales establecido en la normativa sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, contenida, en atención a la fecha en la que se produce el daño, en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, en su versión anterior a la profunda modificación operada por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Pretenden los reclamantes ser indemnizados con una cantidad global de 2.035.821 euros para Z, en concepto de indemnización por secuelas (1.980.821 euros) y por lesiones temporales (54.000 euros). Cantidad a la que habrá que sumar cuantías por determinar, en concepto de ayudas técnicas/productos de apoyo, adecuación de la vivienda e incremento de los costes de movilidad.

La cuantificación del montante indemnizatorio la realizan con apoyo en un informe pericial que toma como referencia la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, y las lesiones consideradas por el Informe de Sanidad Médico Forense. Solicitan, además, una indemnización adicional de 500.000 euros para los progenitores del lesionado, en concepto de daño moral.

La propuesta de resolución, por su parte, propone una indemnización de 1.196.806,35 euros, en concepto de días de sanidad (16.112,84 euros), secuelas (964.363,51 euros), perjuicio estético (72.536 euros) y perjuicios morales a familiares (143.794 euros). Estas cantidades se proponen con fundamento en el informe pericial de valoración del daño corporal aportado por la correduría de seguros y que se basa para el cálculo de las cantidades indicadas en el *“baremo del RD-L 8/2004 en relación con Resolución de 5 de marzo de 2014, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante 2014 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación”*.

La diferencia sustancial entre los informes de valoración del daño corporal en los que se basan los pedimentos de los reclamantes y la propuesta de resolución, respectivamente, estriba en el baremo que se ha utilizado como referencia para efectuar dicha labor de cuantificación del daño, pues los actores acuden al vigente tras la reforma de 2015, mientras que la propuesta de resolución considera aplicable el anterior a dicha reforma, el aprobado en 2004, y con las cantidades actualizadas a 2014.

Entiende el Consejo Jurídico que el sistema de valoración del daño personal que ha de tomarse como referencia en el ámbito de la responsabilidad patrimonial es el que estuviera vigente en el momento de producirse la lesión, sin perjuicio de su actualización. Y ello porque así lo establece el artículo 34.3 LRJSP, cuando dispone que *“la cuantía de la indemnización se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial”*.

Por otra parte, la cuantificación efectuada por la correduría de seguros ha tomado en consideración la extrema gravedad de las lesiones y la afectación global que aquellas suponen para la vida de una persona joven, atendiendo en todo momento a los grados máximos cuando el baremo ofrece horquillas o intervalos para efectuar dichas valoraciones, aplicando los factores de corrección, también en sus cuantías máximas. De ahí que coincida este Consejo Jurídico en que la indemnización a abonar a los reclamantes sea la de 1.196.806,35 euros, más aquellas cantidades que acrediten los reclamantes haber invertido en las adecuaciones de vivienda y vehículo para su uso por Z, con el límite máximo que por dichos conceptos contemplaba el baremo de referencia. Todas estas cantidades habrán de ser actualizadas a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo indicado en el artículo 34.3 LRJSP.

La indemnización del daño moral de los progenitores del lesionado, que valoran en 500.000 euros, quedaría englobada en la indemnización calculada con arreglo al baremo, pues en ella se incluye una cantidad de 143.794 euros, en concepto de perjuicios morales a familiares, que es la cuantía máxima por este concepto prevista en el

baremo de referencia.

II. En cuanto a quién corresponde asumir el pago de la indemnización, sin perjuicio de la responsabilidad directa de la Administración, a la vista de los hechos acaecidos, cabe considerar que el déficit en la prestación del servicio de anestesiología que propició la lesión por la que se reclama resulta imputable al centro concertado, en la medida en que es quien contrató, a través de otra empresa (ACRA, S.L), al anestesista que intervino en la operación, sin que consten órdenes de la Administración sanitaria acerca de la prestación de dicho servicio o cualesquiera otras circunstancias que pudieran alterar dicha conclusión y vincular causalmente el daño con el Servicio Murciano de Salud.

Se trata, por tanto, del resarcimiento de daños ocasionados a terceros como consecuencia de las operaciones que requiera el desarrollo del servicio, en aplicación de una regla ya clásica en la normativa de contratos de las Administraciones públicas y hoy recogida en el artículo 196 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público por la que se trasponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014. Además, conforme a nuestra doctrina *“los contratistas responden con el mismo carácter objetivo con el que lo hace directamente la Administración, dados los términos del artículo 97 LCAP (también el citado artículo 196 LCSP) que expresamente se refiere a “todos” los daños y perjuicios que causen como consecuencia de la ejecución del contrato, sin exigir elemento intencional alguno, de modo que sólo se excluiría la responsabilidad en el caso de fuerza mayor, por establecerlo así el citado artículo 106.2 de la Constitución (Dictamen 2/2002)”*, párrafo transcrito proveniente de nuestros Dictámenes núm. 21/2008 y 18/2023, entre otros.

Como ya se anticipó en la consideración segunda de este Dictamen, las relaciones que nacen de los contratos suscritos entre el centro concertado y la empresa que prestaba los servicios de anestesia, y entre ésta y el anestesista que actuó durante la intervención quirúrgica en la que se produjo el daño, y los efectos que puedan tener sobre los obligados finales al pago de la indemnización, pertenecen al ámbito privado y exceden del alcance que ha de tener el análisis jurídico que está llamado a realizar este Consejo Jurídico.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución estimatoria parcial de la reclamación, al considerar que concurren todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, en particular el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, y su antijuridicidad.

SEGUNDA.- La cuantía de la indemnización a abonar a los actores por el titular del centro sanitario concertado en el que se desarrolló la intervención, ha de ajustarse a lo indicado en la Consideración séptima de este Dictamen, sin perjuicio de su pertinente actualización, conforme a lo establecido en el artículo 34.3 LRJSP.

No obstante, V.E. resolverá.

