



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen n.º 313/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 26 de noviembre 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 5 de mayo de 2025 (COMINTER 201656) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 9 de mayo de 2025, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.ª X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2025_158), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 17 de noviembre de 2023, un abogado, actuando en nombre y representación de D.ª X, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

Expone en ella que la interesada acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario *Santa Lucía* (HGUSL) de Cartagena en dos ocasiones, concretamente los días 13 y 20 de junio de 2023, por un cuadro de epigastralgia y dolor en el hipocondrio derecho de varios días de evolución, acompañado de sensación de náuseas y ardor.

Asimismo, explica que, en la primera ocasión, se le dio el alta con el diagnóstico de epigastralgia y hepatitis A. También destaca que, en la segunda ocasión, el radiólogo de guardia rechazó realizarle la ecografía de abdomen que se había solicitado porque entendió que no concurrían criterios de urgencia. No obstante, resalta que cuando fue explorada la reclamante presentaba tinte ictérico, dolor en el hipocondrio derecho y *Murphy +* (dolor abdominal agudo). Pese a ello, se descartó la hepatitis A mediante serología. Por esa razón, se le concedió entonces el alta con el diagnóstico de dolor abdominal (*"Antecedentes de Hepatitis A convivientes"*).

El abogado relata que la reclamante acudió de nuevo al Servicio de Urgencias citado el 6 de julio de 2023 porque

persistían los mismos síntomas. En aquel momento se le diagnosticaron, tras realizarle una analítica que mostró datos de infección y una tomografía axial computarizada (TAC), múltiples quistes hidatídicos en parénquima hepático con infección y comunicación de radicales biliares derechos e izquierdos.

Por ese motivo, se le intervino de urgencia aquel día y se la ingresó posteriormente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), porque sufría una sepsis de origen biliar. Con posterioridad, se le tuvo que reintervenir el 12 de julio e ingresar de nuevo en la UCI hasta el día 30 de ese mes.

Destaca que, como consecuencia de dicho proceso séptico, se le diagnosticó el 25 de agosto de 2023, cuando se le concedió el alta hospitalaria, un *“fracaso renal agudo AKIN III, secundario a probable necrosis cortical versus NTA [necrosis tubular aguda] en el contexto de shock séptico por hidatidosis sistémica”*. Como consecuencia, la interesada precisa hemodiálisis y se le ha incluido en lista de espera para realizarle un trasplante renal.

El abogado sostiene que el 20 de junio de 2024, cuando la paciente acudió al servicio de urgencias por segunda vez prestaba una clínica que hacía necesario que se le hiciera una prueba de imagen para que se pudiese descartar, al menos, alguna patología de la vesícula biliar.

También argumenta que, como no se actuó con arreglo a la normopraxis, los quistes hidatídicos se infectaron, por lo que se la tuvo que operar de urgencia el citado 6 de julio. Destaca que surgieron en ese momento graves complicaciones, entre ellas un shock séptico, que provocaron los daños que sufre en el momento presente.

Acerca de la indemnización que solicita manifiesta que no puede concretarla todavía porque se ignora el alcance de las secuelas, dado que la interesada está a la espera de que se le realicen más pruebas diagnósticas.

Con la solicitud de indemnización adjunta las copias de la escritura de apoderamiento otorgada a su favor por la reclamante y de numerosos documentos de carácter clínico.

SEGUNDO.- La reclamación se admite a trámite el 29 de noviembre de 2023 y ese día se informa de la presentación de la solicitud a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente.

De igual forma, ese día se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud II-HGUSL que remita una copia de la historia clínica completa de la interesada, tanto de Atención Primaria como Especializada, y los informes de los facultativos que atendieron a la reclamante.

TERCERO.- El 9 de enero de 2024 se recibe la información clínica de Atención Especializada de la interesada, aportada por los Servicios de Anestesia y Reanimación, Cirugía General y Digestiva, Nefrología, Rehabilitación y Urgencias y la UCI.

CUARTO.- El 6 de febrero de 2024 se reiteran a la Dirección Gerencia mencionada los informes de los facultativos que asistieron a la reclamante y la documentación clínica de Atención Primaria.

QUINTO.- Con fecha 8 de abril de 2024 se recibe la copia de la historia clínica demandada, aportada por la Coordinadora del Equipo Atención Primaria de Mazarrón, y el informe realizado el 13 de marzo de ese año por la Dra. D.^a A, facultativa del Centro de Salud de esa localidad.

En ese documento se expone que *“Esta paciente acude a mi consulta el (21 Junio 2023), tras haber consultado 2 veces en Urgencias del Hospital Sta. Lucía. Ante la persistencia de sus molestias Abdominales, solicito Analítica con Serología, que no evidencia signos de Infección reciente por Virus de Hepatitis A.*

Posteriormente no tengo más contacto con esta paciente, hasta que me presenta Informes de su Ingreso Hospitalario...”.

SEXTO.- El 7 de mayo de 2024 se remite al órgano instructor el informe elaborado el 8 de abril de ese año por el Dr. D. B, Jefe de Servicio de Urgencias. En relación con las dos primeras asistencias que se le dispensaron a la interesada, se explica lo siguiente:

“• En fecha de 13/06/2023 sobre las 17.17 horas acude refiriendo dolor abdominal (epigastralgia) y a pesar de que en todo momento hay una barrera idiomática importante, nos refiere tener un hijo con hepatitis A. En esta ocasión no hay criterios clínicos de gravedad, y en la analítica que se le realiza solo presenta una Bilirrubina de 4.0 y un valor de GPT de 111. No hay leucocitosis ni anemia. En esta situación, estable y asintomática se le pauta tratamiento y se remite a su médico. No hay constancia de que la paciente sea vista posteriormente en atención primaria (AP). Fue atendida por el Dr. (...).

• Acude de nuevo el 20/06/23 por persistir el dolor abdominal junto con astenia; sigue sin tener criterios clínicos de gravedad, en analítica se aprecia elevación de transaminasas GPT, LDH y PCR; la Bilirrubina es de 1.04 (?) aunque la paciente presenta un tinte subictérico y dolor en hipocondrio derecho. Sigue sin haber alteraciones en hemáties, leucocitos ni plaquetas. En esta situación se solicita una Ecografía abdominal indicando en la petición: Mujer de 34 años que acude por malestar general, anorexia de una semana de evolución. Tinte ictérico. Refiere antecedentes familiares de Hepatitis A en núcleo familiar. Presenta dolor a la palpación en HD, Murphy +, con aparente hepatomegalia de un través de dedo. Analíticamente, Bilirrubina total 1.04 mg/dL, GPT 162.0, PCR de 10. La ecografía es rechazada por el servicio de rayos que considera que no hay criterios para realizarla de forma urgente. Desde urgencia se le solicita serología viral por la clínica compatible con hepatitis aguda le ve y contacto con paciente con hepatitis A y ante la mejoría sintomática se da el alta para control por su médico. Nuevamente no hay constancia de que la paciente sea vista en AP. Atendida por los Dres. (...) y (...).”.

A continuación, se detalla la asistencia que se le dispensó a la reclamante el 6 de julio de 2023 y las diversas pruebas que se le realizaron ante la afectación del estado general que presentaba. Se precisa que el resultado fue *“de múltiples lesiones hepáticas, la de mayor tamaño de 9 cm, sugestiva de hidatidosis. Esta ecografía se amplía con un TAC, ese mismo día, que informa de múltiples quistes hidatídicos, con al menos dos de ellos complicados con signos de infección en parénquima hepático adyacente y comunicación y dilatación de radicales biliares derechos e izquierdos con material denso en placa hilar. Tras estos resultados se contactan con el servicio de cirugía general que decide el ingreso y la intervención de la paciente. Atendida por los Dres. (...) y (...).”.*

SÉPTIMO.- El 9 de mayo de 2024 se envían sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar, en su caso, los informes valorativo y pericial correspondientes.

OCTAVO.- Con fecha 28 de mayo se recibe el informe realizado conjuntamente, el día 8 de ese mes, por los Dres. D. C y D. D, facultativo y Jefe de Servicio, respectivamente, del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del HGUSL. En ese documento detallan la asistencia que se le prestó a la reclamante desde el 6 de julio de 2023.

NOVENO.- El 30 de mayo de 2024 se reclama a la Dirección Gerencia citada que aporte la documentación clínica que incorpore las anotaciones realizadas por los médicos y por los sanitarios de Enfermería, y las radiografías que se le pudieron efectuar a la paciente.

DÉCIMO.- Se recibe el 20 de junio siguiente la copia de la documentación clínica solicitada, que se reenvía a Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS cinco días más tarde.

UNDÉCIMO.- Con fecha 20 de julio de 2024 se solicita al abogado de la reclamante que cuantifique la indemnización que demanda.

DUODÉCIMO.- El letrado de la reclamante presenta escrito el 30 de julio siguiente en el que manifiesta que fija prudencialmente el importe del resarcimiento que solicita en 800.000 €.

Argumenta que ese importa se justifica por la circunstancia de que la interesada está incluida en lista de espera quirúrgica para que se realice un trasplante renal y que, a esa fecha, tiene prescrita diálisis crónica. Arguye que, si se toma como referencia el baremo de tráfico, le corresponden, como mínimo, 75 puntos por secuelas.

Además, aporta una copia del último informe emitido por el Servicio de Nefrología del HGUSL, fechado el 17 de junio de 2024.

DECIMOTERCERO.- Los días 3 y 4 de septiembre se remiten a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS, respectivamente, las copias de los últimos documentos aportados al procedimiento.

DECIMOCUARTO.- Con fecha 14 de octubre de 2024 se reciben el informe pericial y el de valoración del daño corporal elaborados a instancia de la compañía aseguradora del SMS.

En el primero de ellos, realizado el día 2 de ese mes por un doctor en Medicina y especialista en Cirugía General y

del Aparato Digestivo, se exponen las siguientes conclusiones:

“1.- [La reclamante] padecía una enfermedad hidatídica hepática complicada con infección y rotura a vía biliar. Tal enfermedad tenía indicación quirúrgica realizándose esta intervención el 06-07-2023 en el Hospital Universitario Santa Lucía del Servicio Murciano de Salud.

2.- [La interesada] había acudido al servicio de Urgencia del Hospital Santa Lucía los días 13 y 20 de junio anteriores, siendo dada de alta sin realizar el diagnóstico de su enfermedad. Concretamente el día 20 se denegó la realización de una ecografía que hubiese brindado el diagnóstico como en efecto hizo el día 06.07.2023.

3.- [La reclamante] padeció una complicación infecciosa con shock séptico y fracaso multiorgánico con ocasión de la operación del día 06-07-2023. Tal complicación vino derivada de la situación infecciosa que presentaba su enfermedad hidatídica y motivó en último término la necesidad de hemodiálisis por episodio de insuficiencia renal.

4.- De haberse realizado un diagnóstico con anterioridad los días 13 o 20 de junio anteriores, no puede afirmarse con seguridad que [la interesada] no hubiese padecido la complicación infecciosa, dado que ya presentaba signos infecciosos previos y además las complicaciones infecciosas son extraordinariamente frecuentes tras intervenciones por quiste hidatídico complicado, como muestra la bibliografía médica, llegando estas hasta un 50% de los casos.

5.- Es posible, aunque no seguro, que de haber diagnosticado con anterioridad a [la reclamante] se hubiese podido evitar el episodio de insuficiencia renal que requirió diálisis”.

El segundo de los informes aportados se refiere a la valoración del daño y es el efectuado por un médico de la compañía aseguradora del SMS.

En el apartado 3 de ese informe, que trata sobre el nexo de causalidad, se explica que “No es posible asegurar con certeza que un diagnóstico más precoz hubiera evitado las complicaciones acaecidas.

A este respecto es muy ilustrativo el artículo "Surgical management of complicated hydatid cysts of the liver" que describe complicaciones operatorias en el 50% de los quistes complicados y 16% en los no complicados. Así pues, consideraremos una pérdida de oportunidad del 34%, la diferencia en la tasa de complicaciones que existe entre la cirugía de los quistes complicados y no complicados”.

A continuación, respecto de la valoración del daño corporal, se expone lo siguiente:

“4.1. Tiempo de estabilización:

Relacionamos con las complicaciones el largo ingreso hospitalario, con 25 días de perjuicio muy grave y 25 de perjuicio grave.

Si bien la primera cirugía hubiera sido necesaria en cualquier caso, relacionamos la necesidad de colocación de drenaje y la 2ª cirugía como secundarias a las complicaciones, equiparables a los Grupos III y IV del nomenclátor.

4.2. Secuelas.

Consideramos 75 puntos de secuelas por fracaso renal con indicación de trasplante.

Procederán daños morales complementarios, pérdida de calidad de vida moderada una ayuda de 3ª persona por 2 horas al día”.

La cuantificación, por tanto, es la siguiente:

a) Lesiones temporales. Perjuicio personal particular:

- 25 días graves, a razón de 89,27 €/día, 2.231,75 €.
- 25 días muy graves, a razón de 119,03 €/día, 2.975,75 €.
- 2 intervenciones quirúrgicas, 2.082,94 €.

Total por lesiones temporales, 7.290,44 €.

b) Secuelas. Perjuicio personal básico:

- 75 puntos (edad de la perjudicada: 34 años), 247.963,44 €.

c) Secuelas. Perjuicio personal particular:

- Daños morales complementarios por perjuicio psicofísico, 63.988,17 €.
- Perjuicio moral grave por pérdida de calidad de vida, 76.176,39 €.

d) Secuelas. Perjuicio patrimonial por daño emergente:

- Ayuda de tercera persona, 205.243 €.

Total por secuelas, 593.371 €.

En consecuencia, la cuantificación total asciende a 600.661,44 €.

No obstante, a ese importe se aplica un porcentaje de reducción del 34%, por pérdida de oportunidad, de modo que la cantidad a abonar a la interesada sería de 204.224,89 €.

DECIMOQUINTO.- El 14 de octubre de 2024 se remiten a la Inspección Médica las copias de los informes aportados por la compañía aseguradora del SMS.

De igual modo, se solicita que se emita el informe que se tiene interesado de ese Servicio de Inspección de manera preferente, por ser previsible que la reclamación sea estimada.

DECIMOSEXTO.- Con fecha 13 de diciembre de 2024 se recibe el informe elaborado por la Inspección Médica ese mismo día, en el que se recogen las siguientes conclusiones:

“• En el proceso asistencial a la hidatidosis hepática que padeció [la interesada], hubo un retraso diagnóstico y de tratamiento de 16 días, entre los días 20 de junio y 6 de julio de 2023.

• Aunque no se puede garantizar que de no haber existido ese retraso la paciente hubiera sido intervenida con pleno éxito y sin complicaciones, este retraso motivó que cuando se intervino existiera ya un cuadro evolucionado de colangitis y de quistes infectados y comunicados con el árbol biliar, lo que incrementó la probabilidad de complicación intraoperatoria.

• La paciente presentó un shock séptico abdominal secundario a colangitis y quistes hidatídicos múltiples con signos de sobreinfección, responsable del fracaso multiorgánico y de las secuelas renales posteriores”.

DECIMOSÉPTIMO.- El 26 de diciembre de 2025 se envía a la compañía aseguradora del SMS una copia del informe realizado por la Inspección Médica.

DECIMOCTAVO.- El 17 de febrero de 2025 se concede audiencia a la reclamante y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen pertinentes.

DECIMONOVENO.- El abogado de la paciente interesada presenta el 10 de marzo de 2025 un escrito en el que reitera la solicitud de indemnización que formuló en representación de su cliente.

Añade que la lectura del dictamen de la Inspección Médica y del informe presentado por la compañía aseguradora permite concluir que se incurrió en este supuesto en una infracción manifiesta de la *lex artis*.

Destaca que el retraso diagnóstico se produjo por la comisión de un acto negligente, que fue el rechazo del radiólogo a realizar la ecografía que había solicitado el médico de urgencias, puesto que la paciente presentaba el 13 de junio de 2023 clínica abdominal y alteración de las enzimas hepáticas.

En ese sentido, argumenta el letrado que, cuando se incurre en una actuación médica negligente, contraria a la *lex artis*, no se puede acudir a la teoría de la pérdida de oportunidad. Para sostener esa interpretación, reproduce distintas sentencias de las Salas de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo y del Tribunal Superior de

Justicia de Murcia, así como el Dictamen núm. 114/2023, de este Órgano consultivo.

Por último, sostiene que la existencia de nexo causal entre el mal funcionamiento del servicio sanitario regional y los daños que se han ocasionado a la interesada es palmario. Sostiene que, si se le hubiese realizado la radiografía en aquel momento, se habrían detectado los quistes hidatídicos sin que el proceso infeccioso (colangitis) se hubiese instaurado, lo que hubiera evitado las complicaciones quirúrgicas que se produjeron y, en consecuencia, la insuficiencia renal que padece la reclamante.

VIGÉSIMO.- El 18 de marzo de 2025 se remite a la correduría de seguros del SMS una copia de las alegaciones formuladas por el abogado de la interesada.

VIGÉSIMO PRIMERO.- El 21 de marzo de 2025 se recibe un escrito suscrito por un responsable de la compañía aseguradora del SMS en el que se advierte, en primer lugar, que la reclamación no goza de cobertura, de conformidad con lo que se pactó en la póliza del contrato de seguro.

En segundo lugar, se admite que concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial sanitaria, ya que se incurrió en un retraso diagnóstico. Así, se reconoce que se debió haber realizado una ecografía abdominal en la asistencia del 20 de junio de 2023, que hubiera permitido establecer un diagnóstico precoz. No obstante, se resalta que no es posible asegurar que ese posible diagnóstico anterior hubiera evitado las complicaciones acaecidas.

Por esa razón, se solicita que se estime la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por la interesada, pero en la cantidad, ya señalada, de 204.224,89 €.

Con el escrito se adjunta una copia de la póliza del seguro de responsabilidad civil y patrimonial que se suscribió con el SMS.

VIGÉSIMO SEGUNDO.- Se concede una nueva audiencia a la reclamante y a la compañía aseguradora interesada el 24 de marzo de 2025.

Sin embargo, no consta que en esta ocasión hayan hecho uso de sus derechos respectivos.

VIGÉSIMO TERCERO.- Con fecha 2 de mayo de 2025 se formula propuesta de resolución estimatoria, en parte, de la reclamación por concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial. En consecuencia, se propone resarcir a la interesada con la cantidad ya mencionada de 204.224,89 €, que deberá ser actualizada a la fecha en que se ponga fin al procedimiento.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en

solicitud de Dictamen mediante un escrito recibido en este Consejo Jurídico el 5 de mayo de 2025, y un disco compacto (CD) presentado cuatro días más tarde.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

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

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

I. La reclamación se ha presentado por una persona interesada, que es quien sufre los daños personales físicos por los que solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización.

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

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPAC establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

Se ha señalado que se imputa a la Administración sanitaria que se hubiera incurrido en un mal funcionamiento del servicio los días 13 o 20 de junio de 2023. Ello motivó que se tuviera que operar y reintervenir a la interesada en el mes de julio siguiente, hasta que se le concedió el alta hospitalaria el 25 de agosto de dicho año 2023.

En ese último momento se puede fijar, pues, el *dies a quo* del plazo para formular la reclamación, al margen de que la reclamante se encuentre pendiente de que se le practique un trasplante renal, por aplicación del principio de la *actio nata* al que se ha referido este Consejo Jurídico en numerosas ocasiones.

Por tanto, está claro que la acción de resarcimiento se interpuso el 17 de noviembre del citado año 2023 dentro del plazo de un año establecido al efecto y, por ello, de manera temporánea.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado con exceso el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LPAC.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, según el cual *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce *“el derecho a la protección de la salud”*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), y desarrollados por abundante jurisprudencia:

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

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

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc*, o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica, y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes núms. 49/2001 y 97/2003 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya

que no le es posible, ni a la ciencia, ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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

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

CUARTA.- Acerca de la necesidad de que se complete la instrucción del procedimiento.

La interesada solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización, que ha cuantificado a tanto alzado en 800.000 €, como consecuencia de los retrasos diagnóstico y terapéutico en los que entiende que se incurrió en el HGUSL, en junio de 2023. Sostiene que no se le realizó en ese momento la ecografía abdominal de urgencia que se había indicado y que hubiera podido servir para diagnosticarle la hidatidosis hepática que padecía.

Sin embargo, causa extrañeza que no se haya traído al procedimiento el informe del radiólogo que denegó la realización de dicha prueba de imagen, dado que es el facultativo del Servicio al que se le imputa la producción del daño y porque quizá podría haber ofrecido alguna razón o explicación que pudiera justificar la decisión que adoptó.

Por esas razones, resulta evidente que ese informe pudiera resultar trascendente para resolver el presente procedimiento con el debido fundamento fáctico.

En consecuencia, procede completar la instrucción con la aportación del informe referido y dar traslado posterior de dicha declaración a la Inspección Médica, para que exprese sus consideraciones sobre lo que ella se explique.

Realizada tales actuaciones, y tras el preceptivo trámite de audiencia a la interesada, habrá de emitirse una nueva propuesta de resolución y recabar un nuevo dictamen consultivo.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina desfavorablemente la propuesta de resolución estimatoria de la reclamación, por considerar que es necesario completar la instrucción del procedimiento con la realización de la actuación instructora complementaria que se detalla en la Consideración cuarta de este Dictamen, con carácter previo a la emisión de un nuevo parecer acerca del asunto.

No obstante, V.E. resolverá

