



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 1 1 6 / 2 0 1 6

(Sección 2ª)

La Laguna, a 20 de abril de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por A.R.M., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 83/2016 IDS)\**.

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual tramitado por el Servicio Canario de la Salud, iniciado por A.R.M. en solicitud de una indemnización de 10.863,48 euros por los daños que, alega, le ha causado la deficiente asistencia médica reciba en el Centro de Salud de San José, de Las Palmas de Gran Canaria.

2. La cuantía de la indemnización solicitada determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

---

\* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud; si bien, mediante Resolución de 22 de abril de 2004 (BOC nº 98, de 21 de mayo) se delega en los Directores Gerentes de Hospitales del Servicio Canario de la Salud de las Áreas de Salud de Tenerife y Gran Canaria y Gerentes de los Servicios Sanitarios de las Áreas de Salud de La Palma y Lanzarote la competencia para la tramitación de los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de su respectivo ámbito de actuación.

La resolución final es competencia del Director del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC).

5. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado. Sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, con los efectos administrativos y aun económicos procedentes, en virtud de los arts. 42.1 y 7, 43.1 y 4.b) y 141.3 LRJAP-PAC.

6. El interesado presentó un escrito ante la anterior Consejera de Sanidad quejándose de cómo lo habían tratado el 14 de mayo de 2013 un médico y una enfermera del Centro de Salud de San José, solicitando que se les incoara un procedimiento sancionador y que se le dieran explicaciones por la asistencia recibida. La Administración recalificó ese escrito como una reclamación de responsabilidad patrimonial y le solicitó al interesado que la subsanara en el sentido de que indicara el daño por el que reclamaba, el nexo causal con la asistencia prestada, la proposición de prueba y la cuantía de la indemnización que solicitaba. El interesado aceptó esa recalificación de la Administración y transformó su queja en un escrito de reclamación de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud por la asistencia recibida en el Centro de Salud de San José y, por ende, procedió a la concreción de los mencionados extremos solicitada por la

Administración. Convertido así el procedimiento en uno de reclamación de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, se ha tramitado conforme a las prescripciones que lo regulan, a excepción del informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa la causación de la lesión, que en este caso lo constituiría el informe del facultativo del Servicio de Urgencias del Centro de Salud que lo atendió. Pero, como sobre los hechos que fundamentan la reclamación ha declarado ese facultativo como testigo en la fase probatoria, la omisión de solicitar su informe no constituye una irregularidad que impida una resolución sobre el fondo, porque la finalidad de ese informe es conocer la versión del Servicio sobre los hechos que fundamentan la reclamación, la cual se ha obtenido mediante la mencionada declaración testifical. Por lo demás, se ha abierto el trámite probatorio en el cual se ha admitido y practicado las pruebas propuestas y declaradas pertinentes, se ha dado vista del expediente y audiencia al interesado para que presente alegaciones finales antes de redactar la Propuesta de Resolución, sobre la cual el Servicio Jurídico ha emitido su preceptivo informe estimándola conforme a Derecho. En definitiva, no se ha incurrido en defectos procedimentales que impidan un dictamen de fondo.

## II

1. Los hechos en que se funda la reclamación son los siguientes:

El 13 de mayo de 2013, fue intervenido quirúrgicamente en el Hospital Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria por un conglomerado adenopático submandibular. Recibió el alta hospitalaria a las 11 horas del día siguiente de la operación, el 14 de mayo de 2013. Ese mismo día, a las 17:25 horas, empezó a sangrar abundantemente por la zona intervenida de la boca, que le dificultaba el habla y la respiración, por lo cual acudió al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de San José, al cual estaba adscrito, a las 17:30 horas. De allí fue remitido en ambulancia al citado Hospital Universitario donde ingresó a las 18:55 horas y donde se le operó de urgencia a las 19:45 horas para drenaje del hematoma y hemostasia. El importantísimo volumen del hematoma impidió que lo intubaran, por lo cual le realizaron una traqueotomía de urgencia.

El interesado alega que el hecho de que no se le practicara un drenaje en el centro de salud y que se tardara más de una hora en trasladarlo al Hospital causó el gran aumento del volumen del hematoma y consiguiente impedimento para la intubación, lo cual obligó a la práctica de la traqueotomía. Si se le hubiera atendido

adecuadamente en el centro de salud y trasladado a tiempo al Hospital, entonces no habría sido necesaria la traqueotomía.

2. Esta traqueotomía y el daño moral que conllevó es la lesión cuyo resarcimiento pretende. La actuación profesional a la que se le imputa su causación consiste en la omisión de la asistencia sanitaria adecuada por el facultativo del centro de salud y la demora en remitirlo al Hospital. El interesado no alega daños que le haya causado la intervención de cirugía maxilo-facial practicada el 13 de mayo de 2013; ni la operación de urgencia del 14 de mayo de 2013, durante la cual se le realizó la traqueotomía, para drenaje del hematoma y hemostasia. En otras palabras, no reclama porque la asistencia sanitaria que se le dispensó en el Hospital Universitario le haya irrogado daños, sino pura y exclusivamente por la que se le prestó en el centro de salud. Por esta razón, no procede que la Propuesta de Resolución entre a analizar si en la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario, de conformidad con lo regulado en el art. 89.2 LRJAP-PAC, según el cual «(e)n los procedimientos tramitados a petición del interesado, la resolución será congruente con las peticiones formuladas por este, sin que en ningún caso pueda agravar su situación inicial y sin perjuicio de la potestad de la Administración de incoar de oficio un nuevo procedimiento».

### III

1. Con base en la documentación médica obrante en el expediente, el informe, de 7 de julio de 2014, del facultativo especialista del Servicio de Inspección y Prestaciones sienta los siguientes hechos:

El día 14 de mayo de 2013, el paciente fue operado en el Hospital Universitario para extracción de un conglomerado adenopático submandibular en la región submentoniana del cuello y suelo de boca y subsiguiente estudio anatomopatológico. Cursó sin incidencias el alta hospitalaria con tratamiento y recomendaciones a las 11:00 horas.

Ese mismo día acudió al Servicio de Urgencias del centro de salud de San José en Las Palmas de Gran Canaria, porque la herida quirúrgica sangraba. A las 17:41 horas la facultativa de Urgencias exploró al paciente y constató un sangrado importante por herida quirúrgica submentoniana, frialdad y palidez del paciente, pero consciente y orientado, con pulso normal, saturación de oxígeno normal y tensión arterial sin cifras de hipertensión.

La saturación de oxígeno era normal porque ascendía al 97%, y sólo por debajo del 90 % se considera anormal.

El pulso (frecuencia cardiaca) era normal porque alcanzaba las 94 pulsaciones por minuto, siendo la normalidad entre 60 y 100.

La tensión arterial era de 120/80, mientras que la anormalidad hipertensiva se sitúa a partir de 120/90.

Estas tres constantes demuestran que el paciente no sufría un shock hipovolémico cuyos doce síntomas son los siguientes: confusión o disminución de la lucidez mental, debilidad, fatiga, piel fría y húmeda, hipotermia, vértigo o mareo, presión arterial baja, palidez, pulso acelerado, aumento de la frecuencia cardiaca, sed y dificultad para respirar.

2. Al folio 88 del expediente obra el informe, de 13 de noviembre de 2013, del Jefe del Servicio de Estomatología, Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario, que expresa que el paciente presentó hematoma sobrevenido compresivo que requirió traqueotomía urgente para garantizar la vía aérea. Explica también que el desarrollo de un hematoma postoperatorio, si bien infrecuente, es una complicación posible y que puede deberse a múltiples causas, como aumento de la tensión arterial, pérdida o aflojamiento de las suturas utilizadas para la hemostasis, y que en ningún caso puede considerarse secundario a una práctica quirúrgica incorrecta, máxime cuando, como en el caso del reclamante, se produjo con una demora menor de 24 horas.

3. El facultativo especialista del Servicio de Inspección y Prestaciones explica en su informe que un hematoma sobrevenido compresivo como el que sufría el paciente es un riesgo iatrogénico típico de la operación que se le había practicado y de cuya probabilidad de concreción, con la consiguiente necesidad de posteriores cirugías para corregir sus secuelas, se había advertido al paciente en el documento de consentimiento informado que suscribió con anterioridad a la intervención. En este documento se indica también la posibilidad de que surja la necesidad de practicar una traqueotomía en los procedimientos quirúrgicos de boca, cara y cuello.

El informe continúa explicando que, cuando se presenta la sangre, sale por la boca proveniente de desgarros mucosos de la herida suturada postquirúrgica. Si esa lesión no es tratada antes de 12 horas, la mortalidad puede oscilar entre el 11% y el 17% de los casos.

La actuación médica adecuada estriba en lo siguiente: se debe cambiar el vendaje de la herida, limpiar el sangrado suavemente para identificar su origen, presionar continua y directamente con una gasa limpia hasta que se detenga el sangrado. Como la hemorragia proviene del interior de la boca, se debe mantener al paciente sentado con la cabeza inclinada hacia delante para impedir que aspire o trague sangre hasta que disminuya o desaparezca la hemorragia para que así la vía respiratoria esté siempre expedita. Cuanto menos se manipule la herida, mayor será la probabilidad de que pueda controlarse la hemorragia.

En el supuesto de que a la hemorragia la acompañen vómitos o diarreas, -lo cual no sucedió en el presente caso- se debe administrar un volumen de solución salina, aunque como regla general con deshidratación severa recibirán 100 ml/kg (unos 7 litros para un adulto) rápidamente en 4-6 horas o en 2-4 horas si hay shock hipovolémico.

La actuación definitiva debe incluir el traslado del paciente a un hospital, antes de que entre en shock hemorrágico e hipoxemia, para la exploración quirúrgica de la herida, mediante cervicotomía amplia con el fin de identificar las lesiones. Los pacientes con las constantes inestables deben pasar al quirófano para realizarles una exploración quirúrgica de la herida cervical. Si el paciente presenta un hematoma postquirúrgico compresivo, entonces se debe practicar urgentemente una traqueotomía temporal -que consiste en apertura de la tráquea para colocar una cánula- con el objetivo de mantener y liberar la vía aérea de forma provisional y así evitar la muerte por asfixia.

La documentación médica obrante en el expediente le permite al facultativo especialista del Servicio de Inspección y Prestaciones constatar en su informe que al paciente en el centro de salud:

- a) Le fue cambiado el vendaje de la herida sangrante.
- b) Se le comprimió con dos depresores la lengua al tiempo que el paciente lograba deprimirla y de este modo respirar por vía oral (aunque evidentemente el paciente respiraba por la nariz).
- c) Se le indicó que permaneciera sentado con la cabeza inclinada hacia delante para impedir que aspirara o tragara sangre.
- d) Aunque no era necesario, porque la saturación de oxígeno era normal, se le administró oxígeno.

e) La doctora que atendió al paciente decidió su traslado con ambulancia al Hospital Universitario para su valoración por el Servicio de Cirugía.

Estas actuaciones se ajustaron perfectamente a lo que la ciencia médica prescribe ante la aparición de una hemorragia postquirúrgica submentoniana. Por consiguiente, la actuación de la médica de Urgencias del centro de salud se adecuó a la *lex artis ad hoc*.

4. El informe clínico del Servicio de Urgencias del centro de salud de San José, aportado por el reclamante, obrante al folio 28 del expediente, suscrito por esa doctora y que recoge la decisión de trasladarlo con ambulancia al Hospital Universitario está fechado el día 14 de mayo de 2013 a las 17,41 horas. Es decir, en once minutos el paciente había sido examinado, se le había prestado la atención de urgencia y se había decidido su traslado al Hospital.

En su declaración testifical la doctora describe que cuando los pacientes llegan al Servicio de Urgencias del centro de salud los enfermeros les toman las constantes vitales y a continuación son examinados por el médico, al cual corresponde decidir la actuación terapéutica. Que en el caso de este paciente se procedió así, y que decidió su traslado al Hospital, cuya ejecución no depende del médico sino del Servicio del 112, que envía las ambulancias según la disponibilidad que tenga; pero que esta circunstancia no representa un problema porque los pacientes continúan siendo atendidos en el centro de salud y que el sangrado no comprometía la vida del paciente. Que la patología que presentaba el paciente era una de las complicaciones de la intervención que le había sido practicada.

Las declaraciones testificales del enfermero y del celador del centro de salud son contestes en que el paciente estuvo atendido en todo momento durante su permanencia en dicho centro.

5. El informe del facultativo especialista del Servicio de Inspección y Prestaciones constata que entre la atención dispensada en el centro de salud y el traslado al hospital en ambulancia transcurrió una hora y catorce minutos. Ese lapso de tiempo es muy inferior al de las doce horas dentro del cual debía ser tratado el paciente para evitar que su estado deviniera peligroso.

Por otro lado, tanto el informe del Jefe del Servicio de Estomatología, Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario, como el informe del facultativo especialista del Servicio de Inspección y Prestaciones, como la declaración de la

doctora que atendió al reclamante, coinciden en que el hematoma compresivo fue consecuencia de la hemorragia submentoniana, la cual es un daño iatrogénico debido a la intervención quirúrgica del 14 de mayo de 2013. No fue, por consiguiente, un daño causado porque se haya tardado una hora y catorce minutos entre la aparición de la hemorragia y la intervención quirúrgica para practicar la hemostasia. Esta conclusión es corroborada por el hecho de que el documento de consentimiento informado, que el paciente suscribió con anterioridad a la intervención, advertía de la posibilidad de aparición de hemorragias postquirúrgicas y de la consiguiente necesidad de posteriores cirugías para corregir sus secuelas. En este documento se indica también la posibilidad de que surja la necesidad de practicar una traqueotomía en los procedimientos quirúrgicos de boca, cara y cuello.

## IV

1. Cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo ha declarado reiteradamente (SSTS de 25 de abril, 3 y 13 de julio, de 30 de octubre de 2007, de 9 de diciembre de 2008 y de 29 de junio de 2010) «que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de 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».

Es igualmente constante la jurisprudencia [(por todas, véanse las SSTS de 3 de octubre de 2000 (RJ 2000\7799) y de 16 de mayo de 2005 (RJ 2005\5221)] que la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar. No se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible.

La adopción de los medios al alcance del servicio, en cuanto supone la acomodación de la prestación sanitaria al estado del saber en cada momento y su aplicación al caso concreto atendiendo a las circunstancias del mismo, trasladan el



deber de soportar el riesgo al afectado y determinan que el resultado dañoso que pueda producirse no sea antijurídico.

Así, la STS de 14 de octubre de 2002 (RJ 2003, 359), con cita de la de 22 de diciembre de 2001, señala que «cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si esta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto». Son los denominados *riesgos del progreso* como causa de justificación del daño, el cual ya la jurisprudencia anterior venía considerando como no antijurídico cuando se había hecho un correcto empleo de la *lex artis*, entendiendo por tal el estado de los conocimientos científicos o técnicos en el nivel más avanzado de las investigaciones, que comprende todos los datos presentes en el circuito informativo de la comunidad científica o técnica en su conjunto, teniendo en cuenta las posibilidades concretas de circulación de la información.

La STS de 10 de julio de 2012 (RJ 2012, 8478) reproduce dicha doctrina señalando 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 todos las dolencias, ha de recordarse, como hace esta Sala en sentencias de 20 de junio de 2007 y 11 de julio del mismo año, el criterio que sostiene este Tribunal de que la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, mas 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; pero de ello en modo alguno puede deducirse la existencia de una responsabilidad de toda actuación médica, siempre que esta se haya acomodado a la *lex artis*, y de la que resultaría la obligación de la Administración de obtener un resultado curativo, ya que la responsabilidad de la Administración en el servicio sanitario no se deriva tanto del resultado como de la prestación de los medios razonablemente exigibles».

La STS de 25 de febrero de 2009 precisa que: «(...) si ello conduce a que solamente cabe considerar antijurídica en la existencia sanitaria la lesión en que se haya producido una auténtica infracción de *lex artis*, ha de considerarse asimismo que la disposición de medios, que, por su propia naturaleza, resulta limitada, no es exigible con un carácter ilimitado a la Administración que, lógicamente y por la propia naturaleza de las cosas, tiene un presupuesto determinado y, en definitiva, solamente podrá exigirse responsabilidad cuando se hubiere acreditado, bien que ha incumplido la ley, no manteniendo en el centro sanitario un servicio exigido por esta, o bien cuando se acredite por parte de la actora que existe una arbitraria disposición de los elementos con que cuenta el servicio sanitario en la prestación del servicio. Porque aceptar otra cosa supondría que cada centro hospitalario habría de estar dotado de todos los servicios asistenciales que pudieran exigirse al mejor abastecido de los mismos en toda la red hospitalaria, lo que resulta contrario a la razón y, en definitiva, a la limitación de medios disponibles propia de cualquier actividad humana; otra cosa sería si no existiese un centro de referencia dentro de un área que permita la asistencia en un tiempo razonable»; o que «(...) ante la idoneidad y corrección de las técnicas médicas recibidas, el presente daño no es calificable de lesión antijurídica, sino como lamentable realización de un riesgo conocido e inherente a la propia dolencia previa que la demandante tiene obligación de soportar» (STS de 24 de mayo de 2011).

En su Sentencia de 11 abril 2014 (RJ 2014\2612) la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo resume su doctrina sobre la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos de salud en los siguientes términos:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se la producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.

Dicho de otro modo, como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que “este Tribunal Supremo

tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria" (STS de 23 de septiembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 89/2008)».

En el mismo sentido la anterior Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 2011 (RJ 2011\3643) dice:

«(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración».

En resumen, conforme a la jurisprudencia la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*, puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados. Ello es así porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón, no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

2. La *lex artis ad hoc* se define de la siguiente manera:

«Las Sentencias de 7 de febrero de 1990 (RJ 1990, 668) y 29 de junio de 1990 (RJ 1990, 4945), expresaron: "que la actuación de los médicos debe regirse por la

denominada *lex artis ad hoc*, es decir, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que las mismas se desarrollen y tengan lugar, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional", y ampliando dicha síntesis conceptual, cabe afirmar: que se entiende por *lex artis ad hoc*, como aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médica, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos (estado o intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria), para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado; siendo sus notas: 1) como tal "lex" implica una regla de medición, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto a ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la "lex" es un profesional de la medicina; 4) el objeto sobre el que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); y 5): concreción de cada acto médico o presupuesto "ad hoc": tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha *lex artis*; así como en toda profesión rige una "lex artis" que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa "lex", aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán, en un sentido o en otro, los factores antes vistos [Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1991 (RJ 1991, 2209)]». STS de 26 marzo de 2004, RJ 2004\1668.

3. En el apartado tercero del Fundamento precedente se constató que las actuaciones médicas de la facultativa del servicio de Urgencias del centro de salud se ajustaron perfectamente a lo que la ciencia médica prescribe ante la aparición de una hemorragia postquirúrgica submentoniana. Puesto que la conducta profesional de la médica de Urgencias del centro de salud se adecuó a la *lex artis ad hoc*, la

formación del hematoma comprensivo que obligó a la práctica de la traqueotomía, que es la lesión por la que se reclama, no fue causada por dicha asistencia médica.

Además, como se recoge en el citado Fundamento, está acreditado que el hematoma comprensivo fue originado por la hemorragia postquirúrgica submentoniana, riesgo iatrogénico típico de la operación maxilo-facial que se le habían practicado con anterioridad a la asistencia prestada por la facultativa del Servicio de Urgencias del centro de salud, por lo que es patente que no ha sido causado por esta última asistencia. Igualmente, está acreditado que la práctica de la traqueotomía temporal, riesgo iatrogénico típico de esa operación, fue determinada por la formación del hematoma comprensivo con el objetivo de mantener y liberar la vía aérea de forma provisional y así evitar la muerte por asfixia del paciente, lo cual corrobora que la necesidad de esa traqueotomía temporal no fue impuesta porque haya incurrido en negligencia profesional la facultativa del Servicio de Urgencias del centro de salud.

De lo anterior se sigue necesariamente que la pretensión resarcitoria debe ser desestimada, porque el art. 139 LRJAP-PAC exige para el surgimiento de la responsabilidad patrimonial extracontractual de la Administración por el funcionamiento de los servicios públicos que exista una relación de causalidad entre una actividad u omisión en ese funcionamiento y el daño que se alega.

## CONCLUSIONES

1. No existe nexo causal entre el daño por el que se alega y la asistencia sanitaria prestada al reclamante, A.R.M., el 14 de mayo de 2013, por el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de San José, por lo que procede la desestimación de la pretensión resarcitoria.

2. La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho.