



ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 2 de marzo de 2007, x presentó escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida contra el Servicio Murciano de Salud (SMS), fundado en los siguientes hechos: como antecedente, expone que en el año 1998 se le diagnosticó una esclerosis múltiple secundaria progresiva de la que está en tratamiento; en octubre de 2002 presentaba debilidad en extremidades inferiores con paraparesia crural 3/5 e hipoestesia, y era capaz de andar 100 metros con ayuda unilateral y, en agosto de 2005, caminaba con andador.

En agosto de 2005 sufrió una caída, por lo que el 2 de septiembre siguiente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital "Virgen de la Arrixaca", de Murcia, por dolor e impotencia funcional a nivel de la cadera izquierda, siendo diagnosticada de fractura subcapital impactada de fémur izquierdo y osteoporosis avanzada, prescribiéndosele tratamiento conservador.

Al persistir el dolor y la impotencia funcional de la cadera izquierda, el día 23 de septiembre de 2005 volvió al Servicio de Urgencias de dicho centro hospitalario, desde donde se decidió su traslado al Hospital "Mesa del Castillo", de Murcia, para ser intervenida de prótesis total de cadera izquierda el día 26 de dicho mes y año. El día 24 se le colocó una sonda vesical (que se le pinzó en la mañana del día 28, volviéndosela a poner esa noche) hasta el 3 de octubre de 2005. A partir del día 30 de septiembre anterior comenzó a presentar febrícula, por lo que el 4 de octubre se solicitó analítica y cultivo de orina, se prescribió tratamiento antibiótico y se le dio el alta médica. A los dos días del alta médica, presentó un síndrome confusional, siendo trasladada al Servicio de Urgencias del Hospital "José María Morales Meseguer", de Murcia. En las horas siguientes su deterioro fue sucesivo, con alteración de la función renal, coma e insuficiencia respiratoria severa, siendo trasladada a la UCI, donde prosiguió con el deterioro generalizado, entrando en shock profundo con bradicardia extrema, que no remontó hasta pasados unos minutos.

Durante su estancia en la UCI de ese Hospital se recibió la información de que en el urocultivo del día 4 de octubre practicado en el Hospital "Mesa del Castillo" se había detectado la *"Klebsiella Pneumoniae"* multirresistente, sensible únicamente a imipenem y amino-glucósidos, por lo que se inició tratamiento antibiótico.

El día 14 de noviembre de 2005 fue dada de alta en la UCI, con el siguiente diagnóstico principal: *"Infección nosocomial del tracto urinario por Klebsiella Pneumoniae multirresistente. Sepsis de origen urinario con fracaso multiorgánico con fracaso renal, neurológico, hemodinámico y respiratorio. Coma secundario a posible encefalopatía séptica. Síndrome de distress respiratorio del adulto. Polineuropatía sensitiva motora mixta moderada (polineuropatía del enfermo crítico)."* Permaneció ingresada en el Servicio de Medicina Interna de dicho Hospital hasta el 24 de noviembre de 2005, en que se le dio el alta hospitalaria.

También señala que el 28 de noviembre siguiente volvió a ingresar en dicho hospital por disfagia, diagnosticándose como un brote de esclerosis múltiple con afectación bulbar, siendo tratada con corticoides y dada de alta el 15 de diciembre de 2005.

En su opinión, y según se expresa en el informe pericial que aporta, existe relación de causalidad entre la colocación de la sonda vesical en el hospital "Mesa del Castillo" y la

infección nosocomial de tracto urinario por "Klebsiella Pneumoniae" multirresistente que allí contrajo, que le produjo una sepsis de origen urinario con fracaso multiorgánico y fracaso renal, neurológico, hemodinámico y respiratorio, coma secundario a posible encefalopatía séptica y síndrome de distress respiratorio del adulto, quedándole las secuelas expresadas en dicho informe.

Por ello, solicita una indemnización de 761.075,38 €, que puede resumirse así:

"Para cuantificar la indemnización que pretendo hemos de acudir al informe médico del doctor x, en el que se dice que como consecuencia de la infección nosocomial sufrida he tardado 55 días en alcanzar la estabilización lesional, todos ellos de estancia hospitalaria, por lo que corresponde 3.318,7 €.

En cuanto a las secuelas presento las siguientes, valoradas conforme al RDL 8/2004:

1.- Neuropatía focal de nervio ciático poplíteo externo derecho en cabeza de peroné: Paresia del nervio ciático poplíteo externo (de 7 a 12 puntos): 7 puntos.

2.- Polineuropatía periférica de predominio axonal y Miopatía/ Miositis generalizada que afecta tanto a miembros superiores como Inferiores: Polineuromiopatía del enfermo crítico, caracterizada clínicamente por debilidad muscular generalizada de predominio distal, arreflexia aquilea, atrofia muscular generalizada y alteraciones sensitivas: lo podemos asimilar para aproximar la secuela a la Tabla VI a una paraparesia leve de los miembros inferiores dado el estado anterior que presentaba (de 30 a 40 puntos): 30 puntos.

Lo que resulta una suma ponderada de secuelas de 68 puntos, que equivalen a 128.273,16 €. Asimismo ha de tenerse en cuenta que he pasado de realizar mis acciones cotidianas de aseo, vestido, comida, etc. y caminar con andador, a una situación basal actual de precisar ayuda de tercera persona para cualquier actividad de la vida ordinaria, lo que se traduce en 200.000 €.

Por otra parte hemos de añadir lo que la unidad familiar a la que pertenezco ha dejado de ingresar como consecuencia de la pérdida del puesto de trabajo de mi marido x, el cual se vio obligado a acogerse a un expediente de regulación de empleo de su empresa ante el mal estado de salud en que quedé en la dependencia absoluta de otra persona que preciso. Este concepto asciende a la cantidad de 309.483,52 €, según el siguiente detalle: (...)

Y por último hay que incluir el daño moral que se nos ha irrogado tanto a mí como a mi marido, en atención a la sustancial alteración de la vida y la convivencia derivada de los cuidados y atención continuada que preciso, todo ello ocasionado por la mala asistencia sanitaria prestada, la cual me colocó en una situación de grave riesgo para la vida" (...). Por este concepto reclama 120.000 €.

Con el escrito de reclamación, adjunta los siguientes documentos:

- Informe pericial médico-legal emitido por el Doctor x, Especialista en Medicina Legal y Forense, de 22 de noviembre de 2006.
- Escrito presentado por la interesada ante el SMS el 27 de septiembre de 2006, para interrumpir la prescripción de su acción resarcitoria.
- Resolución de 16 de enero de 2006 del ISSORM, de reconocimiento de grado de minusvalía a la reclamante.
- Fotocopia de su Libro de Familia.
- Certificaciones de la empresa --, S.A., de fechas 25 de enero y 1 de febrero de 2006 en las que se hace constar el importe de las retribuciones percibidas en dicha empresa durante 2005 por el marido de la reclamante, su posterior baja por haberse acogido a un expediente de regulación de empleo y la cantidad que percibirá de la empresa durante la fase de desempleo.
- Certificado de 27 de enero de 2006 del Servicio Público de Empleo Estatal, sobre la prestación por desempleo percibida por el marido de la reclamante.

SEGUNDO.- Por el Director Gerente del SMS se dictó resolución de admisión a trámite de la

reclamación de responsabilidad patrimonial, lo que fue notificado a las partes interesadas. Asimismo, mediante oficios de 21 de marzo de 2007 la instrucción solicitó copia de la correspondiente historia clínica de la reclamante, e informe de los profesionales que la asistieron, a los hospitales referidos en la reclamación.

TERCERO.- Mediante oficios de 2 de mayo, 7 y 18 de junio de 2007, los hospitales "*Mesa del Castillo*", "*Morales Meseguer*" y "*Virgen de la Arrixaca*", respectivamente, remiten la documentación solicitada.

CUARTO.- A la vista de la documentación remitida, mediante oficios de 13 y 14 de septiembre de 2007 la instrucción solicitó a los hospitales "*Mesa del Castillo*" y "*Virgen de la Arrixaca*" que emitieran informes sobre si la asistencia que se dispensó a la paciente en el primero de los hospitales, desde el 23 de septiembre hasta el 4 de octubre de 2005, en que fue dada de alta, fue por cuenta del SMS o si acudió a aquél de forma privada.

El Director Médico del Hospital "*Mesa del Castillo*" informó el 5 de octubre de 2007 que la paciente ingresó en el mismo el día 23 de septiembre, a las 18 horas, procedente del Hospital Universitario "*Virgen de la Arrixaca*", de Murcia, con el diagnóstico de fractura de cadera izquierda, siendo dicho ingreso "*cubierto por la póliza que la paciente tenía suscrita con la Compañía x*" (folio 597 del expediente remitido). En el mismo sentido informó el hospital "*Virgen de la Arrixaca*", mediante escrito de su Director Gerente de fecha 31 de octubre de 2007 (f. 598 exp.).

QUINTO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes, la aseguradora del SMS presentó escrito de fecha 10 de diciembre de 2007 en el que manifiesta que, habiéndose realizado la intervención quirúrgica de referencia en un hospital que no se encuentra incluido en la póliza que la compañía tiene suscrita con el SMS, carece de responsabilidad en el asunto.

Mediante escrito presentado el 21 de diciembre de 2007, la reclamante presentó alegaciones, en las que, en síntesis, afirma que "*la relación médico-paciente se estableció desde un principio con el servicio público de salud*", porque acudió a un hospital del SMS, el "*Virgen de la Arrixaca*", como demandante de asistencia sanitaria pública, por cuenta de la Seguridad Social en la que está afiliada, y porque su posterior ingreso en el hospital "*Mesa del Castillo*" fue procedente del primero, en el que ya se había hecho pruebas preoperatorias, por lo que estima que el ingreso no se produjo de forma privada, sino acatando una orden de traslado para tratamiento quirúrgico dada por el hospital del SMS.

Además, afirma que no puede admitirse que acudiera al hospital "*Mesa del Castillo*" como asegurada de x, porque en el documento en el que se recoge la autorización de tratamiento por cuenta de dicha compañía, obrante en el folio 63 del expediente, no aparece su firma. Entiende que no debe peregrinar en busca del sujeto responsable y que el SMS debe indemnizarle, sin perjuicio de que éste pudiera luego dirigirse contra quien finalmente fuese responsable de la defectuosa actuación sanitaria.

SEXTO.- El 17 de enero de 2008 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por considerar, en síntesis, que la actuación sanitaria a la que se imputan los daños por los que se reclama no se realizó por cuenta del SMS, sino por cuenta del seguro sanitario que la paciente tenía concertado con la compañía x, según los informes emitidos por los correspondientes hospitales.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración

regional, concurriendo así el supuesto previsto en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Plazo y procedimiento.

La propuesta de resolución objeto de Dictamen considera que la reclamación de referencia se presentó dentro del plazo previsto en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC). A la vista del expediente remitido, ha de aceptarse tal apreciación, si bien no por las razones expresadas en dicha propuesta.

En este sentido, la propuesta considera como "*dies a quo*" para el cómputo de la acción resarcitoria la fecha del informe médico privado presentado con la reclamación (informe que fue emitido el 22 de noviembre de 2006, según se consigna al final del mismo, y no el 9 de mayo de ese año, como erróneamente señala la propuesta), y ello por entender que con la emisión de dicho informe se determinó el alcance de las secuelas por las que se reclama, que es el momento al que se refiere el artículo 142.5 LPAC para los supuestos de daños personales como los alegados.

Sin embargo, y como pone de manifiesto la jurisprudencia -por todas, la STS, Sala 3º, de 21 de mayo de 2007-, la fecha de un informe de valoración del daño como el presentado por la reclamante no puede ser aceptado a estos efectos, pues tal fecha no tiene por qué coincidir con el momento en que es posible determinar el alcance de las secuelas; en otro caso, se estaría dejando en manos del interesado la fijación del plazo prescriptivo, en cuanto que dependería de su decisión de encargar esta clase de informes. Como señala dicha sentencia, con cita de otra de la misma Sala, de fecha 28 de febrero de 2007, "*el día a quo para el ejercicio de la acción de responsabilidad por disposición legal ha de ser aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto o aquel en que se objetivan las lesiones con el alcance definitivo de secuelas y, una vez establecido dicho alcance definitivo de la enfermedad y sus secuelas, los tratamientos posteriores encaminados a obtener una mejor calidad de vida o a evitar ulteriores complicaciones en la salud del paciente o la progresión de la enfermedad, no enervan la situación objetiva en que la lesión, enfermedad o secuela consisten*".

Aplicado lo anterior al caso que nos ocupa, el informe citado expresa que el 5 de octubre de 2006 se practicó una electromiografía (EMG) a la interesada en la que se detectaron secuelas distintas de las expresadas en el informe de alta de 24 de noviembre de 2005 (reseñado en el Antecedente Primero), secuelas que se imputan igualmente a la actuación sanitaria denunciada. De ser ello cierto, y conforme con lo establecido en el citado artículo 142.5 LPAC, el "*dies a quo*" para el cómputo del plazo prescriptivo no sería la fecha del referido informe de alta o la del informe presentado por la reclamante, sino la de dicha EMG. A la vista de lo afirmado en el informe presentado por la reclamante, y teniendo en cuenta que la documentación acreditativa de la referida prueba médica no obra en las historias clínicas remitidas ni la interesada la aporta con su escrito inicial, la instrucción debió requerirle para que así lo hiciera (junto con el resto de documentación reseñada en el citado informe que no obra en el expediente), a fin de que posteriormente la Inspección Médica informara, entre otros aspectos, sobre dos cuestiones relevantes para decidir acerca de la temporaneidad de la reclamación: a) a la vista de las patologías de la paciente y de su seguimiento asistencial posterior al alta médica, sobre la justificación de que la aludida EMG se hubiese realizado cuando se hizo y no en un momento anterior -para descartar una eventual arbitrariedad en la elección de su fecha, decisiva, como se dice, para determinar el "*dies a quo*" del plazo de la acción; y b) sobre el hecho de tratarse efectivamente de secuelas distintas de las establecidas en el informe de alta (al margen de lo que pudiera informarse sobre la imputabilidad de las

mismas a la actuación sanitaria denunciada).

No obstante lo anterior, en este momento y tanto por razones de economía procedural como por las que se expresarán en la siguiente Consideración, no resulta imprescindible la práctica de dichas actuaciones para resolver el presente procedimiento, si bien ello conduce a tener que aceptar, a los efectos de que ahora se trata, que en la indicada fecha del 6 de octubre de 2006 se objetivaron secuelas, antes no determinadas, que constituyen un daño que se imputa al funcionamiento de los servicios públicos regionales. Por ello, en principio, ésta es la fecha a tener en cuenta a los efectos previstos en el artículo 142.5 LPAC, de modo que, al presentarse la reclamación el 2 de marzo de 2007, ha de considerarse temporánea, lo que así debería expresarse en la propuesta dictaminada.

TERCERA.- Legitimación.

I. La legitimación activa corresponde a la reclamante en lo que atañe a los daños sufridos en su persona o en el patrimonio familiar, pero no respecto de los eventuales daños morales que hubiera podido sufrir su marido, también reclamados por aquélla, y que sólo podrían serlo por éste, dado su carácter personalísimo.

II. En lo que se refiere a la legitimación pasiva, ha de coincidirse con la propuesta de resolución en que la actuación sanitaria a la que se imputan los daños por los que se reclama no fue realizada por la Administración regional o por un sujeto privado por cuenta de aquélla, sino por un centro hospitalario privado por cuenta de la compañía sanitaria privada de la paciente, por decisión de ésta.

En este sentido, y en contra de lo afirmado por la reclamante, su traslado del hospital "Virgen de La Arrixaca" al "Mesa del Castillo" no fue a virtud de una "orden" del primero que el segundo tuviese que acatar. En el informe de alta del Servicio de Urgencias de fecha 23 de septiembre de 2005 hay una escueta referencia a "*traslado a H. Mesa del Castillo para tto. qx. (aporta Rx. y preoperatorio)*", sin especificar, pues, el motivo del mismo, que debe ser encontrado en otros documentos obrantes en el expediente, singularmente en la denominada "*Autorización de ingreso*" emitida por la compañía x con la referencia 01895710 0 P (f. 63 exp.), dirigida al hospital "Mesa del Castillo" (que recibe y sella dicho documento), en la que la primera solicita a este hospital que le facture los gastos originados por el ingreso de su asegurada, consignando su número de póliza y tarjeta de asistencia, haciendo constar, además, que la paciente está adscrita a la compañía --,S.A., (circunstancia que sugiere que la interesada es beneficiaria de la póliza familiar concertada por dicha empresa a favor de sus empleados, entre los que entonces figuraba su marido, según la documentación que aporta). A partir de ese momento, en los numerosos documentos hospitalarios relacionados con la reclamante que han sido remitidos por el hospital se hace constar como entidad pagadora a la compañía x.

A este respecto debe decirse, en oposición a lo alegado por la reclamante, que el hecho de que el reseñado documento autorizatorio no esté firmado por la paciente no obsta para poder concluir que ésta demandó de x la asistencia sanitaria que explica su ingreso en el referido centro hospitalario privado. Es un principio indiscutido de nuestro ordenamiento jurídico que una determinada manifestación de la voluntad de un sujeto puede inferirse de las circunstancias que concurren alrededor del acto de que se trate, siempre que dichas circunstancias lleven al operador jurídico a la razonable convicción de la realidad de dicha manifestación de voluntad. Es evidente que una compañía de seguros no expide una autorización como la del caso, para que un hospital le cargue unos determinados gastos -no insignificantes-, si previamente el asegurado no le ha demandado su asistencia, como lo demuestra el hecho de que se trate de una "*autorización*", es decir, de un acto que presupone una previa solicitud al respecto (que sólo puede efectuar el asegurado), además de ser sobradamente conocido que es el modo de operar en esta clase de pólizas de seguros

sanitarios. Por otra parte, lo anterior explica que, aun siendo una práctica irregular, el centro sanitario olvide recabar la firma del asegurado: una vez que consta la autorización de la compañía de seguros se entiende que es porque el asegurado o su familia ha solicitado previamente sus servicios, pues de otro modo no se explica que tal autorización le sea enviada al centro hospitalario.

De todo lo anterior ha de concluirse que la asistencia sanitaria a la que la reclamante imputa los daños por los que solicita indemnización fue prestada por un centro hospitalario privado al margen de la cobertura sanitaria pública, y ello por decisión de la interesada, al amparo de la cobertura del seguro sanitario privado del que disfrutaba.

Por tanto, al no ser imputable a la Administración regional la asistencia sanitaria en que se funda la reclamación analizada, no puede resultar responsable de los daños por los que se solicita indemnización, lo que conduce a la desestimación de aquélla, por no existir la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos regionales y los daños por los que se reclama.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No existe la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos regionales y los daños por los que se reclama, por las razones expresadas en la Consideración Tercera del presente Dictamen.

SEGUNDA.- Por ello, la propuesta de resolución objeto de Dictamen, desestimatoria de la reclamación presentada, se informa favorablemente. No obstante, su motivación debería modificarse y completarse, siquiera en síntesis, conforme con lo expresado en las Consideraciones Segunda y Tercera de este Dictamen, respectivamente.

No obstante, V.E. resolverá.