



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen 183/2014

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 16 de junio de 2014, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 2 de octubre de 2013 sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 338/13), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 4 de mayo de 2007 (registro de entrada en la Delegación de Gobierno en Murcia), x, en representación de x según acredita con la escritura de apoderamiento, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Murciano de Salud por los siguientes hechos, según describe:

1. El 5 de mayo de 2006, sobre las 20:05 horas, la reclamante sufrió un desvanecimiento en el centro comercial --, de Murcia. El personal sanitario del centro comercial determina que está obnubilada, sudorosa, con mala respuesta a estímulos y, tras tomarle las constantes vitales, le cogen una vía endovenosa y avisan al servicio de emergencias 061.

2. El médico del 061 se persona en el centro comercial y le diagnostica lipotimia y crisis de ansiedad. Según la reclamante, no conforme con este diagnóstico, le pide al médico que le haga las oportunas pruebas, a lo que éste se niega, reiterando que se trata de una mera crisis de ansiedad.

3. Dos días más tarde y ante la persistencia de dolores de cabeza que presentaba, la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Centro de Salud del Infante, derivándola al Hospital General Universitario Reina Sofía para ser examinada. Fue diagnosticada de cervicalgia y le prescriben un relajante muscular y calor seco.

no seguía con dolores y los médicos no daban con un diagnóstico acertado, la reclamante acudió al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), en el que tras realizarle unas pruebas le diagnostican un síndrome del sífon carotideo embolicado, ictus isquémico en territorio de arteria cerebral media izquierda, hemorragia subaracnoidea y vasoespasmo. Precisó de intervención endovascular y presenta secuelas, entre ellas, tendencia al sueño, mutismo y ánimo muy deprimido, que ha necesitado asistencia psiquiátrica.

Se imputa al funcionamiento del servicio público la tardanza en realizar el diagnóstico, lo que agravó las secuelas que presenta, pues el tiempo juega un papel fundamental en este tipo de lesiones según la literatura médica, existiendo relación de causalidad entre los daños y las mala *praxis* médica, al no adaptarse a las necesidades de empleo de medios de los que podían disponerse y que las circunstancias del caso requerían.

Aunque no cuantifica el daño, aporta diversa documentación médica obrante en los folios 14 a 24 del expediente.

Con fecha 12 de junio de 2007, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución de admitencia de la reclamación de responsabilidad patrimonial, que es notificada a la reclamante. En la misma resolución se remite la documentación a la Gerencia del 061, a los Hospitales Universitarios Virgen de la Arrixaca y Reina Sofía y a la Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

Se dio traslado de la reclamación a la Correduría de Seguros -- a efectos de su comunicación a la aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

Según diligencia del órgano instructor de 25 de Junio de 2007 (folio 34 bis), se incorporan al expediente las pruebas solicitadas, que se encontraban en el expediente 566/2006 y que figuran en los folios 35 a 108, donde la documentación es deficiente.

Desde el Hospital General Universitario Reina Sofía se remite nueva documentación clínica y el informe de la consulta de urgencias que atendió a la reclamante en el Servicio de Urgencias el día 7 de mayo de 2006. Dicho informe es el siguiente (folio 111):

Acude a Urgencias del Hospital Reina Sofía el 7 de mayo de 2006 remitida por Servicio de Urgencias para realización de Rx de cráneo y columna vertical al no disponer de medios en esas instalaciones.

dicho centro la paciente comunica que presenta dolor en región occipital desde que 2 días antes sufrió un episodio en Centro Comercial -- donde fue atendida por el 061 llegando al diagnóstico de lipotimia y crisis de ansiedad. En la exploración realizada en la puerta de urgencias se constata que la paciente presenta buen estado general, consciente, orientada en los 3 espacios, eupneica, afebril, y con tensiones de 164/87. Respecto a la exploración del cuello, la flexión ventral resulta dolorosa en los últimos grados de movimiento, sin imposibilidad de rotación ni rigidez de nuca. Los signos de Lassegue y Bragard son negativos, no existen signos meníngeos. En la exploración neurológica los pares craneales no presentan alteración alguna y tanto la fuerza como la coordinación oclomotoras resultan rigurosamente normales, así como la auscultación cardiopulmonar. Frente a estos hallazgos se solicitan pruebas complementarias:

de cráneo y columna cervical: que resulta dentro de la normalidad.

Se realiza análisis de sangre con hemograma y bioquímica que no revela alteraciones. Ante la clínica que presenta en ese momento la paciente, y siguiendo protocolos de actuación en puertas de Urgencias, al no observarse signo o síntoma de alarma ni evolución de gravedad, se decide dar de alta a la paciente con el diagnóstico de cervicalgia, prescribiéndose analgésicos, relajantes musculares y antiinflamatorios, y remitiéndose a su médico de familia para control evolutivo.

El día 10 de julio de 2007 (registro de salida), se reitera la petición de la historia clínica y el informe a la UME 1, siendo remitida la documentación solicitada, incluyendo el informe del Dr. x, médico de la UME 1, (folio 147):

Paciente de 38 años que presenta sensación de pinchazo en zona temporal izquierda seguida de mareo intenso, sin pérdida de conciencia, seguida de un vómito de contenido alimenticio.

Paciente consciente y orientada, con buena coloración de piel y mucosas y estado ansioso-depresivo. Exploración neurológica normal. AC: normal. AP: normal. TA: 153/83. Saturación de oxígeno: 97%. Glucemia: normal.

Diagnóstico: "Lipotimia. Crisis de ansiedad".

El presente escrito presentado en el registro de la Delegación del Gobierno en Murcia el 26 de septiembre de 2007.

nante cuantifica el daño en 601.442,51 euros, desglosado en los siguientes conceptos:

cuelas, 85 puntos por hemiplejía faciobraquiocrural derecha, más el 10% del factor de corrección: 1,61 euros.

s de curación, incluyendo 24 días hospitalarios y 582 no impeditivos, más el 10 % del factor de ión: 32.981,98 euros.

stos médicos: 150 euros.

an invalidez: 206.110,11 euros.

juicios morales de familiares: 77.291,29 euros.

rueda un informe pericial realizado por el Dr. x, especialista en medicina deportiva (folios 166 y ss.), n relación con el historial de la paciente:

Realizar en la historia clínica tanto en el informe del 061 en el que se puede leer "pinchazo en zona erda seguida de mareo intenso, sin pérdida de conocimiento, seguida de vómito alimentario", en el urgencias de Infante "dolor a nivel occipital desde hace 3 días, sufrió cuadro sincopal por el dolor" y más r occipital que impide la flexoextensión", así como finalmente en el informe de Urgencias del Hospital emitida por dolor occipital de varios días de evolución, cuadro presincopal, afebril" y más adelante "dolor flexión ventral del cuello con dolor a nivel occipital", en todas estas frases encontramos síntomas que línica que hemos leído más arriba.

servando este cuadro siguiendo el algoritmo de cefalea aguda nos encontramos si valoramos el el temporal como cefalea localizada tendríamos que consultar con especialistas, lo que llevaría tanto en 1 como en el caso de URGENCIAS del H. Reina Sofía a consultar con un neurocirujano, lo que hubiese os dos casos el traslado de la paciente a la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca, la doctora que paciente en Urgencias de Infante sí detectó una urgencia médica y al carecer de medios diagnósticos rivó a la paciente a UCIAS (Urgencias) del Reina Sofía, con lo que claramente habría una falta de ecuado tanto por el 061, como por Urgencias del Reina Sofía.

que entendamos que se trata de una cefalea generalizada con Tensión arterial normal que aparece en mes nos encontraríamos ante un síndrome meníngeo o ante una hipertensión intracraneal que

gnóstico con punción lumbar o con TAC o RMN, en ambos casos deberían haber derivado al neurología que, como finalmente sucedió, en la C.S.V. de la Arrixaca tras examen TAC fue la paciente tras 4 días de evolución, lo que conlleva en casos como este de emergencia médica un diagnóstico con posibilidad de que surjan complicaciones importantes e incluso la muerte.

cluir que el evidente retraso en el diagnóstico sufrido por la paciente y por tanto la demora en el la hemorragia subaracnoidea producida por la rotura del aneurisma ha podido conllevar un peor cuadro y podría haber favorecido el que haya desembocado en las graves secuelas que presenta en la paciente, a pesar del tratamiento médico correcto que se aplicó desde su entrada en la C.S. Virgen de la

tación es remitida a la Inspección Médica el 7 de octubre de 2008 para la emisión de su informe (folio

erpuesto por la reclamante el 23 de abril de 2008 recurso contencioso administrativo frente a la presunta (PO 427/2008), el Juzgado de lo Contencioso Administrativo núm. 3 de Murcia, por Auto de 5 009, se declara incompetente para conocer el recurso, remitiendo las actuaciones a la Sala de lo Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia, que asume la competencia (PO

Inspección Médica emite informe el 15 de marzo de 2013 (folios 182 y ss.), que incorpora nueva n (folios 195 a 222), finalizando con las siguientes conclusiones:

o del accidente vascular cerebral se realizó cuando se pusieron de manifiesto datos que hicieron pensar grave, datos que no se detectaron de inicio.

iento del aneurisma roto se optó por acceso endovascular. Previo al tratamiento se utilizaron los icos adecuados para minimizar las posibles complicaciones del método y las derivadas de la historia aneurisma roto.

a se programó previa firma del consentimiento informado que recoge riesgos y alternativas. No recoge e filamentos entre las posibles complicaciones, sin embargo en la explicación de la técnica sí se corrección la forma de realizar la embolización de un aneurisma.

de las imágenes obtenidas tras el procedimiento es de llenado del saco aneurismático y su exclusión de la circulación, que es el resultado que se pretendía.

Antes del procedimiento y antes de la embolización se había detectado vasoespasmo. Los déficits neurológicos que se presentaron se relacionaron con este signo. No se remitió y se produjo isquemia, lo que se tradujo en los signos y síntomas en hemicuerpo derecho. Durante este tiempo el tratamiento médico se adecuó a lo

que correspondía. Tras la isquemia, se localizó material de embolización en el territorio de la arteria comunicante anterior. Sería una complicación añadida a la isquemia por vasoespasmo. No se detectó en relación a este hecho incorrección de la arteriografía que hubiesen podido propiciarla. En la visualización del aneurisma sacular, aunque se le dio un cuello relativamente ancho, se mantiene la proporción entre cuello y tamaño del saco, en el sentido de ser a la mitad o a un tercio de la medida del cuello.

Tras el procedimiento, la isquemia produjo alteraciones que trataron de paliarse con fisioterapia. Pasado el tiempo, en relación con las consecuencias que el proceso de rotura aneurismática produjo, la reclamante sufrió varias crisis que requirieron asistencia en consultas de neurología y psiquiatría y actualmente sigue control en Centro de Salud de Murcia.

Se alega que la asistencia sanitaria en los diferentes niveles haya agravado los problemas surgidos tras el aneurisma ya que se han adecuado las actuaciones a las evidencias sucesivas y se han puesto los recursos correspondientes para el tratamiento. No reconocemos que la causa de las secuelas sea debida a la mala práctica médica que se alega en la reclamación a los facultativos de la sanidad pública".

Se incorpora al expediente el informe pericial de la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud, elaborado colegiadamente por los doctores x, y, z,..., todos ellos especialistas en medicina interna. Este informe concluye con las siguientes conclusiones:

La asistencia médica al paciente por parte del Equipo Médico de Asistencia Extrahospitalaria fue correcta y se ajustó a la evolución de los datos clínicos que permitieran sospechar otro proceso diferente al que se diagnosticó.

La asistencia médica al paciente en la Urgencias de Atención Primaria y en el Servicio de Urgencias del HGRS fue correcta

a lex artis. No existían datos clínicos que permitieran sospechar otro proceso diferente al que se

*n del proceso y la adición de nuevos síntomas y signos clínicos hizo posible el planteamiento de otras
nósticas en el HUVA".*

de julio de 2013 se remiten escritos a las partes comunicándoles la apertura del trámite de audiencia,
sentaran escritos de alegaciones, pese a que consta que fue recibido por el letrado que representa a la
10 de julio siguiente.

La propuesta de resolución, de 19 de septiembre de 2013, desestima la reclamación de responsabilidad
entender que las secuelas que padece la interesada no derivan del retraso en el diagnóstico de una
ubaracnoidea (HSA), sino que guardan relación con la enfermedad padecida y su tratamiento, para el
correspondiente consentimiento informado, concluyendo que no existe relación causal entre el daño por
nte ha presentado la reclamación patrimonial y la asistencia que le fue prestada por los profesionales
urciano de Salud.

- Con fecha 2 de octubre de 2013 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico,
el expediente administrativo.

s referidos antecedentes procede realizar las siguientes

ERACIONES

arácter del Dictamen.

ctamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un
de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo
el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en
142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y
nto Administrativo Común (LPAC) y con el 12 del el Reglamento de los Procedimientos de
ad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP), aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo.

legitimación, plazo y procedimiento.

ión fue interpuesta por quien ostenta la condición de interesada, en cuanto usuaria del servicio público que se siente perjudicada por su actuación, en virtud de lo establecido en el artículo 139.1, en relación con el artículo 140.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRAJ-PAC).

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria en relación con los servicios públicos sanitarios de su competencia.

La temporalidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no plantea objeción al respecto, vista la fecha de las actuaciones sanitarias en cuestión y la de la presentación de la acción.

El conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites procesales y documentales que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver que ha resultado mayor al previsto en el RRP.

Respecto a la responsabilidad por la tardanza en la tramitación del presente procedimiento, habrá de comprobarse por el Tribunal, antes de adoptarse la resolución, si ha recaído sentencia en el Procedimiento Ordinario 373/2009, de 19 de mayo, de instancia de la reclamante en la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia para, en caso afirmativo, abstenerse de pronunciarse.

Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"los particulares, en los casos 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).

constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La existencia de un daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o personas.

2. La lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una actuación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo

3. Que los hechos 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.

4. Que no exista fuerza mayor.

5. Que el afectado no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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

Por lo tanto, éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como se ha entendido 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 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones de responsabilidad por actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir a 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. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la responsabilidad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, en el servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para establecer la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, en el caso de que el médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

TSJ de Murcia, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos de curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica permite, por parte del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin garantizar en todo caso la curación del paciente"*.

El Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos que se aplicarán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad de criterio profesional (...)* y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación, las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación médica normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la gravedad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria) para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".

Por lo tanto, 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 los daños no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que no pueden ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la *praxis* médica durante la intervención sanitaria para 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 análisis supondría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los casos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte del paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la actuación sanitaria fue realizada conforme a la *"lex artis"*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede atribuirse en estos casos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a *normopraxis* descansa, de forma necesaria, en la actuación realizada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados para realizar una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Por lo tanto, los conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto regulado en la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las

de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los hechos 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 2010, respecto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los peritos, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le confiere un mayor valor a efectos de prueba.

Por las imputaciones formuladas por la reclamante y la relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación.

La reclamante sostiene que hubo un claro error de diagnóstico, cuya tardanza agravó enormemente sus secuelas. A pesar de haber practicado las oportunas pruebas y diagnóstico a tiempo, las secuelas no hubiesen sido evitadas. En opinión, existe una relación de causalidad entre los daños producidos y la mala *praxis* médica, por cuanto la asistencia médica no se adaptó a las condiciones y empleo de medios de los que podían disponerse y a las necesidades que el caso requería. Para apoyar sus imputaciones, aporta un informe de un perito especialista en medicina interna.

La propuesta de resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial sobre la base de las conclusiones médicas de los informes de la Inspección Médica (antecedente séptimo) y de los peritos de la Comisión de Valoración, especialistas en medicina interna (antecedente octavo), que no advierten mala *praxis* médica alguna. Concluyen que las asistencias sanitarias recibidas fueron acordes con los datos clínicos que presentaba la reclamante, que no permitían sospechar de un proceso diferente al que se diagnosticó y que el diagnóstico del accidente se realizó cuando se pusieron de manifiesto datos que hicieron pensar en afectación grave, que no se produjo en principio.

Es importante tener en cuenta la observación realizada por los peritos de la compañía aseguradora del Seguro de Salud, que reproduce la propuesta de resolución elevada, sobre la valoración de la *lex artis*, que debe tener en cuenta la actuación médica y los datos disponibles en ese momento, señalando a este respecto:

No olvidar que la medicina asistencial no parte del diagnóstico definitivo para, en base al mismo, intentar la etiopatología del paciente con dicho diagnóstico, sino que su labor es justo la contraria. La medicina es básicamente basada en la confirmación de la hipótesis diagnóstica en base a los síntomas y signos que presenta el paciente en el momento de la valoración médica. En base a esta hipótesis, se establece un procedimiento diagnóstico en el que pueden incluirse exploraciones más complejas o complementarias (analíticas, pruebas de

as endoscópicas, intervencionistas o quirúrgicas). Resulta inadecuado juzgar la actuación médica del pasado, desde una perspectiva del caso a posteriori, cuando el diagnóstico ha sido ya confirmado. Lo que se debe valorar, es si en el momento en que se efectuó la atención médica, y con los datos disponibles, se siguió un procedimiento adecuado y de acuerdo a la lex artis".

El Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia, Sala de lo Contencioso Administrativo, ha destacado (sentencia de 10 de marzo de 2006), que no puede exigirse una actuación médica que vaya más allá de los criterios de actuación llevando a cabo unas pruebas, ante la ausencia de otros síntomas, y que sólo se debe hacer cuando con dichas pruebas pueda corroborarse un diagnóstico que se presume por los síntomas del paciente y el resultado de la exploración.

En atención a los informes de la Inspección Médica y los peritos de la compañía aseguradora citados, el Tribunal considera de forma motivada que en los exámenes realizados a la paciente tanto por el 061, como en los servicios de urgencia primaria y especializada, los días 5 y 7 de mayo de 2006, periodo en el que la paciente sufrió sus imputaciones, la paciente no presentaba ningún indicio de alteración de las funciones vitales. Por lo tanto, las pruebas complementarias debían hacerse según el diagnóstico de presunción. Así se detallan tales como los peritos de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud (folios 234 reverso y 235):

En la atención médica, en el centro comercial, la paciente refirió un dolor agudo de breve duración acompañado de mareo. Tras una correcta exploración física, no se encontraron signos de gravedad ni de afectación de la columna cervical. Por lo tanto, la paciente se le recomendó control en Atención Primaria de la evolución del proceso.

En la atención médica, en las Urgencias de Atención Primaria, persistió la impresión clínica de benignidad. El motivo de derivación fue la realización de una radiografía cervical. Habían transcurrido al menos 48 horas desde la primera consulta, durante las cuales la paciente refería una cefalea occipital, persistente. No existían signos de alarma ni de progresión, ni de afectación neurológica.

En la atención médica, en las urgencias hospitalarias, persistía la impresión clínica de benignidad. Al igual que en las consultas anteriores, se realizó una completa anamnesis y exploración física. La exploración neurológica fue normal, encontrándose de forma explícita la ausencia de signos meníngeos. Se realizaron dos pruebas complementarias (analítica y radiología), que no aportaron información adicional. Dada la existencia de una cefalea que empeoraba con la flexión-extensión del cuello, y que no había mejorado con analgésicos habituales se decidió el incremento en la escala analgesias y la adición de relajantes musculares. El diagnóstico de presunción fue de migraña tensional o asociada a patología osteo-muscular a nivel de cuello.

En la atención médica, la evolución desfavorable del proceso, a pesar del incremento de tratamiento.

y la modificación de la exploración física fueron las causas que llevaron a la realización de nuevas elementarias. La aparición de signos meníngeos en coexistencia con una cefalea persistente condicionó de un TAC craneal, que reveló la presencia de una HSA".

cción Médica (folio 189):

de imagen no sustituyen a una historia clínica y a una exploración meticulosa; en este caso se indicó la exploración y confirmó las sospechas de patología grave. La pregunta que puede, surgir es si antes de podía haberse sospechado, diagnosticado y confirmado una patología neurológica grave. Si nos lo plasmado en los informes que se emitieron en urgencias quizás la respuesta fuese negativa, visto caso consta la exploración neurológica y no se llegó con los datos de que se disponía a ninguna otra la impresión de que la sintomatología fue in crescendo a lo largo de los cuatro días a pesar de que la rotura de un aneurisma se manifiesta en forma aguda (...)"

spección Médica concluye que el diagnóstico del accidente vascular se realizó cuando se pusieron de os que hicieron pensar en una afectación grave, datos que no se detectaron al inicio, así como los ompañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, que consideran que no existían datos clínicos n sospechar de otro proceso diferente al que se diagnosticó.

pareceres, el perito de la parte reclamante sostiene que, a la vista de los síntomas que presentaba la el 061, como el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía, tenían que haber paciente a un especialista en neurología del HUVA, si bien, ante tales opiniones contradictorias, habrá os criterios de valoración de la prueba pericial utilizados por el Tribunal Superior de Justicia de la cia, entre otras, en la Sentencia de 17 de enero de 2014, de la Sala de lo Contencioso Administrativo, manifiesto, en consonancia con la doctrina del Tribunal Supremo (Sentencia de 10 de noviembre de de los informes de peritos especialistas a la hora de declarar la existencia de responsabilidad la Administración, dando más valor a los informes de peritos especialistas en la materia objeto de la s demás informes. En la referida Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia, re un caso en el que no se le diagnosticó al paciente una Hemorragia Subaracnoidea (HSA), se expresa o lo siguiente:

e caso, el perito de la actora es especialista en valoración de daño corporal; por el contrario, el de -- lo a Intensiva, lo que le otorga mayor credibilidad y peso en la valoración de la prueba. Como se dijo la actora pidió un perito judicial con la especialidad de neurología, siendo de hecho designado por la actora no consignó la provisión solicitada, por lo que se la tuvo por desistida.

queda claro que el informe de -- nos ofrece más credibilidad; por otro lado, la valoración ha de hacerse teniendo en cuenta el momento en que las decisiones debieron ser tomadas, con los datos de que se disponía a posteriori, una vez conocido el resultado fatal. Y lo que resulta es, que no se ha acreditado un nexo entre la muerte del paciente y la concreta asistencia sanitaria recibida por el mismo, que se ajustó a la evolución que iba presentando en cada momento (...)".

En el presente caso, no podemos otorgar una mayor valoración al informe pericial aportado por el reclamante procedente de un especialista en medicina deportiva, frente al evacuado por la Inspección Médica, que es la única obligada a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por el personal de la sanidad pública, y por los peritos de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, que son especialistas en medicina interna. Tampoco se han aportado alegaciones por la parte reclamante frente a los informes en el trámite de audiencia otorgado, que permitan cuestionar sus pareceres.

Tampoco se ha acreditado por la reclamante que exista la relación de causalidad entre la tardanza en el diagnóstico y las graves secuelas que alega, si se tiene en cuenta conforme a lo indicado por la Inspección Médica que *la ruptura aneurismática y HSA consiguiente es una situación absolutamente negativa y adversa para un paciente. Se considera que a pesar de los avances en la atención en UCI y avances en la intervención endovascular, casi la mitad de los pacientes fallecen dentro de los dos meses después del ictus. Las muertes ocurren como resultado de la hemorragia inicial. Entre los sobrevivientes no se ven buenos resultados, la mayoría de los que sobreviven a la más que en el 40%, debido a que sufren morbilidad neurológica o neuropsicológica residual*".

Por lo tanto, los peritos de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud que expresan (folio 231) que se trata de una grave patología con una elevada morbilidad y mortalidad, que la mortalidad inicial varía entre un 40 y 50% de los casos dependiendo de su localización y del volumen de la hemorragia, y que las secuelas neurológicas suelen ser graves.

Por lo tanto, no puede considerarse acreditada la existencia de infracción a la *"lex artis ad hoc"* y, por tanto, no existe una adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños reclamados. La reclamante reclama indemnización, requisito legalmente imprescindible para declarar la responsabilidad administrativa.

En cuanto a la cuantía indemnizatoria reclamada no se tiene en cuenta para su determinación las secuelas derivadas de la grave patología que padeció la paciente, atribuyéndose todas al retraso del diagnóstico que se imputa al funcionamiento sanitario, lo que tampoco está en consonancia con las manifestaciones de su perito acerca de que el tratamiento de la Hemorragia Subaracnoidea producida por la rotura del aneurisma pudo conllevar un agravamiento del cuadro y podría haber favorecido el que haya desembocado en las graves secuelas que presenta la paciente, es decir, en términos de probabilidad y con incidencia en el agravamiento de las lesiones. Por lo tanto, en ningún caso, afirma que el resultado final fuera todo atribuible a la asistencia sanitaria, como se alega.

interesada, omitiendo las secuelas propias de la grave patología diagnosticada en la determinación del innizatorio.

cia, no procede reconocer la responsabilidad patrimonial pretendida.

todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

SIONES

e dictamina favorablemente la propuesta de resolución que desestima la reclamación de d patrimonial, dado que no se ha acreditado mala *praxis* médica en las asistencias sanitarias prestadas e.

ntes de adoptarse la resolución, habrá de comprobarse si ha recaído sentencia en el Procedimiento 2009, que se sigue a instancia de la reclamante en la Sala de lo Contencioso Administrativo del or de Justicia de la Región de Murcia para, en caso afirmativo, abstenerse de pronunciarse.

/E. resolverá.

