



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **184/2014**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 23 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 7 de octubre de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **341/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 17 de julio de 2012, x presenta escrito dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS) en el que expone que el día 18 de julio de 2011 fue derivado desde el Hospital Virgen de la Vega al Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), por la gravedad de las lesiones que presentaba tras un accidente de bicicleta. En este último Hospital se le diagnosticó politraumatismo y hernia discal C6-C7, siendo dado de alta y remitido a su domicilio con la prescripción de tratamiento consistente en reposo, collarín y analgésicos, pero no se incluyó heparina. Tras unos días sufre un trombo pulmonar, por lo que fue ingresado en el Hospital Virgen de la Vega donde fue sometido a un tratamiento anticoagulante.

Según el reclamante en el HUVA no se le prestó una asistencia sanitaria correcta al no prescribirle heparina y al sufrir un error en el diagnóstico de la lesión que presentaba, lo que produjo una agravación de las secuelas del accidente, así como una serie de perjuicios consistentes en operaciones, bajas médicas y laborales, etc.

Al considerar que existe responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia sanitaria recibida, solicita una indemnización que no cuantifica porque señala no haber recibido aún el alta médica. También indica que cuando ésta se produzca aportará informe de secuelas y su valoración.

Junto con su escrito acompaña diversa documentación correspondiente a la asistencia sanitaria recibida en los Hospitales antes indicados.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, se notifica al interesado al tiempo que se le requiere para que aporte las historias clínicas de los Hospitales privados Virgen de la Vega y USP San Carlos o, en su defecto, autorizara al SMS para realizar la petición en su nombre. El requerimiento no fue atendido

por el reclamante.

La resolución antes citada también fue notificada a la Directora General de Asistencia Sanitaria, así como a la Correduría de Seguros.

TERCERO.- Solicitado al Director Gerente del Área de Salud I de Murcia Oeste, la copia de la historia clínica del paciente, así como informe de los facultativos que lo asistieron, con fecha 19 de septiembre de 2012 se recibe la historia clínica del reclamante e informe del Servicio de Neurocirugía del HUVA, del siguiente tenor:

"El paciente reclama por 'que' no se le prestó una asistencia sanitaria correcta, y que hubo negligencia por parte del Hospital Virgen de la Arrixaca en el diagnóstico y tratamiento que se le realizó tras el ingreso en dicho hospital y alta posterior, 'perjuicios consistentes en operaciones, bajas médicas y laborales etc. de las cuales se está recuperando, así como por haber tenido que ser operado en 3 ocasiones de las secuelas de la deficiente atención médica recibida'.

[Resumen de la historia.](#)

El paciente refería haber sufrido caída con la bicicleta que montaba el día antes de su ingreso con probable traumatismo craneal y policontusiones de las que fue atendido en el Hospital La Vega. Ante la aparición de dolor en el cuello y dificultad para su movilización acude de urgencias al Hospital Virgen de la Arrixaca el 18/07/2011 quedando ingresado. Refería hormigueo en los tres primeros dedos de la mano izquierda. La exploración de fuerza, motilidad, reflejos y sensibilidades fueron normales. Refería historia previa de protusión cervical. En la radiología se encontró fractura de platillo superior de la vértebra C7 y fractura de apófisis transversa. En la RNM practicada se apreció discopatía C6-C7, disminución de altura del disco, osteofitosis posterior y pequeña protusión discal izquierda C6-C7. Se le trató con collarín cervical y dexametasona, mejorando. No se consideró necesaria intervención de fijación cervical en ese momento por parte del neurocirujano responsable, considerando que (1) dicha fijación podría estar indicada en el futuro caso de aparecer inestabilidad de columna o síntomas referidos a dicha fractura (2) que el paciente pasaba a ser atendido por especialista de su compañía aseguradora, quién actuaría, de acuerdo a su mejor criterio. Fue alta hospitalaria el día 22/07/2011. Se le recomendó collarín cervical y control por especialista de su Compañía aseguradora. El paciente se marchó deambulando.

[1. Consideraciones sobre el tromboembolismo pulmonar.](#)

El paciente sufrió el accidente el día 17/07/2011 y el tromboembolismo pulmonar ocurrió el 10/08 (2011), es decir 26 días después de dicho accidente. El tratamiento con heparina de bajo peso molecular se emplea como profilaxis en pacientes encamados, p.ej. en fracturas de miembros inferiores o cuando hay otros procesos que predisponen a trombosis y embolias. No existe ningún protocolo, que sepamos, que indique la administración profiláctica de heparina en pacientes que están deambulando y de la edad de x. Visto por el Hematólogo del Hospital La Vega se consideró necesario realizar estudio al paciente de probable alteración de la coagulación dada su edad y circunstancias del traumatismo.

[2. Sobre la indicación de fijación quirúrgica cervical.](#)

Las fracturas que requieren fusión quirúrgica, son las que muestran criterios de inestabilidad o producen síntomas referidos a la fractura. La fractura del paciente, según nuestro criterio no requería, en principio, ningún tipo de cirugía. En ocasiones, las indicaciones de operar aparecen posteriormente, por lo que estos pacientes precisan ser revisados por un especialista. Dado que el paciente tenía una compañía de seguros, se le dio de alta con un informe que señalaba la necesidad de este seguimiento. Según consta en la reclamación, dicho seguimiento se llevó a cabo por un Neurocirujano privado (Dr. x). Este neurocirujano, según su mejor criterio, consideró indicado realizar una fijación cervical, procediendo a realizar dos intervenciones. La primera el 04/10/2011 que consistió en una fijación cervical por vía posterior con artrodesis con tornillos y barras y la segunda (25/10/2011) que consistió en una extirpación del disco intervertebral por vía anterior con colocación de una caja intersomática.

Consideraciones finales:

- 1. El enfermo fue debidamente estudiado, atendido e informado durante su estancia en nuestro hospital.*
- 2. Al alta hospitalaria se le indicó la necesidad de seguimiento, lo que el paciente hizo, según se desprende de la reclamación.*
- 3. El trombo embolismo pulmonar fue una complicación muy infrecuente en un paciente joven, con fractura cervical, que estaba además deambulando. No hay protocolos que indiquen, la necesidad de profilaxis con anticoagulación en un paciente de esta edad y con este tipo de lesión.*
- 4. La obligación de nuestro Hospital fue debidamente cubierta al atender a un paciente de una compañía privada en nuestro Servicio, quién además fue estudiado y tratado durante 4 días. La obligación de los cuidados ulteriores parece deben recaer sobre su propia compañía aseguradora. Es innecesario decir que el seguimiento del paciente por nuestro Servicio hubiera sido realizado sin ningún tipo de problemas caso de haberlo solicitado o manifestado el propio paciente o su compañía de seguros. Sin embargo, las compañías y mutuas aseguradoras son frecuentemente reacias a permitir el tratamiento de los pacientes con las lesiones menos graves en nuestro hospital, por motivos económicos".*

CUARTO.- Seguidamente se requiere al reclamante para que concrete los medios de prueba de los que pretenda valerse, al tiempo que se le reitera la necesidad de que aporte las historias clínicas de los centros privados en los que fue atendido o, en su defecto, autorice al SMS para recabarlas en su nombre, sin que el interesado atendiese a lo que se le solicitaba.

QUINTO.- El 12 de febrero de 2013 se recaban los informes del Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias (Inspección Médica) y de la aseguradora del SMS.

SEXTO.- Con fecha 4 de marzo de 2013 se solicita al HUVA la aportación de las imágenes del TAC cervical realizado al paciente el día 18 de julio de 2011, así como de la RMN cervical al que fue sometido el 19 de julio de 2011. El citado Hospital remite CD con la RM, así como informe de radiodiagnóstico del TAC cervical que fue realizado en el Hospital Virgen de la Vega.

Copia de esta nueva documentación se remitió tanto a la Inspección Médica como a la aseguradora del SMS.

SÉPTIMO.- Por la aseguradora del SMS se aporta informe pericial realizado por el Dr. x, especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, en el que, tras realizar las consideraciones médicas que estima oportuno, concluye del siguiente modo:

"1. x, de 41 a. de edad, con antecedentes de protusión (si no hernia) discal cervical, sufrió una caída de bicicleta el día 17 de julio de 2011, por lo que acudió al H. La Vega, donde fue diagnosticado de policontusiones, siendo remitido a su domicilio con tratamiento médico.

2. Al día siguiente acudió de nuevo por presentar dolor intenso en columna cervical, siéndole realizado un TC urgente, donde se apreciaron lesiones traumáticas que no eran subsidiarias de tratamiento quirúrgico urgente, siéndole colocado un collarín cervical y remitiéndole al H. V. de La Arrixaca para seguimiento por parte de los especialistas en neurocirugía.

3. A las 48 h. del traumatismo se le realizó una RM donde se apreciaba especialmente, como causa de su dolor, una discopatía con hernia discal izquierda a nivel C6-C7, no describiendo el informe del mismo ningún signo de lesión aguda, por lo que se siguió tratamiento conservador.

4. Para este tipo de lesiones y en pacientes jóvenes y sin patologías que lo aconsejen, no existen protocolos que indiquen el empleo de HBPM.

5. El paciente presentó un cuadro de trombo embolismo pulmonar (TEP) casi al mes del accidente (10-08-2011) cuando ya se encontraba deambulando desde hacía tiempo, que fue diagnosticado y tratado de forma correcta, no siendo relacionable de forma directa ni con el accidente en sí mismo ni con el tratamiento seguido. De hecho se le solicitó un estudio de coagulabilidad, dado la rareza de tal complicación, desconociendo el resultado del mismo.

6. Posteriormente pasó a continuar tratamiento por el neurocirujano de su seguro privado, quien terminó operándole en el mes de octubre, en dos tiempos, de su hernia discal, no de la (o las) fractura inicial".

Finaliza afirmando que la asistencia recibida por el reclamante tanto el HUVA como en el Hospital Virgen de la Vega, fue ajustada a la *lex artis ad hoc*.

OCTAVO.- Conferido trámite de audiencia a las partes, reclamante y aseguradora, éstas no hacen uso del mismo al no comparecer ni formular alegación alguna.

Seguidamente fue formulada propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren los requisitos necesarios para la declaración de la responsabilidad patrimonial, al no haber acreditado el

interesado la relación de causalidad entre la asistencia prestada por el SMS y los daños por los que reclama.

NOVENO.- En la fecha y por el órgano indicados en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto reglamentarios.

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 formulada en un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, concurriendo, pues, el supuesto establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. El x al sufrir los perjuicios imputados a la actuación administrativa consistente en la atención sanitaria recibida en un centro sanitario dependiente de la Administración, ostenta la condición de interesado para ejercitar la acción de reclamación, a tenor de lo dispuesto por el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con el 4.1 RRP.

En cuanto a la legitimación pasiva tampoco suscita duda que la actuación a la que el reclamante imputa el daño que dice haber sufrido, acontece en el marco del servicio público prestado por la Administración sanitaria regional.

II. En lo que se refiere al plazo, el Consejo Jurídico coincide con la propuesta de resolución en que la acción se ha ejercitado dentro del año previsto en el artículo 142.5 LPAC.

III. El procedimiento seguido por la Administración instructora se ha acomodado, en términos generales, a las normas aplicables a las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la LPAC y del RRP.

En relación con la decisión de continuar el procedimiento sin que se haya evacuado el informe de la Inspección Médica en el plazo de los tres meses, conforme al Protocolo de Agilización de los procedimientos de

responsabilidad patrimonial aprobado por el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud en fecha 27 de mayo de 2011, este Órgano Consultivo muestra su conformidad con tal decisión en el presente caso, puesto que concurre el supuesto considerado en nuestro Dictamen núm. 193/2012: *"sólo cabrá continuar los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto en el artículo 42.5,c) LPAC sin que se haya evacuado el informe preceptivo y determinante, cuando en el expediente existan suficientes elementos de juicio para adoptar la decisión que resuelva el procedimiento, pues de lo contrario la Administración no podría resolver expresamente sobre el fondo hasta tanto no fueran emitidos aquellos informes y cumplidos los demás trámites preceptivos"*. Efectivamente, la decisión contenida en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio, dado que los informes de los facultativos intervinientes en la prestación sanitaria refieren la *praxis* seguida con el paciente, que el informe pericial de la aseguradora confirma la adecuación a la *lex artis* de las concretas imputaciones del reclamante y que éste no ha presentado prueba pericial que sostenga sus imputaciones.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE: "los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos".

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

- 1) El primero de los elementos es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.
- 2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económicamente e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.
- 3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.
- 4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concorra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

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 debe esperar de los poderes 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, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico, que puede condensarse en los siguientes deberes (STS, Sala 1ª, de 25 de abril de 1994): 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación de aquél se desarrolle por la

denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento pueda esperarse y de los riesgos potenciales del mismo (artículo 9 y 10 de la Ley General de Sanidad y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y de documentación clínica); 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste puede ser dado de alta, advirtiéndole al mismo de los riesgos que el abandono de aquél le puede comportar.

La actuación del servicio sanitario ha de regirse por la denominada *lex artis ad hoc*, o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* 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 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.

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.- Relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Inexistencia.

El reclamante tilda de negligente la actuación de los servicios sanitarios del SM, al considerar que no se le prescribió la administración de heparina lo que le provocó un embolismo pulmonar; asimismo afirma que se sufrió

un error al diagnosticarle las lesiones sufridas, lo que alargó el proceso de curación e hizo necesarias varias intervenciones quirúrgicas.

Sin embargo, no aporta informe alguno que respalde sus imputaciones de mala *praxis* médica en la asistencia recibida del sistema sanitario regional, ni tampoco formuló alegaciones en el trámite de audiencia otorgado y, en cambio, el informe pericial de la Compañía Aseguradora del SMS analiza detalladamente el proceso asistencial seguido, considerando que no se incurrió en mala *praxis* sanitaria ya que el paciente no precisaba tratamiento profiláctico para reducir el riesgo de trombosis venosa, atendiendo a su edad, a que no concurrían factores de riesgo y a que la inmovilización en ningún caso fue ni absoluta ni prolongada; sin que tampoco quepa apreciar un error de diagnóstico o una asistencia defectuosa por el hecho de que no se le interviniese quirúrgicamente cuando fue atendido en el HUVA, puesto que en esos momentos aún no se podía determinar si era precisa o no dicha intervención, y la que finalmente se practicó, relativa a la hernia discal que presentaba con anterioridad al traumatismo, no revestía carácter urgente y se llevó a cabo en un hospital y por un facultativo pertenecientes a la aseguradora privada del reclamante.

En definitiva, todo lo expuesto, permite a este Consejo Jurídico concluir que, en el expediente sometido a consulta, procede la desestimación de la reclamación por falta de acreditación del nexo causal entre el daño invocado y el funcionamiento del servicio público sanitario.

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

CONCLUSIÓN

UNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, por no concurrir los requisitos determinantes de la misma.

No obstante, V.E. resolverá.