



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **376/2014**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 29 de diciembre 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 4 de diciembre de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **407/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

## **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** El 24 de septiembre de 2008, x presentó un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a la Consejería de Sanidad y Consumo, en el que, en síntesis, expresa lo que sigue.

El 24 de enero de 2008 acudió al Servicio de Urgencias del hospital "*Morales Meseguer*", de Murcia, al haber sufrido una caída domiciliaria, siendo reconocida por un traumatólogo, quien prescribió que se le realizaran diversas radiografías de la pierna derecha, que la paciente decía que era lo que le dolía, de modo que no se le prescribió ninguna otra radiografía de otra parte de su cuerpo que no fuera de la pierna dolorida. A la vista de las radiografías, el especialista valoró que la paciente había sufrido un esguince de tobillo derecho, inmovilizándole la pierna con férula dorsal durante dos semanas, indicando la reclamante que estuvo ese tiempo en una silla de ruedas, dada su edad y complexión, sin apoyar el pie en el suelo, tal y como le recomendaron.

Añade que como el 18 de enero de 2008 anterior se la había intervenido en el Servicio de Traumatología del citado hospital de una cifoplastia (por aplastamiento vertebral L4), al ir a la revisión programada para el 6 de febrero de 2008 con el traumatólogo que la intervino, le pidió que le retirara la férula del pie, lo que hizo, advirtiéndole éste que no había tenido una fisura en el pie, sino una rotura de cadera, por lo que la remitió al Servicio de Urgencias del hospital, donde le realizaron una radiografía de cadera que confirmó la fractura, siendo intervenida de ello el 8 de febrero siguiente, después de dos días de ingreso, estando hospitalizada siete días.

Considera que cuando acudió el 24 de enero de 2008 al Servicio de Urgencias "*no se utilizaron todos los medios posibles para determinar el verdadero motivo del daño producido en la paciente*", por lo que solicita una indemnización total de 7.977,89 euros, que desglosa así: a) adquisición de una férula antiequino: 128,62 euros, según factura que adjunta; b) inmovilización sin hospitalización durante 14 días (no expresa su valoración); c) rehabilitación durante 15 días hábiles (787,05 euros); días de baja (del 24 de enero al 28 de mayo, 126 días): 6.611,22 euros.

Solicita la práctica de prueba testifical, en la persona del Dr. x, que firmó el parte de alta en el Servicio de Urgencias el 24 de enero de 2008, y de su hija y acompañante dicho día, x.

Adjunta a su escrito copia de dicho parte de alta y del parte de alta emitido el 12 de febrero de 2008 por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del citado hospital tras su intervención quirúrgica, el 8 anterior, de *"reducción cerrada de cadera con fijación interna 79.1 derecho"*.

**SEGUNDO.-** El 20 de octubre de 2008, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS) dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, lo que fue notificado a los interesados.

En la misma fecha se solicitó al citado hospital copia de la historia clínica de la paciente e informes de los facultativos que la atendieron.

**TERCERO.-** Mediante oficio de 20 de febrero de 2009 el citado hospital remitió copia de la historia clínica de la paciente, indicando que en su momento remitiría el informe solicitado, aún no emitido.

De dicha historia destaca el informe de la asistencia en el Servicio de Urgencias el 24 de enero de 2008 (folio 80), al que se le remitió desde su Centro de Salud (folio 59), por traumatismo en *"tobillo derecho con subluxación"*. En el motivo de consulta se anotaba que había tenido una caída casual hacía poco más de una hora y que presentaba dolor en el tobillo derecho, habiendo notado inestabilidad del mismo y movilidad anormal, diagnosticándosele en el Centro de Salud de subluxación. En la exploración física en el Servicio de Urgencias constaba que llevaba puesta una férula, por lo que no era posible la exploración completa del tobillo, y el especialista de Guardia del Servicio de Traumatología anotó: *"dolor tobillo, pulsos positivos y simétricos, no focalidad de nervio distal, rodilla y cadera libre"*. También se recogía que se le realizó una radiografía en la que se observó adecuada congruencia articular, sin claras líneas de fractura. Por último, se apuntaba como juicio crítico *"esguince de tobillo derecho"*, y se le prescribía inmovilización con férula durante dos semanas.

El informe solicitado a dicho hospital por la instrucción fue emitido el 27 de agosto de 2009 por los Dres. x, y (dos de los tres facultativos que se consignan en el informe de alta del 24 de enero de 2008, pues el tercero, el Dr. x, ya no prestaba allí sus servicios), del Servicio de Traumatología de dicho hospital, en el que expresan lo siguiente:

*"Paciente que acude al Servicio de Urgencias, siendo el motivo de consulta traumatismo en tobillo derecho por caída casual, según se hace constar en el informe médico correspondiente. En la exploración física se evidencia tobillo derecho tumefacto y doloroso, sin que se evidencien lesiones de otra localización, tal y como viene reflejado en el mismo informe. En ningún momento la paciente refiere dolor en cadera o rodilla derecha. A la paciente se le indica exploración radiológica del tobillo lesionado al no haber referido dolor en ninguna otra localización. Con el diagnóstico de esguince de tobillo derecho se prescribe férula de yeso y tratamiento profiláctico de trombosis venosa y tratamiento analgésico"*.

**CUARTO.-** Solicitado informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 19 de julio de

2013, en el que, tras analizar los hechos, emite el siguiente juicio crítico y conclusiones:

#### "4. JUICIO CRÍTICO.

1.- La paciente, tras sufrir caída casual, fue remitida con un volante médico al Servicio de Urgencias del hospital por Atención Primaria de Salud para estudio radiológico del tobillo y valoración por traumatólogo, indicándose en dicho volante que presentaba traumatismo en tobillo derecho con subluxación ("Paciente... que presenta traumatismo en tobillo derecho con subluxación, remito para estudio RX tobillo y valorar x traumatólogo de guardia?").

2.- Fue atendida en dicho Servicio de Urgencias hospitalario, no constando que en ningún momento indicara a los facultativos que la atendieron presencia de dolor o sintomatología alguna en la cadera, habiendo únicamente manifestado dolor en tobillo derecho e inestabilidad de dicho tobillo conforme al informe de la atención (hoja nº 4), tratando por otra parte aquéllos adecuadamente mediante inmovilización con férula el esguince de tobillo que se le diagnosticó una vez descartada su fractura.

3.- Dada la sintomatología manifestada por la reclamante, que quedó recogida en la anámnesis en su historia clínica, no se realizó petición alguna de radiología de cadera, como tampoco (por el mismo motivo), de ninguna otra localización anatómica del cuerpo (radiología lumbar, de tórax, de miembro superior, miembro inferior contralateral, etc.) por parte de los facultativos que la atendieron durante la asistencia que se le prestó en el Servicio de Urgencias del hospital.

4.- La fractura de cadera se diagnostica por una clínica de dolor en la zona de cadera asociada a impotencia funcional de ésta y deformidad característica con acortamiento y rotación de la extremidad afectada, signos estos últimos que no se objetivaron en el momento de la atención en el Servicio de Urgencias del hospital.

5.- En relación a ello no se puede determinar si la sintomatología dolorosa de cadera (inexistente en el momento de la atención conforme a los datos obrantes en la documentación clínica presente en el expediente) pudo de algún modo haber quedado enmascarada como consecuencia de la cirugía lumbar previa de la cual había sido dada de alta pocos días antes y por la cual pudo o no estar bajo tratamiento analgésico (en el informe de alta hospitalaria de 21/01/2008, hoja nº 22, se indica en cuanto al tratamiento: "Mantener su medicación crónica habitual, incluyendo el tratamiento analgésico si lo necesita.").

6.- En relación al acortamiento y rotación de la extremidad, tampoco se puede determinar si la presencia de la férula que portaba la reclamante en tobillo derecho pudo de algún modo dificultar su detección o si la angulación en varo y la inflamación detectadas posteriormente en la zona del foco de fractura de cadera pudieron haberse desarrollado o acentuado en fases posteriores, al haber manifestado la reclamante, conforme a los datos obrantes en su historia clínica, dolor e inestabilidad en tobillo derecho pero no en cadera en el momento de acudir en demanda de asistencia sanitaria, sin que los distintos facultativos que la atendieron observaran en ningún momento tal acortamiento o rotación de la extremidad (tanto con ocasión de la atención prestada por Atención Primaria de Salud que la remitió a Urgencias con un volante de atención en el cual se indicaba la existencia de traumatismo en tobillo derecho como la efectuada propiamente por el médico de Urgencias y los traumatólogos de guardia en el Servicio de Urgencias del hospital).

7.- Tras la inmovilización con férula del tobillo derecho efectuada el 24/01/2008, la paciente fue derivada a su domicilio con la indicación de volver a Urgencias en caso de empeoramiento, sin que conste que posteriormente acudiera por dicho motivo en demanda de asistencia sanitaria, habiéndolo hecho únicamente a consultas externas de Traumatología del hospital con ocasión de una revisión rutinaria tras la cirugía lumbar que le había sido practicada días antes de la caída, revisión en la cual se detectó la patología de cadera por cuya atención en el Servicio de Urgencias se reclama.

8.- Tras reducción cerrada de la fractura y fijación interna mediante clavo intramedular en intervención quirúrgica efectuada el 08/02/2008 sin complicaciones y resultado satisfactorio (hojas nº 5 y 54), y la posterior y correspondiente rehabilitación de cadera, la reclamante presentaba en junio de 2008 marcha independiente con bastón, recorrido articular de cadera derecha prácticamente simétrico a la izquierda y balance muscular completo en la exploración física.

## 5. CONCLUSIONES

1.- En relación a la asistencia prestada el día 24/01/2008 a la reclamante en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Morales Meseguer, ésta puede considerarse conforme a la Lex artis, habiendo actuado los diferentes profesionales médicos que la atendieron conforme a la sintomatología que aquélla en dicho momento les manifestó.

2.- Una vez detectada la existencia de fractura de cadera derecha en una revisión que, por motivos ajenos, le fue realizada 14 días después de dicha asistencia en consultas externas de Traumatología y Cirugía Ortopédica del hospital, y tras la fijación quirúrgica que le fue efectuada el día 08/02/2008 y su posterior tratamiento rehabilitador, la reclamante presentaba en junio de 2008 recuperación funcional de la cadera con movilidad articular de ésta prácticamente similar a la izquierda y balance muscular completo, conforme a los datos obrantes en su historia clínica.

3.- Finalmente, la mejoría de las dolencias de la reclamante padecidas como consecuencia de la caída fortuita que sufrió el día 24/01/2008 puede atribuirse al conjunto de actos médicos efectuados por los diferentes profesionales médicos que la atendieron a lo largo del proceso asistencial iniciado en dicha fecha, incluyendo en dichos actos la atención inicialmente prestada a la reclamante y que fue acorde en todo momento a la sintomatología que ésta les manifestó, no habiendo lugar por todo lo anteriormente expuesto a responsabilidad patrimonial alguna de la Administración."

**QUINTO.-** Obra en el expediente un dictamen médico, de 22 de septiembre de 2013, aportado por la compañía aseguradora del SMS, elaborado por tres especialistas en Traumatología y Ortopedia, en el que, tras analizar los hechos y realizar las oportunas consideraciones médicas, se concluyó lo siguiente:

"1.- Puesto que la reclamación se basa en el diagnóstico tardío de la fractura de cadera debemos intentar dilucidar el momento de producción de la lesión. Por ello nos encontramos ante dos posibles opciones:



a. Que la fractura se produjera con fecha 24 de enero de 2008 con motivo del traumatismo. Desde el punto de vista de los peritos que suscriben este informe, se trata de una posibilidad remota por las siguientes consideraciones:

i. La paciente fue explorada al menos por tres profesionales diferentes, en su ambulatorio, por el médico de puerta del hospital y por el traumatólogo de guardia. Ante una lesión con sintomatología tan florida y que produce tan intenso dolor inguinal que impide la mínima movilización del paciente, circunstancia por la que está indicada la cirugía de manera taxativa, parece poco probable que la fractura pasara desapercibida desde el punto de vista clínico a todos esos profesionales, más aun cuando sobre la paciente se realizaron manipulaciones que implican una extensa movilización de la cadera (exploración, colocación de la férula en el tobillo, estudio radiográfico, etc.), que hubieran originado, al menos, la sospecha de lesión a nivel de la cadera, si ésta hubiera estado presente.

ii. En toda la documentación generada con motivo del traumatismo y firmada por los diferentes profesionales que la atendieron con esa fecha no se hace referencia alguna a la existencia de sintomatología clínica a nivel de la cadera afecta. Incluso el traumatólogo que la asiste describe una exploración de la cadera dentro de los límites de la normalidad.

iii. Como ya describimos en el apartado de consideraciones médicas, las fracturas laterales de la extremidad proximal del fémur producen una profusa hemorragia, al no estar contenida ésta por la capacidad de la articulación como sucede en las fracturas mediales. Si analizamos los estudios hematimétricos realizados sobre la paciente, observamos que el día de su ingreso hospitalario (6 de febrero de 2008), las cifras de hematocrito y hemoglobina se encuentran dentro de los rangos de la normalidad, algo inusual tras 2 semanas de evolución de una fractura petrocantérea de cadera, lo que nos indica que la fractura, en esa fecha, posiblemente tenía pocas horas de evolución y la paciente se encontraba en los estadios iniciales de la hemorragia fracturaria que suele cursar con hemoconcentración.

iv. Insistiendo en la importante sintomatología dolorosa que una fractura de cadera produce, no parece lógico que la paciente o su familia no hubiera insistido en la solicitud de asistencia durante 2 semanas, a pesar de que en el informe de alta del día 24 de enero se le explicó claramente que debía acudir al servicio de Urgencias ante cualquier empeoramiento o situación anormal, más aun cuando según relatan en su reclamación se la levantaba todos los días de la cama y se la transfería a una silla de ruedas.

b. Que la fractura se produjera con posterioridad a la asistencia prestada el 24 de enero con motivo de una nueva caída o de una simple transferencia cama-sillón, circunstancia nada inhabitual en una paciente con importante osteoporosis y obesidad y con historia reciente de inmovilidad prolongada como consecuencia de su cirugía de columna.

2.- Ante la ausencia de sintomatología de la cadera, consideramos adecuada la actitud de los profesionales de no realizar estudios radiográficos sobre dicha articulación, recordando que la radiología no es un estudio inocuo y que solo deben solicitarse pruebas radiográficas ante la sospecha de lesión.

3.- Una vez diagnosticada la fractura se actuó según práctica traumatológica habitual, con exhaustivos estudios preoperatorios, técnica quirúrgica correctamente indicada y ejecutada, tratamiento rehabilitador precoz y seguimiento dentro de los plazos habituales.

4.- *Todo ello condujo a la consolidación de la fractura con una excelente recuperación funcional de la paciente, que a los escasos 3 meses de la cirugía presentaba unos balances articulares y musculares dentro de los límites de la normalidad y marcha autónoma con ayuda de un bastón.*

5.- *Consideramos, pues, que la actuación médica se ajustó a la lex artis ad hoc."*

**SEXTO.-** Mediante oficio de 23 de septiembre de 2013 se acordó un trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, compareciendo el 21 de octubre siguiente un representante de la reclamante para tomar vista del expediente, presentando alegaciones el 28 siguiente en las que, en síntesis, expresa que no ha informado al médico que la atendió en su día en Urgencias, sin que le exonere de ello el no prestar ya servicio en dicho hospital; que dicho médico le pidió en su día disculpas por no haber advertido la fractura de cadera; que cuando estuvo en su casa inmovilizada durante quince días tras ser atendida en Urgencias, pensaba que el dolor que sentía se debía al esguince de tobillo; que al acudir a revisión por su cifoplastia, el traumatólogo que la tendió advirtió enseguida que tenía una fractura de cadera y no de tobillo; que cuando acudió a Urgencias indicó al facultativo que tenía dolor cada vez que le levantaba la pierna y que un médico debe saber que ese dolor no era solamente por un esguince de tobillo, debiendo haber realizado más pruebas en otras partes del cuerpo; y, respecto a una de las posibilidades que indica el informe de la aseguradora del SMS en el sentido de que la cadera pudo fracturarse después de acudir a Urgencias, alega que ello no es posible porque durante los quince días prescritos de inmovilización no se apoyó en el suelo.

**SÉPTIMO.-** El 19 de noviembre de 2013 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por considerar, de acuerdo con los informes médicos emitidos, que no se acredita la existencia de mala praxis médica en la asistencia prestada a la reclamante, antes al contrario, dichos informes concluyen en la corrección de dicha asistencia médica, por lo que no existe la adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama indemnización.

**OCTAVO.-** En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice 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 de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo 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 142.3 LPAC y con el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

## **SEGUNDA.-** Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante está legitimada para deducir la pretensión resarcitoria por los daños, sufridos en su persona y patrimonio, a que se refiere en su reclamación.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay reparo que oponer, vistas las fechas de los hechos en cuestión y de la presentación de la reclamación.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

## **TERCERA.-** Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende 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"*. 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).

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

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Que los daños 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.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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

La actuación de éste 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, entre muchos otros, 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 ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la 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 pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (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"*.



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

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

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, 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 especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

**CUARTA.-** Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación.

I. La reclamante considera que los facultativos del Servicio de Traumatología del hospital "*Morales Meseguer*" que la atendieron en su asistencia al Servicio de Urgencias de dicho centro el 24 de enero de 2008 incurrieron en un error de diagnóstico al no advertir, como debían, que, al margen del esguince de tobillo producido por una caída, motivo por el que acudió a dicho Servicio, también se había fracturado la cadera, lo que se le diagnosticó y trató quince días después, aprovechando una consulta de revisión de la cifoplastia que le habían realizado en ese mismo hospital el 18 de enero anterior. La interesada no aporta informe médico alguno que funde sus alegaciones sobre el retraso diagnóstico, lo que, frente a los informes médicos existentes en el expediente, que razonan que, a la vista de la sintomatología de la paciente tal día, no había motivo racional para sospechar otra patología que la diagnosticada, ya determinaría la desestimación de su reclamación, conforme con lo razonado en la Consideración precedente.

II. No obstante lo anterior, procede ahondar en las razones que justifican la desestimación, debiendo comenzar por destacar que, como se expuso en dicha Consideración, el primer presupuesto básico para determinar si existe o no responsabilidad patrimonial de la Administración es la acreditación de daños que puedan ser atribuidos a la

actuación, por acción u omisión, de los correspondientes servicios públicos sanitarios. Una vez acreditados tales daños, el siguiente paso será analizar si dicha actuación se ajustó o no a la "*lex artis ad hoc*" sanitaria, pues sólo si tales daños fueran imputables a una actuación contraria a dicha buena praxis sanitaria, podrán ser objeto de indemnización por existir la referida responsabilidad patrimonial.

Así, lo primero que debe destacarse es que, en la mera hipótesis de que aceptar la existencia de un indebido retraso de quince días en el diagnóstico de la fractura de cadera a que se refiere la reclamante, ello no habría provocado ninguna lesión que no fuera inherente a dicha fractura, daño éste que, obviamente, no puede imputarse a la Administración, sino a la caída que sufrió la reclamante, según indica el informe de la Inspección Médica

En efecto, si se analizan los conceptos por los que se solicita indemnización, se advierte que la interesada reclama por unos conceptos que no traen causa del alegado retraso diagnóstico en la fractura de cadera, sino, bien del periodo de inmovilización correctamente prescrito para el esguince de tobillo (cuyo diagnóstico no se ha demostrado que fuera erróneo), bien del periodo de rehabilitación derivado de la posterior intervención de reducción de la fractura de cadera; pero, se insiste, la reclamante no acredita en modo alguno que esos periodos de incapacidad hayan sido más prolongados por un eventual e hipotético retraso en el diagnóstico de la fractura de cadera. En definitiva, la interesada debía haber acreditado los daños debidos a dicho alegado retraso, además de justificar la existencia de éste, lo que no ha hecho, limitándose a reclamar por unos periodos de incapacidad temporal propios, unos del esguince de tobillo y, otros, de toda intervención de reducción de fractura de cadera (el gasto de adquisición de una férula antiequino resulta carente de toda justificación y, en todo caso, no se acredita que su coste deba ser sufragado por la Administración).

III. Sin perjuicio de lo anterior, debe añadirse que los informes médicos del Servicio de Traumatología que atendió en Urgencias a la paciente, el informe de la aseguradora del SMS y el de la Inspección Médica coinciden en que, a la vista de la sintomatología clínica de la paciente cuando acudió, primero a los servicios de Atención Primaria, y luego al Servicio de Urgencias del hospital en cuestión, sólo ponían de manifiesto una patología en el pie derecho, de modo que fue correcto el diagnóstico de esguince establecido en dicho Servicio. A tal efecto, damos por reproducidas las detalladas consideraciones del informe de la Inspección Médica, reseñadas en el Antecedente Cuarto de este Dictamen, así como lo expresado en la propuesta de resolución dictaminada.

En consecuencia, de dichos informes se desprende que la asistencia médica pública fue ajustada a la "*lex artis ad hoc*", por lo que, conforme con lo expresado en la anterior y la presente Consideración, no puede considerarse acreditada la existencia de una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por lo que procede desestimar la reclamación objeto de Dictamen.

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

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.-** No existe relación de causalidad jurídicamente adecuada, a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

**SEGUNDA.-** En consecuencia, la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.

