



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **228/2016**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 30 de agosto de 2016, 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 6 de julio de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **275/15**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 15 de octubre de 2009, x, mediante representación letrada, presenta en registro de la Comunidad Autónoma (Ventanilla Única en el Ayuntamiento de Murcia), reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio Murciano de Salud (SMS), por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en el Hospital General Universitario Reina Sofía (HURS).

Los hechos son descritos por la reclamante del siguiente modo:

- El día 15 de octubre de 2008 (realmente, fue el 14) ingresó en el HURS donde se le diagnosticó una hemiplejía derecha y afasia. Dicho ingreso estuvo precedido de una súbita pérdida de conocimiento y desmayo en su domicilio particular.

- Cuando ya parecía que estaba estabilizada y fuera de riesgo, la noche del ingreso se cayó de la cama *"encontrándose despierta y consciente en todo momento, aunque encontrándose incapaz de mover ninguna parte de su cuerpo"*.

- Afirma que en esa situación consiguió comunicarse con su compañera de habitación y *"aunque las dos solicitaron insistentemente, durante horas, la presencia de algún facultativo, que la ayudara a reincorporarse y que le proporcionara el tratamiento adecuado para salir de esa situación, no fue hasta las nueve de la mañana, transcurrida toda la noche, cuando encontraron a x en ese estado. Primero llegaron enfermeros y otros facultativos, y después, el médico directamente encargado de atenderla, quien reprendió, en presencia de x y su compañera de habitación, al personal sanitario por haber permitido la situación tan desagradable y traumática en que x hubo de permanecer y, por tanto, el mal servicio prestado"*.

Considera que existe una relación directa entre la situación descrita y las secuelas que presenta (pérdida de movilidad y sensibilidad del lado derecho del cuerpo), por lo que solicita una indemnización de conformidad con el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, cuya cuantía no concreta.

Solicita la práctica de las siguientes pruebas:

- Historia clínica.
- Testifical de los facultativos que intervinieron en la asistencia sanitaria que se le prestó.
- Testifical de la paciente que se encontraba como compañera de habitación de x.
- Documental, consistente en informe y demás documentación acreditativa de las secuelas y limitaciones funcionales y de sensibilidad que presenta, así como de su valoración, que indica que será *"aportado en las próximas semanas"*.

SEGUNDO.- El 27 de octubre de 2009, el Director Gerente del SMS dictó Resolución de admisión a trámite, que fue notificada a las partes

Seguidamente la instructora recaba la historia clínica e informes de los facultativos que atendieron a x en el HURS.

TERCERO.- Desde el citado Hospital se remite la historia clínica de la paciente y los siguientes informes:

a) De la Dra. x, del Servicio de Medicina Interna, Sección de Neurología, del siguiente tenor:

"Paciente que ingresa en nuestro Centro el día 14/10/2008 por:

1.- ICTUS isquémico en territorio de ACM izquierdo por embolismo arterio arterial.

2.- Trombosis de carótida interna izquierda por disección traumática.

La enferma permanece ingresada desde el día 14/10/2008 hasta el 31/10/2008. El primer día de ingreso hospitalario sufre un empeoramiento de su proceso, con mejoría clínica posterior. Como secuelas de su enfermedad presenta; Hemiparesia derecha 4+/5, deambulación atáxica leve y muy discreta disfasia motora.

Se ha revisado la historia clínica durante el ingreso, no teniendo constancia de la caída referida por la enferma. Existe un protocolo específico de caídas en pacientes hospitalizados en nuestro Centro en el que tampoco hay registro de dicho acontecimiento".

b) Del Dr. x, del Servicio de Rehabilitación, en el que se señala lo siguiente

"Paciente en tratamiento y seguimiento por nuestra parte tras ser diagnosticada de ictus isquémico en territorio de la ACM izquierda. Última vez vista en consulta el día 23/4/09 siendo la exploración en dicho momento (con 6 meses de evolución) la siguiente:

BA completo.

Debilidad de dorsiflexión de tobillo derecho 4+/5. Resto 5/5. Ataxia de extremidades derechas. Deambulación atáxica leve. Barthel 90.

Fue remitida a Terapia Ocupacional para reentrenamiento y ayudas para las tareas cotidianas, y está pendiente de revisión por nuestra parte al terminar dicho tratamiento".

CUARTO.- Mediante escrito presentado el 13 de enero de 2010, la reclamante propone como medios de prueba la testifical de x, compañera de habitación de x, y de x, neuróloga del HURS; informe pericial, emitido por un profesional designado por la interesada; e informe, a aportar por la interesada, por el que se acredite la concurrencia de las secuelas por las que se reclama, así como su valoración.

En relación con esta proposición de prueba, la instructora dirige escrito al letrado de la reclamante, del siguiente tenor:

"Respecto a la prueba pericial, consistente en la emisión de Informe Médico Pericial sobre el contenido de la reclamación, se estima adecuada, si bien se le informa que deberá ser aportado de parte y a su costa. No obstante, se observa contradicción entre la prueba que denominan informe pericial (apartado a) y documental (d), pues por un lado dicen que la reclamante ha fallecido y por otro que padece lesiones por lo que presentaran informe valorativo sobre las mismas. Dicha contradicción también aparece en la reclamación inicial.

En cuanto a la testifical de la compañera de habitación le comunico que se considera oportuna, no obstante, al ser un acto que depende de la voluntad de la misma, su realización está condicionada a que x acepte su práctica.

En cuanto a la testifical de la Doctora x, le comunico que por motivos laborales no se podrá realizar presencialmente, por lo que deberá remitir por escrito a esta Instrucción las preguntas que desee formularle que se incorporarán al expediente administrativo.

La prueba documental aportada con el escrito de reclamación, se estima pertinente. La Historia Clínica e Informes de los profesionales se ha aportado a instancias de esta Instrucción".

QUINTO.- Posteriormente el letrado de la paciente solicita que la prueba testifical de x y de la facultativa Dra. x, se sustituya por la incorporación al expediente de las declaraciones de ambas. La propuesta se acepta por la instructora, aunque le indica que el informe correspondiente a la Dra. x se encuentra ya incorporado al expediente.

SEXTO.- Con fecha 22 de abril de 2010 la reclamante presenta escrito en el siguiente sentido:

a) Se adjunta declaración de x del siguiente tenor:

"Que efectivamente, yo fui la compañera de habitación de x la noche de los hechos por los que ha interpuesto reclamación administrativa.

Que puedo dar fe de que lo manifestado por x es cierto y que lo que pasó fue lo siguiente:

Que me di cuenta, aproximadamente a las once de la noche del 15 de octubre de 2008, de la pérdida de conocimiento de mi compañera, que se encontraba en una especie de estado vegetal, con síntomas que consistían en imposibilidad de moverse y de hablar, entre otros.

Esto sucedió súbitamente. Ella se encontraba en el aseo, y yo en mi cama. De repente pude escuchar golpes, tanto en las puertas de la ducha, como en la propia puerta del aseo. De repente, veo como se abre la puerta y ella aparece arrastrándose. Con mucho esfuerzo, logra incorporarse en su cama y le puedo escuchar: 'Luz, llama a alguien'. Yo avisé diciendo lo que pasaba, que x estaba en el aseo y que por favor viniesen a ayudarle, y no vino nadie. Debo explicar que yo no podía andar, estaba diagnosticada de Rabdiomiolisis.

Pude apreciar que permanecía con los ojos abiertos pero no podía hablar, no respondiendo a ninguna de mis preguntas. Mi cama estaba junto a la suya pero por mi estado no pude aproximarme para intentar ayudarla, yo no podía andar. No obstante, nos encontrábamos bastante cerca y pude ver como tenía los ojos abiertos, si bien no respondía a ninguna de mis palabras o gestos.

Ante esta situación, alerté a través de mi avisador a los facultativos hasta nueve veces... Ante mis avisos, logré que vinieran unos enfermeros, que acudían por esto y porque les avisé de que necesitaba la cuña. Una vez en la habitación, cuando les pedí que ayudaran a x, me contestaron: 'deja de avisarnos, primero era por ti, ahora por tu compañera... No está vegetal, está durmiendo'. A esto yo insistí que no era cierto, que había entrado en la habitación en buen estado: andando por su propio pie, hablando conmigo, y les conté todo lo que había pasado, pero no hicieron nada. Debo aclarar los citados enfermeros acudieron después de 3 o 4 horas de haber estado llamándoles para ayudar a x.

Nadie volvió acudir hasta las 10 de la mañana. Acudió personalmente la Doctora x, Doctora adscrita al servicio de Neurología del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia. En ese momento, le conté lo sucedido, ésta se dirigió a x, pudiendo comprobar que seguía sin contestar. Sus palabras fueron las siguientes:

'x, ¿qué ha pasado esta noche aquí?' x no pudo contestarle, sólo lloraba, por lo que yo le dije a la doctora que había presenciado todo lo sucedido esa noche. Acto seguido salió y llamó a todos los enfermeros responsables durante la noche, a quienes les llamó la atención, indicándoles que su deber era acudir ante cualquier aviso de las habitaciones. Y añadió que como consecuencia de no haberle atendido antes, su situación había empeorado. Literalmente, éstas fueron sus palabras:

'Si un paciente llama 10.000 veces, tenéis que acudir, porque está claro que aquí ha sucedido algo, anoche x estaba bien y ahora su situación ha empeorado notablemente, como consecuencia de no haberla atendido antes o a tiempo ahora veré que podemos hacer'.

Inmediatamente después, acudieron numerosos médicos y enfermeros que se llevaron a x de la habitación. La llevaron a urgencias de la Arrixaca, después de ser sometida a diferentes pruebas en el Hospital Reina Sofía, donde la operaron de un ictus, con el riesgo de ser intervenida a vida o muerte.

Todo lo manifestado es cierto y puedo dar fe de ello personalmente en el momento en que sea requerida para ello".

b) Enumera las preguntas del interrogatorio que solicita se traslade a la doctora x, a las cuales dicha facultativa contesta del siguiente modo:

"Con relación a las preguntas formuladas por x, expongo:

- Primera pregunta: si conoce el caso por el cual se le toma declaración.

Respuesta: Conozco el caso de la paciente x.

- Segunda pregunta: si conoce a la paciente x

.

Respuesta: Conozco a la paciente x.

- Tercera pregunta: si conoce a la paciente x.

Respuesta: Conozco a la paciente x.

- Cuarta pregunta: previamente, se interesa que se le muestre la declaración firmada por x (documento nº 1), para una vez leída, preguntarle lo siguiente:

- Si es cierto lo manifestado por x.

Respuesta: desconozco los acontecimientos relatados por x.

- Si niega tener conocimiento de este incidente, se le pregunta que cómo explica entonces la declaración de x.

Respuesta: desconozco los propósitos de dicha declaración.

En informe de neurología correspondiente al folio 17 (se solicita que le exhiba), la doctora establece el sufrimiento de un empeoramiento en el proceso de x: ¿puede explicar a qué se debió ese empeoramiento?:

Respuesta:

x ingresó en el Hospital Universitario Reina Sofía tras haber sufrido el siguiente proceso: una oclusión de la carótida interna izquierda por una disección traumática de la misma y un ictus isquémico en la arteria cerebral media izquierda secundario.

La disección de dicha arteria se define como la ruptura de la pared arterial con la creación de un espacio intraparietal ocupado por sangre que disminuye la luz del vaso. Como factores causales se encuentran traumatismos en la zona (I) o el consumo de tóxicos como la cocaína (2,3).

Las manifestaciones clínicas de este proceso incluyen: ictus (50%), isquemia cerebral transitoria (30%), dolor cervical o síndrome de Horner.

El pronóstico del proceso es variable: muerte en menos del 10 % de los casos, secuelas neurológicas mayores del 5-6 %, secuelas neurológicas menores en el 15% y sin secuelas el 70%. (4)

La paciente x al ingreso presentaba un ictus en el territorio de la arteria cerebral media izquierda por embolia arteria-arteria secundaria a la trombosis de arteria carótida interna (por la disección traumática. El primer día de ingreso (14/10/2008) sufrió una progresión del infarto cerebral, siendo una de las posibles evoluciones naturales del mismo.

- x fue operada de un ictus, en la Arrixaca, tras los hechos descritos por x, ¿considera que ese ictus pudo producirse por no haber recibido la atención médica adecuada en el momento preciso, según el relato de hechos de x?

Respuesta: La enferma x fue trasladada al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, al servicio de Neuro-Radiología intervencionista el día 24 de Octubre de 2008 para realizar una Arteriografía diagnóstica de forma programada (no urgente). El día 29 de Octubre volvió a enviarse a dicho servicio para una Arteriografía terapéutica (colocación de un Stent en la carótida interna izquierda) por el alto riesgo trombótico y por tanto de nuevos ictus cerebrales.

- ¿Considera que, en caso de ser cierto lo relatado por x, el retraso en la asistencia sanitaria pudo ocasionar un empeoramiento de x?

Respuesta: Desconozco los acontecimientos relatados por x.

- ¿Considera las secuelas que se recoge en su informe neurológico de 1 de diciembre de 2009, pueden deberse a este incidente del que le damos cuenta y que nos relata x?

Respuesta: Las secuelas de x entran dentro de la evolución natural del caso que nos ocupa".

SÉPTIMO.- El 15 de septiembre de 2014 emite informe la Inspección Médica, en el que tras efectuar las consideraciones médicas que se estimaron oportunas, concluye lo siguiente:

"CONCLUSIONES.

1. x de 37 años de edad en el momento de los hechos, sufrió un ictus isquémico en el territorio de la ACM izquierda por posible embolismo arteria-arteria tras trombosis de la A. carótida interna izquierda por disección de la misma. Dentro de las causas posibles de la disección se encuentran la traumática y la debida al consumo de drogas.

2. La clínica que presentó la paciente desde la primera atención el día 14 de octubre de 2008 fue fluctuante, con mejoría inicial seguida de empeoramiento y mejoría final.

3. No se comprueba que hubiera una desatención por parte del personal de enfermería. Si hubiera habido un retraso en la detección del agravamiento sufrido en planta, esta circunstancia no hubiera modificado ni la actitud sanitaria ni el resultado final.

4. Las secuelas en todo caso leves, que le permiten la independencia para las actividades básicas de la vida diaria, son debidas a la patología que presentó y no a otras circunstancias.

5. La asistencia sanitaria prestada en los dos hospitales públicos del SMS, fue ajustada al buen hacer".

OCTAVO.- La aseguradora remite informe realizado de forma colegiada por dos facultativos especialistas en Neurología, en el que tras analizar la historia clínica de la paciente y el resto de documentos incorporados en fase probatoria, llevan a cabo las consideraciones técnico médicas que estima pertinentes, y concluyen del siguiente modo:

"1. La paciente sufrió un infarto cerebral como consecuencia de una estenosis arterial carotida por una disección, probablemente traumática, aunque su condición de consumidora de drogas pudo también tener un papel etiológico.

2. Aunque la paciente fue correctamente diagnosticada y tratada desde su ingreso en el servicio de urgencias, el día 14 de Octubre de 2008, el curso del infarto cerebral fue progresivo en las primeras horas de evolución, lo que determinó un empeoramiento en las primeras horas, para posteriormente experimentar una paulatina mejoría hasta el alta.

3. La paciente presentaba una situación de independencia funcional con secuelas menores antes de haber transcurrido un año del episodio y estas secuelas son achacables al infarto cerebral que sufrió.

4. En un porcentaje que puede llegar hasta un 40% de los casos, los pacientes con un ictus en evolución pueden sufrir un infarto progresivo.

5. En la actualidad no existe un tratamiento específico para este tipo de infartos.

6. En este caso existe una clara discrepancia entre lo que está documentado en la historia clínica, lo manifestado por la neuróloga que la atendió y lo que refiere la paciente en su reclamación, referente a una supuesta inatención y dejación de prestación de los cuidados sanitarios adecuados durante la noche del día 15 de Octubre y numerosas inconsistencias y contradicciones en lo aducido en la reclamación y lo manifestado por su compañera de habitación en su testimonio de los hechos.

7. En cualquier caso, el curso de la paciente durante su ingreso es plenamente previsible, congruente y esperable en el caso de un infarto cerebral progresivo y no hemos encontrado otras circunstancias externas anómalas que pudieran justificar de otra manera la evolución clínica que siguió.

8. El proceso diagnóstico y terapéutico que se siguió con la paciente fue en todo momento correcto en tiempo y forma.

9. En la actuación de los profesionales que atendieron a la paciente a lo largo de toda su evolución, de los datos que conocemos, no se desprenden situaciones que no estén en el marco del buen hacer médico y adecuadas a las guías de recomendaciones actualmente vigentes".

NOVENO.- Concedido trámite de audiencia a la interesada a través de su dirección letrada, por los abogados a quienes había designado para que la representaran se presenta escrito mediante el que comunican su renuncia a la defensa y representación de x, "ya que no tienen conocimiento de localización de esta persona ni han podido contactar con ella tras intentarlo en reiteradas ocasiones".

Ante esta circunstancia la instructora concede un nuevo trámite de audiencia a la interesada mediante escrito que se dirige a su domicilio particular, y que, según se acredita con el documento que obra al folio 217 bis, fue entregado a persona debidamente identificada que se encontraba en dicho domicilio. La reclamante no comparece ni formula alegación alguna.

DÉCIMO.- La propuesta de resolución, de 23 de junio de 2015, desestima la reclamación presentada, al considerar que la actuación sanitaria prestada fue conforme a la *lex artis*, por lo que se excluye la antijuridicidad del daño y, por tanto, la responsabilidad de la Administración sanitaria, ya que las secuelas que dice padecer se deben al infarto cerebral que sufrió y no a una negligente actuación médica.

En la fecha y por el órgano indicados en el encabezamiento del presente se solicitó de este Consejo Jurídico la emisión de su preceptivo Dictamen, acompañando el expediente e índice de documentos del mismo.

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 12 del Real Decreto 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. Por lo que se refiere a la legitimación activa, la reclamante está legitimada para solicitar indemnización por los daños alegados.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a 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 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), no puede oponerse objeción al respecto, vista la fecha de las actuaciones sanitarias en cuestión, especialmente la de la fecha de alta hospitalaria (31 de octubre de 2008) y la de la presentación de la reclamación (15 de octubre de 2009).

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 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. 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.

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 entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación de infracción a la *lex artis ad hoc* sanitaria.

La reclamación objeto del presente Dictamen, basa su pretensión indemnizatoria en la directa relación de causalidad entre la asistencia facultativa prestada y las secuelas existentes (pérdida de movilidad y sensibilidad en el lado derecho del cuerpo), de tal modo que relaciona la presencia de dichas secuelas con un hipotético

abandono asistencial por parte del personal que se encontraba de guardia la noche del 15 de octubre de 2008, que no acudieron a auxiliarla cuando se cayó de la cama, permaneciendo doce horas en dicha situación.

Pues bien, de lo actuado cabe concluir que tal circunstancia no ha quedado probada por la reclamante a quien incumbe de acuerdo con lo que, al respecto, se establece en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. En efecto, por un lado, no aparece ni en la historia clínica ni en el protocolo de caídas del HURS constancia alguna de la que alega haber sufrido la paciente y, por otro, solo se ha utilizado como medio de prueba de tal circunstancia la declaración de su compañera de habitación reproducida íntegramente en el Antecedente Sexto, a) del presente Dictamen, sin que la misma tenga virtualidad suficiente para acreditar la versión mantenida por la paciente, ya que incurre en numerosas contradicciones que se reflejan detalladamente en el fundamento jurídico undécimo de la propuesta de resolución, cuyo contenido comparte íntegramente este Consejo Jurídico.

Pero, es más, según señalan tanto la Inspección Médica como los peritos de la aseguradora, aun admitiendo, a efectos puramente dialécticos, que la desatención se hubiese producido, no cabría establecer una relación directa de la misma con las secuelas que padece x, las cuales se deben única y exclusivamente al infarto cerebral que sufrió, *"siendo el curso de la paciente durante su ingreso plenamente previsible, congruente y esperable en el caso de un infarto cerebral progresivo y no hemos encontrado otras circunstancias externas anómalas que pudieran justificar de otra manera la evolución clínica que siguió"* (folio 210 vuelto de las conclusiones del informe de la aseguradora). Indicando la Inspección Médica (folio 200) que *"no se comprueba que hubiera una desatención por parte del personal de enfermería. Si hubiera habido un retraso en la detección del agravamiento sufrido en planta, esta circunstancia no hubiera modificado ni la actitud sanitaria ni el resultado final"*.

En lo que se refiere al resto de actuaciones médicas y a la acreditación de las secuelas que afirma padecer, hay que destacar que los términos tan genéricos en los que se expresa la reclamación, la ausencia de informes periciales de parte (a pesar de que reiteradamente se anunciaba su aportación), y el aparente abandono de la acción por parte de la reclamante, que no ha comparecido en el trámite de audiencia conferido por la instrucción, para discutir las apreciaciones técnicas que obran en el expediente y que afirman la adecuación a normopraxis de todas las actuaciones sanitarias desarrolladas sobre la paciente, así como la levedad de las secuelas, excusan el análisis exhaustivo de la praxis médica desarrollada, el cual, no obstante, ya se contiene tanto en la propuesta de resolución, como en los informes técnicos obrantes en el expediente y cuya reproducción, al menos en sus términos esenciales, se ha acometido en los antecedentes de este Dictamen.

Baste, por tanto, señalar que de las actuaciones practicadas durante la instrucción del procedimiento, singularmente del informe de la Inspección Médica, se desprende que la de los facultativos intervinientes fue ajustada a normopraxis y que las secuelas de la reclamante no se deben a una eventual negligencia en la actuación de los servicios sanitarios públicos, sino a una consecuencia del infarto cerebral que sufrió, lo que se produjo a pesar de que la asistencia que se le dispensó siempre fue ajustada a la *lex artis*.

Tampoco se ha cuantificado el daño, lo que ahonda en los motivos desestimatorios.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- 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.

