



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **124/2019**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 27 de marzo de 2019, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 25 de agosto de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.<sup>a</sup> X, luego D.<sup>a</sup> Y y otra, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **248/17**), aprobando el siguiente Dictamen.

## **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** El 20 de octubre de 2014 D.<sup>a</sup> X presentó un manuscrito en el Hospital Universitario "*Virgen de La Arrixaca*" (HUVA), luego remitido al Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud (SMS), en el que, en síntesis, expresaba lo siguiente.

A primeros de febrero de 2013 "*más o menos*" acudió a la consulta de la doctora Z (su médico de Atención Primaria) por un dolor de elevada intensidad en el muslo izquierdo, siendo tratada con analgésicos. Volvió varias veces a dicha consulta y como la doctora estaba "*empeñada*" en que el dolor provenía de las "*almohadillas de la rodilla*", siguió recetándole analgésicos. Al no mejorar, le pidió que la derivase al especialista, pero dicha doctora le dijo que no era necesario y, a primeros de julio, le indicó una radiografía de la rodilla, pero no del muslo. Realizada la radiografía, la remite al especialista, que la ve el 5 de dicho mes, prescribiéndole pruebas y medicación (diazepam), y la cita para dos meses después.

No obstante, acudió "*el día de la huelga*" al Servicio de Urgencias del HUVA (19 de junio de 2013, según el expediente), porque el dolor era insoportable, donde sólo le prescriben calmantes, remitiéndola a su Traumatólogo de zona.

Añade que como aún faltaba para la cita con el Traumatólogo y estaba "*rabiando*" de dolor, presentó una reclamación ante el HUVA el 19 de septiembre de 2013 (de la que acompaña copia), centro que le adelantó la cita para el siguiente 8 de octubre (según escrito que adjunta), añadiendo la interesada que "*desde aquí todo bien*".

La reclamante considera que existió "*falta de profesionalidad y de humanidad*" en su asistencia sanitaria desde el citado mes de febrero hasta octubre de 2013, solicitando que la indemnicen por el dolor y sufrimientos agravados

padecidos, sin mayor concreción.

Adjunta diversos documentos de su historia clínica en el HUVA, además de los ya citados.

**SEGUNDO.-** El 17 de noviembre de 2014, el Director Gerente del SMS dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación, lo que fue notificado a los interesados.

En esa misma fecha se solicitó a la Gerencia del Área I de Salud la historia clínica de la reclamante e informes de los profesionales que la asistieron.

**TERCERO.-** Considerando la instrucción que la paciente está actualmente adscrita al Área VI de Salud y por ello la Gerencia del Área I no podía facilitar la historia clínica relativa a los hechos a que se refiere, mediante oficio de 15 de diciembre de 2014 solicitó a la Gerencia del Área VI que le remitiera dicha historia, a fin de poder solicitar luego informe a la facultativa a la que se refiere la reclamación.

**CUARTO.-** El 16 de enero de 2015 la reclamante presenta un escrito en el que relata los efectos incapacitantes que sufre, adjuntando diversos informes de su historia clínica en el HUVA, entre los que destacan los relativos a su ingreso y tratamiento en éste desde el 16 de octubre de 2013, con el diagnóstico de histiocitoma fibroso maligno (HFM) de fémur izquierdo, y la intervención quirúrgica de resección de la tumoración realizada el 6 de noviembre de 2013, así como la posterior quimioterapia. Afirma que los daños padecidos habrían sido menores si se la hubiese asistido correctamente en su momento. Cuantifica la indemnización solicitada en 75.000 euros.

**QUINTO.-** Mediante oficio de 11 de junio de 2015 la Dirección Gerencia del Área de Salud VI remitió la historia clínica de la paciente (desde 2009 hasta el momento, en los Centros de Salud de Aljucer y de Vistalegre-La Flota) e informe de 7 de mayo de 2015 de la Dra. W, sobre la asistencia a la paciente desde su adscripción al segundo de dichos Centros de Salud en noviembre de 2013.

**SEXTO.-** Mediante oficio de 21 de julio de 2015 la Dirección Gerencia del Área de Salud I remitió la historia clínica de la paciente en el HUVA e informe de la misma fecha de la Dra. Z, emitido a la vista de la historia clínica de la paciente en el Centro de Salud de Aljucer, relativa a la asistencia objeto de reclamación.

En dicho informe la facultativa se refiere, por un lado, a las asistencias prestadas a la reclamante desde que acudió el 17 de abril de 2013 a dicho Centro de Salud, negando cualquier consulta de la paciente en dicho Centro con anterioridad a esa fecha que estuviese relacionada con los problemas a que se refiere en su escrito.

Así, en este punto expresa lo siguiente:

"En cuanto a la radiografía de rodilla a la que se refiere (la reclamante), fue solicitada el 17-4-2013 por la Dra. Q,

sustituta ese día en la consulta, porque acudió refiriendo dolor de características mecánicas que relacionaba con mala postura. A la exploración presentaba rodilla deformada, signos de roce patelar positivo con maniobra de exploración de menisco interno patológica, no mejora con ibuprofeno, se pide radiografía y valorar RM para valorar menisco. Se inicia tto. con acoxxel, paracetamol y condrosan.

El día 22-4-2013 es vista por mí en consulta, refiriendo que había mejorado y no había por lo tanto iniciado tratamiento. La radiografía presentaba osteofitos marginales bilaterales más en el lado interno, sin pinzamiento articular.

Desde el día 22-4-13 hasta el 15-7-13 no existe en historia clínica ninguna visita por su parte a mi consulta. Las visitas anteriores al día 22-4-13 realizadas por mí son el 19-12-12 para valoración de un cuadro depresivo y el 22-3-13 para una petición analítica de control".

Por otra parte, se refiere a la asistencia prestada desde el 15 de julio de 2013, destacando la interconsulta realizada al traumatólogo de zona y las pruebas realizadas, expresando lo siguiente:

*"El día 15 de julio de 2013 acude a la consulta refiriendo dolor lumbar que irradiaba a pierna izquierda de 3 meses de evolución. No existe en la historia clínica ninguna visita en relación a dicha sintomatología anterior a esa fecha por lo que es totalmente falso que "a primeros de febrero acudiera a consulta tratándome con analgésicos"... etc., y tampoco existe en la historia clínica ninguna prescripción por mi parte de ningún analgésico hasta dicha fecha.*

De lo anteriormente expuesto, todo lo que continúa alegando: "acudí varias veces a consulta... almohadillas de la rodilla (jamás he usado ese término para referirme supongo que a los meniscos), repetidas visitas...", y JAMAS he dicho a ningún paciente la frase: "si solucionamos nosotras no hace falta acudir a especialistas...".

Tras exploración el día 15/07/2013 (apofisalgia lumbar con dolor y contractura ms. Bilateral, lasseque negativo) le prescribí tramadol 37.5/ paracetamol 325 mgr. y le pedí una radiografía de columna lumbar, en consonancia con la clínica que refería.

El día 23-7-2013, según consta en historia clínica, acude a consulta para valoración de la radiografía lumbar y es atendida por el médico sustituto (Dr. M.) ya que yo estaba en período de descanso vacacional. Según consta en Historia Clínica en la radiografía existe una disminución del espacio intervertebral L1-L2 y, al examen físico, leve marcha antiálgica, signos de lasseque negativo bilateral y leve dolor a la palpación local.

De nuevo acude a consulta el 12-8-13, (por lo) que ante la no mejoría realizo interconsulta a Traumatólogo de zona y le solicito, para adelantar, una RMN lumbar. Inicio tratamiento con dexametasona 4 mgr im. Por lo tanto, el 5-7-13 no acudió al especialista porque yo no la había derivado todavía y tampoco en esa fecha me había consultado por dicho motivo.

El 20 de septiembre de 2013 acude de nuevo a consulta habiendo sido vista por traumatología y me informa que la

RMN es normal y que está pendiente de una EMG. Le hago las recetas de diazepam e ibuprofeno que le había prescrito el traumatólogo de zona".

Finalmente la facultativa concluye:

"Por lo tanto, todo lo que refiere en la reclamación con respecto a mi actuación no concuerda con la realidad".

**SÉPTIMO.-** Mediante oficio de 4 de agosto de 2015 se solicitó informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante.

**OCTAVO.-** El 30 de noviembre de 2016, D.<sup>a</sup> Y y D.<sup>a</sup> N, en su calidad de hijas de la reclamante, presentan un escrito en el que expresan que su madre ha fallecido y que desean *"continuar con la denuncia"* presentada en su día por ésta frente al SMS, adjuntando copia del certificado de defunción, ocurrida el 15 anterior, y del Libro de Familia acreditativo de su filiación, aludiendo, en cuanto a los daños sufridos por su madre, que *"ha estado ?sin vida? desde 2013 hasta su fallecimiento"*.

**NOVENO.-** Obra en el expediente, aportado por la compañía aseguradora del SMS, un informe médico-pericial, de 5 de octubre de 2015, realizado por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología que, tras analizar los hechos y constatar la discrepancia entre los reflejados en la historia clínica y los expresados por la reclamante, realiza diversas consideraciones médicas y concluye lo siguiente:

"1.- Dña. X, de 51 años, había sido vista en varias ocasiones por su MAP y por el traumatólogo de Zona entre abril y septiembre de 2013, por un cuadro de dolor en rodilla izquierda y, posteriormente, por una lumbociática izquierda, patologías que fueron correctamente manejadas.

2.- El día 19/06/13 también fue vista en Urgencias del H.V. de La Arrixaca por un cuadro de gonalgia izquierda.

3.- Visita de nuevo en consulta de Traumatología en el Hospital el día 08/10/13, se le solicitaron nuevas radiografías, incluyendo fémur, donde se apreció la existencia de una tumoración ósea, por lo que el 16/10 se procedió al ingreso de la paciente para estudio en profundidad de tal lesión.

4.- Tras las diferentes pruebas diagnósticas, se diagnosticó un HFM, el cual, después de ser valorado por el Comité de Tumores, fue correctamente tratado mediante cirugía y quimioterapia, evitando la amputación. (...)

Tras el análisis de la documentación aportada, no se aprecia la existencia de mala praxis o de actuación no conforme a *lex artis ad hoc* por parte de ninguno de los profesionales que han participado en las asistencias a esta paciente, los cuales actuaron acorde con la clínica que presentaba la paciente en cada momento".

**DÉCIMO.-** Mediante oficio de 13 de marzo de 2017 se acuerda un trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, sin que conste su comparecencia ni la presentación de alegaciones.

**UNDÉCIMO.-** El 4 de agosto de 2017 se formula una propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por no existir relación de causalidad entre los daños por los que se solicita indemnización y la actuación sanitaria cuestionada.

**DUODÉCIMO.-** 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 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y normas reglamentarias de desarrollo, aplicables vista la fecha de iniciación del procedimiento.

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

I. En lo que a la legitimación activa respecta, la reclamación promotora del procedimiento fue presentada por la propia paciente, que solicitó una indemnización de 75.000 por los daños físicos que alegaba haber sufrido en su persona (Antecedente Cuarto), por lo que tenía legitimación para formular dicha pretensión.

Fallecida la paciente durante la tramitación del procedimiento, debemos recordar lo expresado en nuestro Dictamen nº 174/2016, de 22 de junio:

*"Como hemos señalado en anteriores casos análogos al presente, la jurisprudencia y la doctrina reconocen que el derecho sustantivo al resarcimiento que pudiese tener un eventual perjudicado o dañado por la actuación administrativa se integra en su patrimonio desde la producción de los daños de que se trate y es un derecho transmisible "inter vivos" o "mortis causa", integrándose en este último caso en el caudal hereditario y debiendo*

*estar a lo que legalmente proceda respecto de la herencia.*

*Ello, a su vez, tiene sus consecuencias en el orden procedimental, como sucede en el presente caso, en que se produce el fallecimiento de la causante durante la tramitación del procedimiento administrativo que promovió como reclamante. En este caso, a la vista de lo establecido en el artículo 32.3 LPAC en relación con las disposiciones civiles aplicables, debe considerarse que, bien la herencia yacente de la fallecida (si no consta su aceptación por los herederos), bien la correspondiente comunidad hereditaria (si consta tal aceptación) es el sujeto que la sucede en la referida posición de reclamante, salvo que conste otra cosa (vgr., una resolución judicial al respecto o la adjudicación fehaciente a un determinado heredero del derecho o crédito inherente a la reclamación administrativa de que se trate). Tal sucesión o subrogación opera "ex lege", conforme a lo establecido en el artículo 661 del Código Civil, sin perjuicio de lo que resultare de la aceptación o no de la herencia. En su traslación al procedimiento administrativo, ello implica que, en rigor, y salvo en los supuestos antes apuntados, la eventual solicitud que presentare un heredero, cuando constase la existencia de una pluralidad de ellos, para que se le tenga por subrogado en la posición de la causante en el procedimiento, como es el presente caso, sólo puede admitirse como una comparecencia en calidad de interesado y que actúa en beneficio de la herencia yacente o de la comunidad que forma con el resto de herederos, pero siendo ésta, en rigor, el sujeto al que ha de considerarse como reclamante, en sucesión legal de la reclamante inicial.*

*Por tanto, el órgano instructor debe considerar como sujeto reclamante, subrogado en la posición de la promotora inicial, bien a la herencia yacente de ésta (como entidad sin personalidad jurídica pero dotada de legitimación a estos efectos, vid. arts. 6.1,4º y 798 de la vigente Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC), supletoriamente aplicable), bien, en su caso, a la comunidad hereditaria correspondiente, si bien usualmente y ante el desconocimiento sobre si se ha llegado a producir o no la aceptación de la herencia, la Administración suele referirse al sujeto subrogado, y destinatario de la correspondiente resolución, como a "los herederos de..."*

*A partir de lo anterior, y conforme con lo previsto en el artículo 31.1,b) LPAC, la Administración podrá considerar legitimado para comparecer en el procedimiento a cualquiera de los herederos (salvo que conste la existencia de un específico administrador en caso de herencia yacente, en que habría de estarse a lo que particularmente procediera), y entender que actúa en beneficio de la correspondiente herencia o comunidad citadas (SSTS, Sala 1ª, de 16-9-85 y 25-6-95). Dicho heredero podrá a su vez conferir poder a un tercero para que a tales efectos le represente en el procedimiento".*

En el presente caso, tras el fallecimiento de la reclamante comparecen dos de sus hijas y manifiestan su voluntad de "continuar con la denuncia" (sic., debe entenderse que se refieren a la reclamación) presentada en su día por aquélla frente al SMS, sin formular otras pretensiones. Para que pueda considerarse a dichas personas como interesadas actuando precisa y concretamente en calidad de herederas, en beneficio, por tanto, de la comunidad hereditaria resultante del fallecimiento de la causante y como entidad subrogada legalmente en la posición de la inicial reclamante, es necesario la efectiva acreditación de su condición de herederas, lo que en el Derecho civil español se verifica con la declaración notarial de herederos "ab intestato" o el correspondiente testamento, no siendo suficiente la acreditación de la relación filial con la finada, que es sólo un presupuesto de la referida declaración notarial.

En consecuencia, para reconocer legitimación a las referidas comparecientes como interesadas actuando en beneficio de la comunidad hereditaria correspondiente, a fin de que ésta pueda entenderse subrogada en la posición de la reclamante inicial (y, por tanto, como entidad acreedora de la indemnización que, en mera hipótesis, pudiera reconocerse), debe requerírseles a aquéllas la presentación de alguno de los mencionados documentos acreditativos de su condición hereditaria. En su defecto, y como se razonó en el transcrito Dictamen, al no constar formalmente la existencia de comunidad hereditaria, habría que considerar como sucesora de la reclamante a su

herencia yacente (arts. 6.1, 4º y 797 y sgtes. LEC). Ello no impediría la acreditación de la referida condición hereditaria con posterioridad al dictado de la resolución del procedimiento (a efectos, por ejemplo, del supuesto, ya apuntado, de la percepción de una eventual indemnización).

Ahora bien, lo anterior no obsta para que, con la simple y acreditada relación filial de las comparecientes respecto de la reclamante inicial, y aún en el caso de que no llegara a constar su reconocimiento formal como herederas de la misma, se les deba reconocer, en todo caso, la condición de interesadas en el procedimiento, pues dicha relación filial presupone, al menos, un interés legítimo en su resolución (dada la condición civil de herederas legales que tienen dichas hijas), debiendo ser en tal caso consideradas como interesadas conforme con el supuesto previsto en el artículo 31.1,c) LPAC. En consecuencia, en el supuesto en que no constara formalmente, en los términos antes indicados, la condición de heredera de alguna de las comparecientes, debería considerarse a la herencia yacente de la reclamante inicial como la entidad formalmente sucesora de aquélla en el presente procedimiento, pero sin perjuicio de que deba notificarse a dichas hijas, en la indicada calidad de interesadas, la resolución que en definitiva se dicte.

En el mismo sentido pueden verse nuestros Dictámenes nº 113/2006, 365/2014 y 19/2019.

Por su parte, 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 titularidad.

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, vista la fecha de los hechos y la de la presentación de la reclamación.

III. Respecto al procedimiento tramitado, se ha seguido, en lo sustancial, lo establecido legal y reglamentariamente al efecto.

**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. No obstante, y como hemos reiterado en anteriores Dictámenes, habiéndose solicitado dicho informe y no siendo emitido hasta el momento, en el presente caso no resulta determinante, pudiendo entrarse en el fondo del asunto a la vista tanto de los informes obrantes en el expediente como de la falta de contradicción técnica de los mismos por parte de la reclamante.

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

I. De la reclamación reseñada en el Antecedente Primero, en unión del escrito reseñado en el Antecedente Cuarto, se desprende que se imputa a una errónea actuación sanitaria de una facultativa, la Dra. Z, en el nivel de Atención Primaria del SMS (concretamente, en el Centro de Salud de Aljucer, en la fecha de los hechos), y a la excesiva demora en la asistencia de los servicios sanitarios especializados (Traumatólogo de Zona, dependiente del HUCA), los dolores alegados por la reclamante, que dice padecidos desde primeros de febrero de 2013 (fecha sobre la que afirma que acudió por primera vez a la consulta de dicha doctora) y que le provocaban una incapacidad para tener una vida y actividad normales, hasta su fallecimiento. Esa eventual incapacidad temporal inherente a los referidos dolores, y la subsiguiente incapacidad permanente asimismo alegada por la inicial reclamante y padecida hasta su fallecimiento, constituyen los conceptos dañosos por los que se reclama indemnización y que habría que verificar. Las posteriores comparecientes en el procedimiento, dos hijas de la reclamante, como se expuso en la Consideración Segunda, I, se limitan a manifestar su deseo de continuar con la reclamación y no realizan más alegación ni formulan distinta pretensión de la efectuada en su día por la inicial reclamante más allá de alegar que tales dolores e incapacidad los sufrió ésta hasta su fallecimiento.

II. En cuanto a la efectiva acreditación de los daños por los que se solicita indemnización, cabe decir que de los informes médicos emitidos en el procedimiento se desprende la existencia de unas dolencias lumbares y de rodilla por las que acudió en su momento a los diferentes servicios sanitarios (aunque no en las fechas ni a los facultativos por ella expresados en sus escritos, según indican los informes médicos emitidos y se constata en su historia clínica en el nivel de Atención Primaria, según se verá). Ello es suficiente para tener por existente el presupuesto inicial de la responsabilidad patrimonial, la presencia de daños imputables al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, debiendo señalarse que no existe en el expediente un informe médico que hubiera evaluado en su momento el estado de la paciente a efectos de poder determinar unas secuelas que justificaran sus alegaciones de incapacidad permanente para la vida normal realizadas en el escrito reseñado en el Antecedente Cuarto, que efectúa sin apoyo en informe alguno. La improcedencia de la reclamación por los motivos que seguidamente se expresan dispensa en cualquier caso de una mayor instrucción al respecto.

III. Ahora bien, como se indicó en la anterior Consideración, para que pueda declararse la responsabilidad patrimonial administrativa se necesita acreditar una adecuada relación de causalidad entre la actuación sanitaria cuestionada y los daños por los que se solicita indemnización, lo que exige, entre otras cuestiones, determinar si, aun proviniendo fácticamente el daño de la cuestionada actuación u omisión sanitaria, ésta fue contraria o no a la "*lex artis ad hoc*" médica, pues de no serlo la relación de causalidad entre los daños y dicha actuación sanitaria habría de considerarse como no adecuada, en términos jurídicos, a efectos de generar responsabilidad patrimonial, dada la obligación de medios y no de resultados exigible en este ámbito a la Administración sanitaria.

A este respecto, y ante la total ausencia de informe médico aportado por la reclamante, hemos de remitirnos a lo expresado en los informes de la Dra. Z (f. 61 y 62 exp.), y del perito de la aseguradora del SMS (f. 182 y sgtes. exp.).

En cuanto a los hechos, ambos informes relacionan detalladamente las asistencias sanitarias a la paciente documentadas en el expediente, de los que se desprende, en síntesis, que, bien su misma existencia, en algunos casos, bien los motivos por los que acudía a la respectiva consulta, en otros, no coinciden con lo afirmado por la reclamante. El examen de la historia clínica en el nivel de Atención Primaria (vid. f. 41 a 58 exp.) así lo confirma.

En especial, resulta significativo la falta de constancia de la alegada consulta de febrero de 2013 y de que, en las efectivamente realizadas, hiciera referencia a dolores en el muslo, pues la historia clínica, por el contrario, demuestra que se quejó primero de la rodilla (de cuyo dolor mejoró luego, según su propia manifestación, hasta el punto de no aplicarse el tratamiento prescrito) y luego de la zona lumbar.

Además, y en este aspecto, la interesada omite expresar la realización de consultas que resultan muy relevantes para explicar la corrección de su asistencia sanitaria, como lo demuestra el informe de la Dra. Z al señalar:

"Tras exploración el día 15/07/2013 (apofisalgia lumbar con dolor y contractura ms. Bilateral, lasseque negativo) le prescribí tramadol 37.5/ paracetamol 325 mgr. y le pedí una radiografía de columna lumbar, en consonancia con la clínica que refería.

El día 23-7-2013, según consta en historia clínica, acude a consulta para valoración de la radiografía lumbar y es atendida por el médico sustituto (Dr. M.) ya que yo estaba en período de descanso vacacional. Según consta en Historia Clínica en la radiografía existe una disminución del espacio intervertebral L1-L2, y al examen físico leve marcha antiálgica, signos de lasseque negativo bilateral y leve dolor a la palpación local.

De nuevo acude a consulta el 12-8-13, (por lo) que ante la no mejoría realizo interconsulta a Traumatólogo de zona y le solicito, para adelantar, una RMN lumbar. Inicio tratamiento con dexametasona 4 mgr im. Por lo tanto, el 5-7-13 no acudió al especialista porque yo no la había derivado todavía y tampoco en esa fecha me había consultado por dicho motivo.

El 20 de septiembre de 2013 acude de nuevo a consulta habiendo sido vista por traumatología y me informa que la RMN es normal y que está pendiente de una EMG. Le hago las recetas de diazepam e ibuprofeno que le había prescrito el traumatólogo de zona".

Tras dicha última consulta, la cita a que finalmente se refiere la reclamante por el Servicio de Traumatología, se realiza el 8 de octubre siguiente, es decir, apenas 18 días después de la citada de septiembre cuya existencia omite. El informe de la aseguradora del SMS viene a considerar que es lógico que entonces, en dicha consulta de 8 de octubre de 2013, y tras comprobar el correspondiente especialista que los previos tratamientos dispensados en relación con la rodilla y zona lumbar de la paciente, a pesar de que en las pruebas realizadas se habían objetivado patologías en tales zonas que podían explicar sus dolores, se realiza una exploración de mayor alcance, llegando al examen del fémur izquierdo y advirtiendo un proceso tumoral en el mismo, cuyo tratamiento también considera correcto dicho informe.

Quiere decirse, pues, y en definitiva, que a partir de los hechos documentados en las historias clínicas, el informe de la aseguradora del SMS analiza las consultas realmente realizadas por la paciente, el motivo por el que se acudía a cada una de ellas, la clínica que se objetivaba en las respectivas exploraciones y pruebas realizadas, y concluye que en todo momento la asistencia se ajustó a la *"lex artis ad hoc"*, a cuyo efecto nos remitimos, en fin, a las consideraciones médicas efectuadas en su epígrafe IV (*"Análisis de la praxis médica"*, f. 184 exp.).

IV. A la vista de todo lo anterior y conforme con lo señalado en la Consideración precedente, debe concluirse que, a los pretendidos efectos de que se reconozca la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, no se acredita que exista una relación de causalidad jurídicamente adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios cuestionados 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 la siguiente

## CONCLUSIÓN

**ÚNICA.-** No existe relación de causalidad jurídicamente adecuada a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen, por lo que la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación por tales motivos, se dictamina favorablemente. Ello sin perjuicio de las modificaciones que hubieran de introducirse en la misma sobre la sucesión procedimental y la condición que hubiere de reconocerse a las comparecientes en el procedimiento, según lo expresado en la Consideración Segunda, I.

No obstante, V.E. resolverá.

