



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 208/2022

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 14 de septiembre de 2022, 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 28 de marzo de 2022 (COMINTER 92158 2022 03 28-01 50) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 30 de marzo de 2022, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.ª X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_103), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 18 de abril de 2016 D.ª X formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que presentaba, desde el 4 de agosto de 2015, síntomas de laceración en la cara interna superior del muslo derecho por roce con el contralateral, con aumento del dolor, eritema y tumefacción, con peor evolución en los días posteriores.

Explica que dicho cuadro empeoró el 7 de agosto y, como experimentaba fiebre, acudió a la consulta de su médico de Atención Primaria, a quien sustituía en aquel momento otro facultativo. Este segundo médico le diagnosticó amigdalitis estreptocócica y, sin mayor reconocimiento del enrojecimiento que tenía la reclamante en su muslo derecho, le prescribió un antibiótico por vía oral (*Azitromicina*) y una crema (*Adventan*) y *Fungarest* crema para el caso de que apareciesen hongos.

Asimismo, relata que, como continuaba con molestias, acudió el 9 de agosto al Centro de Salud de Las Torres de Cotillas, en donde se le diagnosticó un absceso en la raíz del muslo derecho. Allí también se le realizó una cura de

urgencia.

Debido a la gravedad que presentaba el absceso y dado que continuaba con fiebre, acudió al Hospital General Universitario *Morales Meseguer* (HMM) de Murcia. Entonces, se le programó una intervención para el siguiente 10 de agosto y para el día 11, para que se pudiera limpiar la zona engangrenada del muslo -que se había extendido- y causar una única cicatriz.

Con posterioridad, tuvo que permanecer en la Unidad de Cuidados Intensivos en observación, aunque estuvo ingresada en el hospital 22 días, hasta el 2 de septiembre, y no pudo desempeñar su profesión de cocinera de restaurante.

Añade que el médico que la operó le dijo que se podía haber evitado la intervención si se hubiese diagnosticado bien el absceso, ya que se encontraba en una zona visible, y que el día en que se la intervino estaba engangrenada y había sufrido el riesgo de haber perdido la pierna.

Por ello considera que, por esta razón, se le debe resarcir económicamente ya que, a su juicio, se cometió un error de diagnóstico determinante de una negligencia médica, pues se debería haber obtenido una muestra del líquido del absceso y haberle hecho un cultivo. Insiste en que el dolor y el calor que desprendía de su muslo derecho no obedecía tan sólo a un cuadro de rozadura o de hongos.

A eso añade que, de acuerdo con lo que se le dijo en el Centro de Salud de Las Torres de Cotillas el 9 de agosto de 2015, se incurrió también en un error de tratamiento.

Acerca de la valoración del daño por el que reclama, manifiesta que no puede precisarlo hasta que no se concrete debidamente.

Por lo que se refiere a los medios de prueba de los que pretende valerse, propone la documental consistente en su historia clínica que se encuentre depositada en el Centro de Salud de Ceutí.

Junto con el escrito, que está firmado conjuntamente por la reclamante y por un abogado, adjunta diversos documentos de carácter clínico y varias fotografías que muestran la cicatrización del absceso después de la operación y en la fecha en que se presenta la solicitud de indemnización.

SEGUNDO.- La reclamación se admite a trámite el 10 de mayo de 2016 y tres días más tarde se comunica ese hecho a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS), para que informe a la compañía de seguros correspondiente.

También se requiere a la Dirección Gerencia del Área de Salud VI-HMM para que remita copia de las historias

clínica de la interesada, tanto de Atención Primaria como Especializada (Centro de Salud de Ceutí) y los informes de los facultativos que la atendieron.

La misma documentación e información se solicita a la Dirección Gerencia de Urgencias Emergencias 061, dada la intervención del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Las Torres de Cotillas.

TERCERO.- El 7 de junio de 2016 se recibe la copia de la historia clínica demandada a la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 y el informe elaborado el 31 de mayo anterior por la enfermera que le atendió en la citada SUAP.

En él expone lo siguiente: *“El día 9 de Agosto de 2015, acude al centro de urgencia [la interesada], al servicio de curas programadas de los domingos.*

Tras ser vista por el médico de urgencias que diagnostica como quemadura pasa a mi cuidado para realizar una cura.

La enferma presenta en cara interior del muslo derecho un área inflamatoria, con enrojecimiento y una ampolla. Procedo al drenaje de la misma (Podría ser infecciosa o tal vez una celulitis y se lo advierto y lo hago constar en la historia clínica).

Curo con Furacin y (...). Pongo vendaje oclusivo.

Advierto con: “¡Vigilar!” en la historia y le advierto que si vuelve a aparecer fiebre (ya que la enferma me dijo que había tenido) o signos de infección (edema, rubor, tumefacción) acuda al Hospital Morales Meseguer ya que era domingo, y que tal vez no debería esperar al lunes”.

CUARTO.- Con fecha 8 de agosto de 2016 se recibe la documentación clínica, tanto de Atención Primaria como Especializada, demandada a la Dirección Gerencia del Área de Salud VI-HMM, con la que se acompaña un disco compacto (CD).

Se adjunta, asimismo, el informe emitido el 29 de julio de 2016 por el Dr. D. Y, médico de Medicina Familiar y Comunitaria, adscrito al Centro de Salud de Ceutí, en el que expone lo siguiente:

“- El día 7 de Agosto de 2015, como consta en el registro del programa OMI, realicé la consulta habitual en el Centro de Salud de Ceutí, viendo los pacientes asignados a mi cupo y los pacientes acumulados del Dr. (...) que se hallaba en período vacacional.

- Aunque queda acreditado con mi firma de la receta, que realicé la consulta a la paciente, no recuerdo la atención realizada, ni sus datos físicos, dado el tiempo transcurrido y al no estar adscrita a mi cupo de tarjetas sanitarias ni asistir a mi consulta de forma regular.

- En el registro de OMI no existe registro de la exploración ni las observaciones clínicas, estando sólo el registro del diagnóstico y las prescripciones reflejadas en la receta electrónica. Esta situación no es frecuente en mi práctica habitual, como puede verificarse en las consultas que realizo a diario. El defecto sólo puede ser debido al número de pacientes atendidos ese día al tener que realizar la asistencia a los pacientes de dos facultativos.

- En las alegaciones que realiza el letrado se dice que la paciente consultó por molestias en el muslo con fiebre alta y fue diagnosticada de amigdalitis estreptocócica, siéndole prescrito un antibiótico y 2 preparados para administrar en crema: Adventan y Fungarest, sin realizar exploración de la paciente.

Tales afirmaciones no resultan acordes con mi práctica habitual y la propia aseveración del letrado resulta incoherente, ya que no se puede diagnosticar una amigdalitis estreptocócica sin la visión de placas de pus en amígdalas o la realización del test apropiado para la detección del citado germen. Resulta evidente que fue necesario revisar la garganta de la paciente para realizar el diagnóstico de amigdalitis, siendo improcedente la afirmación de que la paciente fuera atendida "sin previo reconocimiento físico".

- La paciente fue tratada con antifúngicos y crema de esteroides, además del antibiótico: Azitromicina. La obesidad mórbida de la paciente favorece la aparición de micosis en pliegues cutáneos debidos a la humedad e hipersudoración, acrecentadas por el período estival, momento en que se realizó la consulta.

La prescripción de antifúngicos y su asociación a esteroides tópicos pudo ser debida a la exudación que debió presentar, en tales casos prescribo esteroides los primeros días, como queda acreditado en el tiempo de aplicación del producto, penúltima columna derecha de la receta electrónica; duración del tratamiento, en la que se recomienda 7 días, siendo antifúngico utilizado simultáneamente al principio del tratamiento y de forma única hasta la revisión del proceso o terminación del tratamiento, como queda expuesto en la misma columna: 14 días. Este proceder y la duración específica de cada producto no es compatible con la prescripción "sin previa exploración" de la paciente a que se hace mención en la exposición del letrado.

- En los casos que aprecio gravedad en el paciente durante la consulta, son remitidos con su correspondiente informe al Servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer. Este es el proceder habitual, que realizo según mi criterio profesional.

- La paciente fue revisada el día 9, 2 días después de la visita a mi consulta y valorada por otro facultativo en el Servicio de Urgencias de Las Torres de Cotillas, que procedió a la cura del absceso, siendo dada de alta a su domicilio con tratamiento tópico: Furacin.

Llama la atención que no se añadiera otro tratamiento antibiótico por vía oral o parenteral ni fuera remitido al servicio de urgencias hospitalario. Lo que induce a considerar que el facultativo de urgencias no apreció gravedad para derivar a la paciente a Urgencias del Hospital Morales Meseguer.

- En cuanto a la supuesta opinión del Dr. Z que intervino a la paciente 3 días después, considero que el cuadro pudo haber empeorado desde la visita del día 7 por posible sobreinfección de la lesión, ya que según el informe de alta presentó gangrena, que tiene origen en la bacteria clostridium y, como es bien conocido, origina un cuadro de evolución en pocas horas. Esta situación pudo verse favorecida por el tabaquismo y la obesidad mórbida de la paciente.

La prevención y el tratamiento precoz son las bases del trabajo que realizo diariamente, pero es previsible la evolución de un cuadro clínico como el de la paciente, ya que la situación basal expuesta y la resistencia a los antibióticos habituales hacen difícil su prevención.

En resumen:

La paciente fue atendida, revisada y diagnosticada de su proceso amigdalar durante la consulta, donde se le prescribió antibiótico de amplio espectro que es efectivo tanto en procesos amigdalares como en infecciones bacterianas cutáneas de los gérmenes más frecuentes, siendo además tratada con antifúngicos y corticoides que debían actuar como antiinflamatorios y facilitar la actuación del antifúngico.

Por lo expuesto anteriormente:

- Falta a la verdad, la afirmación realizada en la última línea del último párrafo de la alegación primera, que además se contradice a lo expuesto anteriormente en el mismo párrafo, donde se explicita que a la paciente se le prescribió antibiótico oral.

- Resulta inadecuada la acusación de "error de tratamiento" cuando está acreditada la prescripción de tratamiento antibiótico: Azitromicina.

- No hay una secuencia clínica que evidencie la gravedad inicial del cuadro, ya que la revisión del Servicio de Urgencias de Las Torres de Cotillas no procedió a añadir otro tratamiento antibiótico por vía general o a la derivación al servicio de Urgencias Hospitalario.

- Considero que la evolución del cuadro fue fortuita, auspiciada por la situación clínica expuesta, favorable a las infecciones cutáneas de la paciente.

- El defecto en el registro del programa OMI ha propiciado una demanda de responsabilidad patrimonial, aprovechando y retorciendo los datos de la evolución clínica de la paciente y olvidando que las enfermedades a veces pueden empeorar en pocas horas. En definitiva, es el intento de aprovechamiento de una enfermedad fortuita y desgraciada en su evolución, que no puede ser justificable según los datos y hechos expuestos".

QUINTO.- El 23 de agosto de 2016 se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud VI-HMM que el Dr. D. Z informe acerca de la asistencia que dispensó a la interesada. En concreto, se demanda que aclare si, en su opinión, la intervención quirúrgica se hubiera evitado con un buen diagnóstico del absceso, como afirma la reclamante.

SEXTO.- El 23 de septiembre se recibe el informe elaborado dos días antes por el Dr. D. Z, facultativo especialista de Cirugía General y Aparato Digestivo, en el que expone lo que se transcribe a continuación:

“- Que atendí a dicha paciente como cirujano de guardia (responsable de urgencias) por primera vez el 11/08/2015. La paciente había ingresado la noche del 09/08/2016 desde el Servicio de Urgencias de nuestro Centro con el diagnóstico de “Celulitis de MID” quedando a cargo del Servicio de Enfermedades Infecciosas. El día 10/08/2015 se realiza interconsulta desde dicho Servicio (...) a Cirugía, cambiando la responsabilidad de su atención a nuestro Servicio (de Cirugía) y realizándose desbridamiento y nueva cura de la herida ese mismo día. En el día siguiente, el 11/08/2015, el Dr. (...), cirujano responsable de la atención a los pacientes a cargo del Servicio de Cirugía hospitalizados en esa fecha advierte el mal aspecto del área afectada por la infección y, según procedimiento habitual, me lo comunica como cirujano de guardia para que tome la decisión más conveniente. La nota de registro del Dr. (...) dice literalmente “Pacient e ingresada por infección severa de tejidos blandos en muslo derecho. Ayer se realizó desbridamiento qx [quirúrgico]. En la cura de hoy aprecio zona flemonizada (la marco) y retiene pus por extremo de la herida superior. Curo con suero betadinizado y mecho 2 gasas con Irujol. Dejo en DA [dieta absoluta] y hablo con CG [Cirujano de guardia] para nueva valoración esta tarde por si procede cura en quirófano”.

- Que, tras valoración de la paciente la tarde del 11/08/2016 y ante la mala evolución con el tratamiento hasta la fecha (antibioterapia de amplio espectro y curas con desbridamiento local) decidí, coincidiendo con la opinión de mi colega, el Dr. (...), realizar un desbridamiento quirúrgico más amplio del área afecta por la celulitis inguinal, lo cual tuvo efecto a las 18:30 de ese mismo día en quirófano y bajo anestesia regional (raquídea). Por la posibilidad de un mal control de la sepsis (infección) a pesar de la intervención, la paciente pasó el postoperatorio inicial en UCI (del 11 al 13/08/2015) donde su recuperación fue progresiva y sin complicaciones. Se mantuvo ingreso en la planta de hospitalización del Servicio de Cirugía con curas y aproximación progresiva de los bordes de la herida quirúrgica hasta el 02/09/2015 en que fue dada de alta hospitalaria para continuar con cuidados ambulatorios.

- Que el cultivo del área infectada tomado el 10/08/2015 informó (14/08/2015) de la presencia de diversos gérmenes anaerobios, algunos resistentes a antibioterapia habitual: Fusobacterium nucleatum, Gardnerella vaginalis y Streptococcus Anginosus.

- Que el día 04/11/2015 fue revisada por mí en Consultas Externas donde registro “herida cerrada, con buen aspecto, mínima retracción en algún punto, no focos de hidradenitis, no edema en MID” y doy el alta definitiva a la paciente.

- Que en el escrito de la reclamación a la que tengo acceso se manifiesta que, según mis palabras en aquellas fechas “la operación a la que la [reclamante] fue sometida podría haberse evitado si hubiera realizado un buen diagnóstico del Absceso, ya que encontraba en una zona visible y el día que fue intervenida la zona se encontraba engangrenada, con riesgo inclusive de perder la pierna”.

- Que, aunque no recuerdo las conversaciones mantenidas con la paciente y sus familiares en esas fechas, me extraña que pudiera comentarles algo parecido ya que, por lo que pude deducir de la anamnesis de los informes de su Historia Clínica, la paciente presentaba una evolución anómala de una infección de partes blandas con un tratamiento hasta la fecha aparentemente adecuado, tanto el realizado de forma ambulatoria como en los días de hospitalización previos a mi actuación. Lo único que creo realmente acertado en la frase que se me atribuye es “que la zona se encontraba engangrenada” y la alusión al riesgo real de un mal resultado a pesar de la cirugía que se iba a realizar, tal como se manifiesta de la evolución clínica del cuadro y del cultivo de los gérmenes responsables (se trataba de una infección necrotizante por anaerobios, es decir, en términos habituales, una gangrena).

- Que, además, no suele ser mi estilo ni mi práctica habitual justificar una indicación quirúrgica con la actuación sanitaria realizada previamente por otros ya que, como cualquier médico con una mínima experiencia, sé que, lamentablemente, la evolución de los cuadros clínicos no siempre responde con éxito a la actuación de los profesionales sanitarios, por más adecuada que pueda ser ésta.

- Que la evolución clínica de esta infección ha sido tórpida debido fundamentalmente a la virulencia de los gérmenes implicados y a las condiciones físicas del área afectada y las propias de la paciente y, afortunadamente, se pudo resolver con éxito al tomar las medidas de forma adecuada a la situación clínica de la paciente en cada momento.

- Que, en resumen y pronunciándome expresamente sobre lo que se me pregunta, no creo que la intervención pudiera haberse evitado con medidas previas distintas a las tomadas ya que esta evolución no era razonablemente previsible al inicio del cuadro y sólo la evolución progresivamente agresiva de la infección hizo que la intervención fuera necesaria”.

SÉPTIMO.- El 11 de octubre de 2016 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar los informes valorativo y pericial correspondientes.

OCTAVO.- Obra en el expediente un informe médico pericial, realizado el 1 de diciembre de 2016, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por un médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica, en la que se contienen las siguientes conclusiones generales:

“1.- El tratamiento realizado por el médico de Atención Primaria para tratar la infección de partes blandas fue correcto.

2.- El lugar de la infección superficial es el habitual en los pacientes con obesidad mórbida, no llegando a una evolución tan grave que sea preciso intervenir.

3.- El tratamiento pautado en el hospital antes de la intervención quirúrgica fue correcto.

4.- La evolución de una infección superficial de la piel por roce, a una celulitis gangrenosa fue anómala, la evolución natural es a la curación con el tratamiento pautado.

5.- No hay un método diagnóstico que prevea la mala evolución, no está indicado el cultivo en la fase que acudió la paciente a la primera consulta.

6.- La evolución que tuvo no era previsible al inicio del cuadro.

7.- La indicación del tratamiento quirúrgico agresivo fue el correcto, realizándose en el momento adecuado y con la técnica correcta.

8.- No hubo error diagnóstico ni de tratamiento en esta paciente”.

Por esas razones se afirma que “*existen datos para concluir que se prestó una correcta asistencia sanitaria en el manejo del episodio asistencial de la paciente, ajustándose a la Lex Artis ad Hoc*”.

NOVENO.- La interesada presenta el 1 de marzo de 2017 un escrito con el que adjunta un informe realizado por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, con ejercicio profesional en el SMS, y master en valoración del daño corporal en el que se describe la asistencia que se le dispensó a la reclamante.

De igual modo, en la Conclusión Segunda se expone que para el tratamiento del absceso precisó de cirugía el 11 de agosto de 2015 y que el ingreso se mantuvo desde el día 9 de ese mes hasta el 2 de septiembre de 2015. Con posterioridad, recibió curas en su centro de salud, hasta que recibió el alta definitiva del Servicio de Cirugía el 4 de noviembre siguiente. Durante ese período se le concedió la incapacidad laboral transitoria desde 9 de agosto al 22 de octubre de 2015.

Debido a esas circunstancias, considera se deben valorar un período de incapacidad temporal de 87 días, de los cuales permaneció 74 días impedida para el desempeño de sus actividades y ocupaciones habituales (24 con ingreso hospitalario y 50 improductivos sin ingreso hospitalario) y 13 en período de recuperación no improductiva para el ejercicio de actividades básicas de la vida diaria.

En la Conclusión Cuarta explica que se sirve del sistema de valoración que se regula en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. Y añade que se deben reconocer 7 puntos por perjuicio estético moderado, sin que se puedan concretar secuelas por otras alteraciones anatómicas o funcionales.

Con el informe se adjunta un *Desglose de importes de la indemnización de accidente conforme a pericial*, en el que se expone el método que se emplea para cuantificar en 11.949,60 € el total de la indemnización que se solicita.

De igual modo, se acompañan copias de los partes médicos de baja o alta de incapacidad temporal de la interesada.

El 5 de abril de 2017 se remiten copias del informe a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS.

DÉCIMO.- El 14 de marzo de 2017 se concede audiencia a la reclamante y a la compañía aseguradora interesada para que pueda formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crea conveniente.

UNDÉCIMO.- El 24 de noviembre de 2021 se solicita a la Dirección Gerencia mencionada que remitan el resultado del análisis microbiológico de la zona engangrenada que se realizó a la reclamante entre los días 10 y 11 de agosto de 2015.

DUODÉCIMO.- El 13 de diciembre de 2021 se recibe los resultados analíticos solicitados, que se remiten tres días más tarde a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS.

DECIMOTERCERO.- Obra en el expediente administrativo el informe realizado por la Inspección Médica el 17 de diciembre de 2021 en el que se expone las siguientes conclusiones:

“1. [La reclamante] comenzó el 4/08/2015 con una laceración en la cara interna superior del muslo derecho, que fue tratada con azitromicina (por odinofagia y fiebre concomitante), Adventan y Fungarest crema. El antibiótico pautado está indicado tanto para las infecciones de garganta como para las de piel y tejidos blandos de gravedad moderada. Por otro lado, el aspirado de la lesión no está indicado de forma rutinaria en las infecciones simples, por su bajo coste-beneficio. La obesidad mórbida que presentaba la paciente favorece la aparición [de] micosis en pliegues cutáneos así como las infecciones cutáneas, acrecentadas por el período estival.

2. Posteriormente fue ingresada por un cuadro de gangrena en muslo, que precisó dos intervenciones quirúrgicas y hospitalización durante tres semanas. La fascitis necrosante es una infección rápidamente progresiva y de difícil diagnóstico en estadio temprano, que una vez instaurada fue tratada correctamente.

3. Por lo tanto, consideramos que no hubo error de diagnóstico ni terapéutico por parte del médico de Atención Primaria, ya que la evolución tórpida que presentó se debió fundamentalmente a la virulencia de los gérmenes implicados, las condiciones físicas del área afecta y de la propia paciente”.

Se envía una copia de este informe a la correduría de seguros del SMS el 20 de diciembre de 2021.

DECIMOCUARTO.- El 21 de diciembre se concede una nueva audiencia a la reclamante y a la aseguradora interesada pero no consta que hayan hecho uso de ese derecho.

DECIMOQUINTO.- Con fecha 16 de marzo de 2022 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los requisitos legalmente exigibles para que se pueda declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante un escrito recibido en este Consejo Jurídico el 28 de marzo de 2022, completado con el envío de un CD dos días más tarde.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo puesto que versa 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 los artículos 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 12 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RRP).

SEGUNDA.- Régimen jurídico aplicable, legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. En cuanto al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y que este Cuerpo legal y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPACAP establece que no resulta de aplicación a los procedimientos iniciados antes de su entrada en vigor, sino que se regirán por la normativa anterior. De conformidad con ello, el régimen legal que resulta aplicable en este caso es el que se contenía en la LPAC.

II. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien sufre los daños físicos por los que solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

III. En relación con el requisito del plazo, el artículo 142.5 LPAC establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente caso se sabe que a la interesada se le concedió el alta definitiva en el Servicio de Cirugía el 4 de noviembre de 2015. Por tanto, la reclamación se presentó el 28 de abril de 2016 dentro del plazo de un año establecido al efecto y, por tanto, de forma temporánea.

IV. 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, si bien se advierte que se ha sobrepasado con notable exceso el plazo de tramitación al que se refiere el artículo 13.3 RRP. Ello ha sido debido a que la Inspección Médica ha empleado más de cinco años en evacuar su informe.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, según el cual *“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.

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

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupos de personas.

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

causal.

3. Ausencia de fuerza mayor.

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

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 del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como se ha expuesto ya, la interesada solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización de 11.949,60 € como consecuencia del perjuicio estético y de la situación de incapacidad que padeció tras haber sufrido una gangrena, el 9 de agosto de 2015, en el muslo derecho. Como consecuencia de ello, se la tuvo que intervenir dos veces en HMM -por lo que le ha quedado una larga cicatriz- y tuvo que permanecer hospitalizada casi un mes.

La reclamante sostiene que el médico de Atención Primaria que la atendió dos días antes, el 7 de agosto, incurrió en un claro error de diagnóstico y de tratamiento.

A pesar de ello, la reclamante no ha presentado algún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que le ayude a sostener la realidad de esa imputación de mala praxis, aunque sí ha aportado un informe de valoración del Daño Corporal (Antecedente noveno de este Dictamen).

En este sentido, se debe recordar que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de práctica de prueba en el ámbito de los procedimientos administrativos, impone al actor la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la reclamación.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento la historia clínica de la interesada y varios informes. El primero, el del médico de Atención Primaria que asistió a la reclamante el 7 de agosto (Antecedente cuarto), y también los de la enfermera de urgencias de Atención Primaria que le efectuó una cura el 9 de agosto (Antecedente tercero) y el del cirujano que la operó dos días más tarde (Antecedente sexto).

Además, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, se ha presentado un informe pericial elaborado por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica (Antecedente octavo). Por último, también se ha traído al procedimiento el informe de la Inspección Médica (Antecedente decimotercero).

Pues bien, de la lectura de esa documentación y, en concreto, de los citados informes médicos, en particular el pericial y el de la Inspección Médica, se deduce que en la visita que la interesada realizó al Centro de Salud de Ceutí el 7 de agosto de 2015 se le recetó un antibiótico (azitromicina) que está indicado tanto para las infecciones de garganta (por la odinofagia que también sufría) como para las de piel y tejidos blandos de gravedad leve a moderada (Conclusión 1ª del informe de la Inspección Médica), que era muy probablemente el carácter de la lesión que entonces presentaba. Según se ha puesto de manifiesto en varios de los informes, la obesidad que presentaba la reclamante favorece la aparición de micosis en los pliegues cutáneos así como las infecciones de esa naturaleza, acrecentadas por el período estival. También coincide en esta apreciación el perito médico (Conclusión 2ª de su informe).

Es cierto que dos días después tuvo que ser intervenida en dos ocasiones de una infección gangrenosa en el

muslo. Sin embargo, la Inspección Médica destaca en su informe (Conclusión 2ª) que la fascitis necrosante es una infección rápidamente progresiva y de difícil diagnóstico en un estadio temprano que, una vez instaurada, fue, no obstante, tratada correctamente.

También considera la Inspectora Médica que la evolución tórpida que se produjo en este caso obedeció a la virulencia de los gérmenes actuantes (anaerobios que forman parte de la flora normal de la orofaringe, del tracto respiratorio superior y del tracto gastrointestinal) resistente en uno de los casos a la eritromicina y a la clindamicina. De igual forma, entiende la Inspectora que el agravamiento de la infección obedeció a las propias condiciones físicas del área física afecta y a las de la propia paciente.

Para el perito médico que ha intervenido a instancia de la compañía aseguradora del SMS, la evolución de la infección cutánea superficial inicial a una posterior gangrena fue inevitable e imprevisible. No existe ningún método diagnóstico que facilitara un diagnóstico más precoz y evitara ni la evolución que siguió (Conclusión 5ª) ni el desenlace que se produjo. A su juicio, la evolución no era previsible al inicio del cuadro (Conclusión 6ª) y, de hecho, fue anómala (Conclusión 4ª).

En este mismo sentido, los otros dos facultativos que asistieron a la reclamante (el médico de Atención Primaria al que se imputa el retraso y el error de tratamiento y el cirujano que la operó la primera vez) realizan consideraciones muy similares a las que se han expuesto. Interesa destacar, tan sólo, que el cirujano ha puesto de manifiesto que no creyó que la intervención pudiera haberse evitado con medidas previas distintas de las que se adoptaron, esta evolución no era razonablemente previsible al inicio del cuadro y sólo la evolución progresivamente agresiva de la infección hizo que la intervención fuera necesaria.

En consecuencia, no se puede considerar que se produjera errores de diagnóstico ni de tratamiento de alguna clase y, por ello, que exista una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y los daños por los que se reclama, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha demostrado. Por ello, se debe desestimar la solicitud de indemnización formulada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y los daños que se alegan, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha acreditado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.