



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 258/2022

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 25 de octubre 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 30 de mayo de 2022 (COMINTER 157316 2022 05 30-11 32), sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_173), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 27 de diciembre de 2019 D. X formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que el 26 de diciembre de 2018 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario *Santa María del Rossell* de Cartagena (HSMR) porque notaba pérdida de fuerza en la mano izquierda y sensación de hormigueo en la misma mano y en el lado izquierdo de la cara, con náuseas y mareo. Se le diagnosticó “crisis hipertensiva” y se le dio el alta ese mismo día.

Como la situación no mejoraba, el 27 de diciembre fue por la mañana al Centro de Salud de Los Dolores (Cartagena). Expone que tenía el brazo izquierdo y la pierna izquierda totalmente dormidos, el lado izquierdo de la cara y el ojo izquierdo con sensación de hormigueo y experimentaba molestias al andar.

Allí se le tomó la tensión y se le recomendó que se fuese a su casa a descansar y que volviera al hospital si la situación empeoraba.

Dado que continuaba con los mismos síntomas y no mejoraba, se trasladó después al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario *Santa Lucía* (HUSL), en el que se le diagnosticó “*síndrome lacunar sensitivo-motor izquierdo. ictus isquémico agudo lacunar talámico derecho*”. Por ese motivo, quedó ingresado en el Hospital citado, y recibió el alta el 31 de diciembre siguiente.

El interesado manifiesta que, en la actualidad, padece las siguientes dolencias: Hormigueo intenso y dolor en la mano izquierda hasta zona del codo, en la zona izquierda de la cara, en el labio izquierdo y en la zona del ojo, también en planta del pie. También expone que padece mareos y náuseas, pérdida de fuerza en la mano izquierda y dificultad para coger objetos pequeños. Reitera que, como consecuencia de las lesiones sufridas, continúa de baja médica y recibe tratamiento.

También sostiene que existe relación de causalidad entre la deficiente atención médica que recibió los días 26 y 27 de diciembre de 2018 en el HSMR y en el Centro de Salud de Los Dolores y dichos daños físicos que padece, puesto que se agravó su estado de salud porque no se detectó el ictus que padecía y no se le realizó ninguna prueba para determinar el alcance de las dolencias.

Insiste en que el personal sanitario incurrió en una mala praxis médica y en un grave error, tanto en el diagnóstico, en el juicio clínico y en el tratamiento prescrito como en la decisión de darle de alta y no realizarle todas las pruebas que resultasen necesarias hasta alcanzar un diagnóstico cierto.

Considera el reclamante que, en cualquier caso, se debía haber activado el código ictus y el Programa de Atención del Ictus en la Región de Murcia.

Asimismo, explica que realizará en su momento la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial por la que reclama, pero advierte que lo hará con sujeción a lo establecido en las tablas del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, Real Decreto Legislativo 8/2004 de 29 de octubre.

Por lo que se refiere a los medios de prueba de los que pretende servirse, propone una pericial médica que señala que presentará más adelante para valorar las lesiones.

Junto con el escrito aporta diversos documentos de carácter clínico.

SEGUNDO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 6 de febrero de 2020 y el día 12 de ese mes se solicita a la Dirección Gerencia del Área II de Salud que remita copias de las historias clínicas del reclamante de las que se disponga en el HSMR, en el HUSL y en el Centro de Salud de Los Dolores. De igual forma, se solicita que se aporten los informes de los facultativos que lo atendieron.

Además, el 15 de febrero de 2020 se informa de la presentación de la reclamación a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente.

La solicitud de documentación e información dirigida al Área II de Salud se reitera el 15 de abril de 2020.

TERCERO.- El 18 de mayo de 2020 se reciben dos informes médicos.

El primero es el elaborado el 5 de mayo por el Dr. D. Y, Jefe de Servicio de Urgencias del HUSL, en el que expone que *“... dicho paciente fue asistido en el servicio de Urgencias en la fecha de 26/12/2018 por presentar un cuadro de mareo con sensación de giro de objetos autolimitado, que se había iniciado esa misma mañana, acompañándose de sensación nauseosa, sin vómitos. No refería dolor torácico ni otra sintomatología. En la exploración de constantes se aprecia una Tensión arterial de 177/83, Frecuencia Cardíaca: 87, Saturación de Oxígeno del 95 %. El paciente está consciente y orientado, no presenta ingurgitación yugular, las arterias carótidas son presentes, simétricas y sin presencia de soplos carotídeos. La auscultación cardíaca es rítmica, sin presentar soplos; la auscultación pulmonar es normal sin ruidos patológicos. A nivel neurológico: las pupilas son isocóricas y normoreactivas, la movilidad ocular externa esta conservada, la exploración de pares craneales está centrada y simétrica, la exploración de la fuerza está conservada 5 sobre 5 en las 4 extremidades, la marcha es normal y no presenta signo de Romberg. Se le realiza una analítica de urgencias y un electrocardiograma estando estas pruebas dentro de la normalidad. Durante su estancia se le administra al paciente tratamiento con un antihipertensivo, captopril 25 miligramos sublingual, consiguiendo el control de las cifras tensionales con lo que se solucionó la clínica, siendo dado de alta y remitido a control de su médico de familia.*

- *Posteriormente el 27/12/18 volvió a aparecer el cuadro de mareo de tipo inestabilidad, acompañado de hormigueo en hemilabio superior izquierdo y mano y pie izquierdos, añadiéndose una sutil desviación de la comisura bucal. En la exploración el paciente está normotenso, la auscultación cardíaca es rítmica, sin soplos; la auscultación pulmonar es anodina. Está consciente y orientado, presenta lenguaje y habla normales. No hay extinciones ni negligencias. Los pares craneales, pupilas y movilidad ocular externa no presentan alteraciones siendo la campimetría por confrontación normal, no presenta nistagmus, y si se aprecia una sutil paresia facial izquierda. El sistema motor no presenta claudicación en maniobras antigravitatorias, con balance 5 sobre 5 en las cuatro extremidades, el reflejo cutáneo plantar es flexor bilateral, normal. La sensibilidad táctil es normal, con hemihipoestesia algésica facio braquío crural izquierda. No hay disimetrías. En la escala N IHSS empleada para la valoración de funciones neurológicas de forma rápida: funciones corticales, pares craneales superiores, función motora, sensibilidad, coordinación y lenguaje, da una puntuación de déficit neurológico leve de 2 (facial + sensibilidad). En esta situación se le realiza un TAC craneal que se informa: No evidencia de lesiones hemorrágicas intra ni extraaxiales. No se observan efectos de masa ni desviación de estructuras de la línea media. No hay hidrocefalia. En la ventana de hueso se aprecia sinupatía crónica. La impresión diagnóstica descarta lesiones hemorrágicas y/o isquémicas agudas establecidas.*

- *Con esta clínica se ingresa en la unidad de ictus por sospecha de síndrome lacunar sensitivo puro versus episodio de causa no cerebrovascular, comúnmente llamado «imitador de ictus» o stroke mimics (SM). El día 30/12/2018 se le realiza una Resonancia Magnética que informa de la presencia de escasos focos de hiperseñal en sustancia blanca subcortical y periventricular de ambos hemisferios por isquemia crónica de pequeño vaso. Infarto lacunar subagudo precoz en tálamo derecho por afectación de ramas tálamo-perforantes de ACP derecha”.*

El segundo informe es el realizado el 7 de mayo por el Dr. D. Z, Jefe de Servicio de Neurología del HUSL en el que se explica lo siguiente:

“1.- En el punto primero se alega que el día 26 de diciembre de 2018 acudió el paciente a urgencias de este hospital por “pérdida de fuerza en la mano izquierda y sensación de hormigueo en mano izquierdo y lado izquierdo de la cara, con náuseas y mareo”, diagnosticándose de crisis hipertensiva y siendo dado de alta sin diagnóstico de ictus cerebral. En el informe de urgencias de ese día se refiere como clínica del paciente “cuadro de mareo con sensación de giro autolimitado, que se ha iniciado desde esta mañana”, no refiriéndose clínica sensitiva ninguna. En el informe de ingreso del día 27 de diciembre se describe el comienzo de los síntomas al día 26 de diciembre a las 10 horas, por lo que suponemos que sí presentaba el paciente los síntomas sensitivos cuando acudió a urgencias el 26 de diciembre a las 12:48 horas.

El paciente permaneció ingresado hasta el 31 de diciembre siendo dado de alta de “síndrome lacunar sensitivo-motor izquierdo. Ictus isquémico agudo lacunar talámico derecho”.

2.- La clínica que refiere el paciente en la alegación segunda de “hormigueo intenso y dolor en mano izquierda hasta zona del codo, en la zona izquierda de la cara, labio izquierdo y zona del ojo, también en planta del pie” y “mareos y náuseas, pérdida de fuerza en mano izquierda, dificultad para coger objetos pequeños”, son las manifestaciones esperadas de un infarto talámico y las secuelas esperada con su patología.

3.- Es primordial detectar un ictus cerebral lo antes posible para instaurar las medidas agudas de tratamiento que limiten la evolución del ictus, pero estas medidas son eficaces según las características del ictus. La principal medida a considerar es la trombolisis (tratamiento intravenoso para destruir el trombo si existe), que no estuvo indicada en este paciente en ningún momento, por lo que a pesar del retraso diagnóstico no se le privó de ningún tratamiento que hubiera estado indicado el día anterior.

El diagnóstico de infarto lacunar implica un origen en patología de pequeñas arterias cerebrales producido por la edad y factores de riesgo vascular (hipertensión, diabetes, dislipemia y tabaco). El tratamiento instaurado en el paciente al alta, que no llevaba previamente, fue la aspirina de 100 mg y atorvastatina de 40 mg, ambos tratamientos son para prevenir el riesgo de repetición de ictus en el futuro, pero no son tratamientos para el ictus agudo en su caso, por lo que tampoco es de esperar que se hubiera provocado “una agravación del estado de salud al no detectarse, en un primer momento, el ictus” al no diagnosticarse el ictus hasta el día 27 cuando ingresó en el hospital.

Con los datos clínicos presentes en los documentos del hospital no existe justificación de una mala praxis médica y la actuación del médico de urgencias es la correcta con los datos que se refiere en el informe correspondiente. Tampoco hubo una demora injustificada en la prestación médica al paciente ya que, afortunadamente o desafortunadamente, no había más tratamiento agudo para iniciar en este caso, dado el tipo de etiología del ictus cerebral”.

CUARTO.- La documentación clínica de Atención Especializada requerida se recibe el 21 de mayo de 2020.

QUINTO.- El 27 de julio de 2020 se solicita a la Dirección Gerencia mencionada que remita la historia clínica de Atención Primaria que ya se había demandado.

SEXTO.- Con fecha 5 de febrero de 2021 se recibe copia de la historia clínica de Atención Primaria del reclamante y el informe suscrito el día 1 de dicho mes por la Dra. D.^a P, médica del Centro de Salud de Los Dolores, en el que se expone lo que se transcribe a continuación:

“El paciente acude al centro de salud, como urgencia, el 27/12/2018 por no mejora de clínica valorada el día anterior en urgencias hospitalarias, la clínica es de parestesias en hemicuerpo izquierdo (hemicara, pierna izquierda, de rodilla hacia abajo, y brazo izquierdo), la exploración neurológica es totalmente normal, y al haber transcurrido más de 24 horas desde inicio de síntomas y mejoría de los mismos tras ansiolítico sublingual, se le manda a casa, con la premisa de que si empeora deberá acudir a urgencias, lo cual ocurre durante la tarde donde se le realiza TAC en el que se descartan lesiones hemorrágicas y/o isquémicas agudas establecidas”.

SÉPTIMO.- La instructora del procedimiento acuerda el 8 de febrero de 2021 aceptar la prueba pericial propuesta por el interesado y por ello le concede un plazo de 30 días para que la aporte.

OCTAVO.- Un letrado, actuando en nombre del interesado, presenta el 15 de marzo de 2021 un escrito en el que se cuantifican provisionalmente los daños por los que se reclama, con arreglo al siguiente desglose:

A) Incapacidad temporal: 547 días.

- Moderados: 543.

- De hospitalización: 4.

B) Secuelas:

- Miembro superior izquierdo: 4 puntos.

- Miembro inferior izquierdo: 4 puntos.

- Trastorno orgánico personal leve: 20 puntos.

- Diplopía: 10 puntos.

Total de puntos: 38 puntos.

$543 \times 54,30 \text{ €} = 29.484,90 \text{ €}.$

$4 \times 78,31 \text{ €} = 313,24 \text{ €}.$

Secuelas: 38 puntos = 61.684,31 €.

Total = 91.482,45 €.

Factor de corrección: 10% = 9.148,24 €.

Total de indemnización = 100.630,69 €.

El abogado advierte que falta por cuantificar los gastos en los que ha incurrido su cliente y que se encuentra en trámites de que se le reconozca judicialmente la incapacidad permanente total que padece.

Asimismo, con el escrito adjunta un informe realizado el 28 de agosto de 2020 por el Dr. D. Q. En ese documento se contiene un apartado denominado *Resumen*, en el que se expone lo siguiente:

“El paciente padece una leucoencefalopatía crónica y secuelas de un ictus talámico con afectación funcional incompatible con todas las tareas típicas de su profesión habitual de chapista.

• Esas mismas enfermedades ocasionaron su ILT en 2018 la han mantenido a lo largo de 18 meses y sus secuelas no se han resuelto en ningún momento (incluso la médico de cabecera solicita en dos ocasiones fisioterapia/rehabilitación porque no ha mejorado en más de un año).

• Las secuelas que presenta son permanentes, crónicas e irreversibles.

• Por el tiempo transcurrido y los tratamientos realizados, se consideran secuelas definitivas sin posibilidad de curación y están agotadas todas las medidas terapéuticas”.

Y, asimismo, se concluye que *“El trabajador se encuentra limitado de forma permanente e irreversible para su profesión habitual de chapista de automóvil a consecuencia de las enfermedades crónicas que padece desde diciembre de 2018.*

La situación es compatible con una incapacidad permanente total para su profesión habitual”.

NOVENO.- El 5 de abril de 2021 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.

DÉCIMO.- El 16 de junio de 2021 se recibe el informe realizado el 2 de mayo de ese año, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por un médico especialista en Neurología, en el que se recogen las siguientes conclusiones:

“1. El paciente sufrió un infarto cerebral de tipo lacunar en el tálamo derecho que tuvo un curso progresivo o fluctuante.

2. Evolutivamente cursó con sintomatología compatible con un síndrome talámico (síndrome de Déjerine-Roussy) que tiene como secuela una alteración sensitiva (disestesia/alodinia) en el brazo izquierdo.

3. Es probable que el cuadro se iniciara en la mañana del día 26 de diciembre de 2018, sin hora precisa de inicio. El paciente acudió esa mañana al Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Sra. del Rosell de Cartagena, refiriendo mareo con sensación de giro autolimitados, náuseas y vómitos. No se anota en ese momento que el paciente refiriera otra sintomatología.

4. La exploración neurológica realizada en ese momento fue normal y se registraron cifras de TA elevadas, que una vez controladas, fue dado de alta con el diagnóstico de crisis hipertensiva.

5. Al día siguiente, acudió a su Centro de Salud. En esta ocasión, se reseña por primera vez la sintomatología sensitiva subjetiva en el hemicuerpo izquierdo, aunque no se puede corroborar en la exploración neurológica que sigue sin ofrecer datos de focalidad.

6. Ese mismo día, sobre las 12:00 h, acudió a Urgencias del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena. En la anamnesis recogida en urgencias, se anota que al despertar ese día sobre las 7:30 h, nota aumento de las parestesias en el brazo izquierdo, hipoestesia en hemicara izquierda y en pierna izquierda, con desviación de la comisura bucal percibida por su mujer. En esta ocasión, la exploración neurológica realizada en ese momento ya objetivó signos de focalidad neurológica: paresia facial izquierda con hemihipoestesia facial izquierda e hemihipoestesia en hemicuerpo izquierdo sin afectación de la fuerza.

7. Se realizó un TC craneal que no mostró lesiones isquémicas o hemorrágicas agudas y el paciente fue ingresado con el diagnóstico de sospecha de Hipoestesia sugerente de posible ictus subagudo de > 24 horas de evolución.

8. Durante su ingreso se realizó el estudio diagnóstico que permitió llegar al diagnóstico definitivo de infarto lacunar. El paciente fue revisado tras el alta en las consultas externas de Neurología, unos tres meses después. En esta revisión se anota que persisten las disestesias molestas para el paciente en partes del hemicuerpo izquierdo, sin otros déficits neurológicos y es dado de alta para ser seguido en Atención Primaria.

9. Transcurridos unos 15 meses tras el episodio el paciente fue reevaluado de nuevo a instancias de su médico de cabecera por persistencia de la misma clínica. En la exploración neurológica se reseña como únicos hallazgos patológicos alodinia en MSI y dolor o la presión sobre el túnel del carpo en ambas muñecas (Signos de Phalen y Tinnel) que posteriormente se confirma como secundario a la presencia de un síndrome del túnel carpiano bilateral con mayor afectación en la muñeca derecha.

10. En la reclamación de responsabilidad patrimonial que se ha presentado se afirma que ha existido mala praxis médica en la atención prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Sra. del Rosell el día 26 y en su Centro de Salud el día 27, por no haber activado el Código Ictus y no haber realizado todas las pruebas necesarias para llegar al diagnóstico, como así se hizo el día 27 en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario de Santa Lucía.

11. Para activar correctamente es necesaria la presencia objetiva de un déficit neurológico focal con un inicio

brusco, en hora conocida y la sospecha de un ictus en evolución. El día 26 en urgencias, no se daba ninguna de estas circunstancias, ni la sintomatología referida por el paciente (mareo, náuseas y vómitos) ni exploración neurológica normal (ausencia de focalidad neurológica objetiva) habrían justificado la sospecha diagnóstica de un ictus en evolución y por tanto tampoco la necesidad de activar el código ictus y de realizar otras pruebas complementarias.

12. Tampoco al día siguiente en su Centro de Salud habría estado justificada la activación del código ictus, ya que el paciente estaría fuera de la ventana temporal de activación del Código Ictus y aunque en esta ocasión sí se recoge por primera vez la sensación del paciente de la alteración sensitiva, esta no se pudo objetivar en la exploración neurológica, que se describe como normal, sin focalidad neurológica.

13. En cualquier caso, aun en el hipotético caso que se hubiera establecido una sospecha diagnóstica desde su primera visita a urgencias el día 26 porque la sintomatología sensitiva estuviera ya presente entonces y el paciente la hubiera referido a los médicos que le atendieron y ésta se hubiera constatado de forma objetiva en la exploración neurológica de ese momento, nada hubiera cambiado en la actitud terapéutica que se podría haber tomado, ya que la puntuación en la escala NIHSS hubiera sido de 1 punto (como fue un día más tarde), lo que contraindica el tratamiento con trombolisis iv (NIHSS >3 y <25), único tratamiento que ha demostrado alguna eficacia en este tipo ictus, aunque como hemos expresado con anterioridad, la evidencia científica sobre su beneficio en el infarto lacunar no es tan clara como en otros subtipos de ictus.

14. Por último, a la vista de las revisiones médicas realizadas al paciente desde el alta del Hospital General de Santa Lucía el día 31 de diciembre de 2018, las secuelas neurológicas como consecuencia del infarto lacunar sufrido han estado presentes desde el inicio de cuadro y no han tenido una evolución progresiva, como se sostiene en la reclamación, sino todo lo contrario, quince meses después del episodio solo se objetivaba la presencia de alodinia en el brazo izquierdo (sintomatología no susceptible de tratamiento rehabilitador) y el tratamiento que sigue tiene por objeto prevenir nuevas recurrencias (adiro y atorvastatina), para el control de la HTA diagnosticada posteriormente (olmesartan) o el alivio sintomático de las molestias que origina las disestesias (gabapentina)”.

El 16 de junio de 2021 se envía una copia de este informe a la Inspección Médica.

UNDÉCIMO.- El 14 de octubre de 2021 se concede audiencia al reclamante y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y aportar los documentos y justificantes que estimen pertinentes.

DUODÉCIMO.- El abogado del interesado presenta un escrito el 11 de noviembre de 2021 en el que sostiene que desde las 12:48 h del 26 de diciembre de 2018 hasta las 14:54 h del día siguiente, en que fue ingresado en el servicio de Neurología del HUSL, transcurrió un tiempo vital en el que se debería haber activado el Código Ictus (que establece unos tiempos de respuesta de entre 6 y 8 horas), haber sido atendido en la Unidad Ictus y recibido el tratamiento adecuado. Considera que eso hubiese posibilitado una evolución favorable del paciente, que no padecería las graves secuelas que ahora tiene, y que le incapacitan para su trabajo y vida cotidiana.

De igual modo, advierte que el Juzgado de lo Social 1 de Cartagena dictó una sentencia el 11 de mayo de 2021 en la que declaró que su cliente situación de incapacidad permanente total para su profesión habitual que, según

argumenta, está provocada por el ictus isquémico agudo lacunar que sufrió.

Con el escrito acompaña una copia de la citada resolución judicial.

DECIMOTERCERO.- Con fecha 27 de mayo de 2022 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los requisitos necesarios para que se pueda declarar la existencia de responsabilidad patrimonial, en especial, por no haber quedado acreditada la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio sanitario y el daño reclamado, cuya antijuridicidad tampoco ha quedado acreditada.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 30 de mayo de 2022.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación se ha formulado 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.

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPACAP 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 supuesto, según sostiene el interesado, se habría incurrido en la falta de diagnóstico correcto, de activación de Código Ictus y de implementación del tratamiento adecuado los días 26 y 27 de diciembre de 2018. Y la solicitud de indemnización se formuló el 27 de diciembre del año siguiente, esto es, de 2019.

Por tanto, con independencia del momento en que se pueda considerar que quedaron estabilizadas las secuelas que alega el reclamante, es evidente que la acción de resarcimiento se interpuso dentro del plazo de un año establecido al efecto y, por tanto, de forma temporánea.

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, si bien se advierte que se ha sobrepasado con exceso el plazo previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

Por último, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para resolver el procedimiento, de acuerdo con lo señalado en el Dictamen de este Consejo Jurídico núm. 193/2012.

Así, la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada asume las consideraciones médicas que se exponen en el informe pericial que remitió la compañía aseguradora del SMS. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que el reclamante no ha presentado ningún informe pericial que le permita sostener la realidad de sus imputaciones.

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 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) 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, el interesado solicita que se le reconozca el derecho a recibir una indemnización de 100.630,69 € como consecuencia de los daños físicos y de la situación de incapacidad temporal que sufrió tras un ictus isquémico agudo lacunar talámico que no le fue debidamente diagnosticado ni tratado, ni el 26 de diciembre de 2018 en el HSMR ni en la mañana del día siguiente en el Centro de Salud de Los Dolores. Denuncia que tampoco se le realizó alguna prueba para determinar el alcance de las dolencias que padecía.

Además, entiende que, en cualquier caso, se debería haber activado el Código Ictus y el Programa de Atención del Ictus en la Región de Murcia.

A pesar de ello, el 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 que realiza, aunque sí ha aportado un informe de valoración del Daño Corporal (Antecedente octavo 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 completa del interesado y los informes de los especialistas que le trataron (Antecedente tercero) y el de la médica de Atención Primaria que, asimismo, le asistió (Antecedente sexto). Además, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, se ha presentado un informe pericial elaborado por un especialista en Neurología (Antecedente décimo).

En este último informe se reconoce que el reclamante sufrió un infarto cerebral de tipo lacunar en el tálamo derecho (Conclusión 1ª). No obstante, se destaca que en la visita que realizó al Servicio de Urgencias del HSMR no presentaba una sintomatología que permitiera alcanzar ese diagnóstico (Conclusión 3ª) y que, de hecho, la exploración neurológica fue normal (Conclusión 4ª). Por tanto, no se podía sospechar que el paciente estuviese sufriendo un ictus y, por ello, activar el Código Ictus y realizar otras pruebas complementarias (Conclusión 11ª).

Al día siguiente, en su visita al Centro de Salud, tampoco se apreciaron signos de focalidad (Conclusión 5ª), aunque se advirtió por vez primera una sintomatología sensitiva subjetiva en el hemicuerpo izquierdo. Además, ya no resultaba posible activar el citado Código y, tampoco, se consideró necesario efectuar alguna otra prueba (Conclusión 12ª).

Fue poco más tarde, en el HUSL, cuando se objetivaron esos signos de focalidad neurológica (Conclusión 6ª), que motivaron que se le hiciese una TAC que no evidenció lesiones isquémicas o hemorrágicas agudas. No obstante,

sí que se sospechó entonces de un posible ictus subagudo en evolución (Conclusión 7ª). Durante el ingreso del reclamante se efectuó un estudio que permitió alcanzar el diagnóstico definitivo de infarto lacunar (Conclusión 8ª).

En los informes de los tres facultativos que atendieron al reclamante se recogen apreciaciones y consideraciones muy similares.

De otra parte, hay que destacar que las lesiones neurológicas que sufre el interesado son de escasa entidad (Conclusiones 8ª y 9ª del informe pericial), que ya estaban presentes desde un primer momento y que no han experimentado una evolución progresiva, sino que incluso han mejorado con el tiempo (Conclusión 14ª).

De manera significativa, el perito destaca que, en cualquier caso, aunque se hubiese podido establecer un diagnóstico precoz, no se habría modificado la actitud terapéutica porque no se hubiera podido implementar un tratamiento con trombolisis IV, que es el único que ha demostrado alguna eficacia en este tipo ictus (Conclusión 13ª).

Como también expone en la página 23 de su informe, este tratamiento está regido por unos criterios de selección de los pacientes muy estrictos, dado el riesgo no despreciable de transformación hemorrágica sintomática del infarto cerebral, que oscila entre un 2 y un 8 %, con graves consecuencias para el paciente. Por tanto, entre otros dos criterios, era preciso que el paciente presentase en el momento en que se debía tomar la decisión un déficit neurológico focal, estable y de suficiente gravedad como para que compensase el riesgo hemorrágico intrínseco del propio tratamiento. Sin embargo, el déficit que presentaba entonces el reclamante era muy escaso (1 punto), como se deduce del estudio de la documentación clínica. Para que hubiese sido candidato a la trombolisis su gravedad hubiese debido estar valorada entre 3 y 25 puntos, que no fue el caso.

Así pues, está claro que ni el día 26 ni a primera hora del día 27 presentaba el interesado una sintomatología y signos de focalidad que permitieran sospechar de que estaba sufriendo un ictus y que se debía, por tanto, activar el Código Ictus y someterlo a otras pruebas para confirmar ese diagnóstico.

Por el contrario, cuando ya presentó dicho signo de focalidad, un poco más tarde, en el HUSL, se le realizaron las pruebas pertinentes y se alcanzó el citado diagnóstico de sospecha, aunque eso no hubiera cambiado el tratamiento que se le hubiese aplicado, dado que su gravedad en aquel momento no era muy acusada.

En consecuencia, no se puede considerar que se hubiese incurrido, en los dos primeros centros sanitarios mencionados, en errores de diagnóstico o de tratamiento de alguna clase, o en la omisión de las pruebas que resultaban precisas, y, por ello, que exista una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y el daño por el que se reclama, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha demostrado. Por tanto, 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 el daño personal que se alega, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha acreditado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.

