



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **327/2022**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 19 de diciembre 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 9 de agosto de 2022 (COMINTER 228890), sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_260), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 23 de julio de 2020 una abogada, actuando en nombre de D. X, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que su cliente acudió sobre las 19:15 h del día 6 de ese mes al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario *Rafael Méndez* (HRM) de Lorca, tras sufrir una grave herida ocular y ser inicialmente atendido en su mutua laboral, que lo derivó a dicho centro sanitario.

En el Servicio de Urgencias del citado hospital, ante la gravedad de la herida y de su localización, se consideró necesario que le suturara el oftalmólogo de guardia. Por ello, los sanitarios del citado Servicio hospitalario trataron de localizarlo aunque, después de esperar más de tres horas sin recibir atención médica especializada ni tratamiento para reducir el dolor, le dijeron que no podían encontrarlo en ese momento.

Ante esa circunstancia, el paciente se vio obligado a trasladarse a otro hospital en el que se le pudiera atender correctamente. Señala, asimismo, que aunque así se hizo constar en el informe de Urgencias, no se trató de un alta voluntaria sino de un traslado obligado y por sus propios medios a otro centro, ya que ni se le prescribió ni se le prestó el servicio de traslado hospitalario.

Seguidamente, la abogada relata que su cliente fue atendido de inmediato en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) de Murcia.

También destaca que el diagnóstico operatorio tras la intervención quirúrgica, que se llevó a cabo dentro de las 24 horas siguientes al accidente, fue “*Traumatismo de vía lagrimal. Laceración Canalículo Superior y común*”, y que se le practicó una “*intubación Vía lagrimal (Monoka, Minimonoka, BCN). Reparación de traumatismo de vía lagrimal ojo izquierdo*”.

La abogada del reclamante considera que se le dispensó una mala asistencia sanitaria en el HRM y que tampoco se le facilitó el traslado en ambulancia, por lo que solicita una indemnización por los daños y perjuicios que se le causaron, así como por los costes de desplazamiento, los días de hospitalización, el daño moral y las posibles secuelas.

SEGUNDO.- Una Asesora Jurídica del Servicio Murciano de Salud solicita a la letrada, el 6 de agosto de 2020, que acredite la representación con la que dice intervenir en nombre del interesado mediante un medio válido en Derecho, y le concede un plazo para que se subsane ese defecto.

TERCERO.- La abogada presenta el 18 de noviembre de 2020 un escrito con el que adjunta una copia del acta de otorgamiento de representación a su favor, levantada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 236/2010, de 3 de septiembre, de Atención al Ciudadano en la Administración Pública de la Región de Murcia.

CUARTO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 18 de noviembre siguiente y ese mismo día se requiere al reclamante para que concrete el importe del resarcimiento económico que solicita y para que precise la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional que le remitió al Servicio de Urgencias del HRM.

También se da cuenta de ese hecho a la correduría del SMS para que informe a la compañía aseguradora correspondiente y se demanda a las Direcciones Gerencias de las Áreas de Salud I-HUVA y III-HRM que remitan las copias de las historias clínicas del interesado de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que le atendieron.

QUINTO.- Por medio de un escrito fechado el 2 de diciembre de 2020, el Director Gerente del Área de Salud III-HRM aporta una copia de la documentación clínica requerida y dos informes médicos.

El primero es el realizado por el Dr. D. Y, facultativo del Servicio de Urgencias del HRM, en el que expone que “*El día 6/7/2020 el paciente acude a Servicio de Urgencias Hospitalarias tras ser derivado y valorado por mutua laboral tras accidente en contexto laboral*”.

A su llegada se le realiza el triaje como Contusión Ocular, que según el sistema de triaje (nivel 4 según escala de

Manchester) se debe valorar al paciente en las próximas 2 horas como máximo. Atiendo al paciente a la hora de su llegada (siendo muy difícil la valoración antes debido a la presión asistencial de ese día) realizando la historia clínica y la exploración física en la que se evidencia la lesión descrita en la historia clínica.

Tras ser reevaluado el paciente de manera conjunta con otro facultativo con mayor experiencia clínica, se toma la decisión de consultar al Oftalmólogo de guardia de aquel día para que valorase al paciente y diera indicaciones sobre el manejo del mismo.

Intento contacto telefónico al “busca” del oftalmólogo de guardia (ya que este se encuentra de guardia localizada) en reiteradas ocasiones sin obtener ningún tipo de respuesta. Intento hasta en un par de ocasiones nuevo contacto telefónico mediante el número de teléfono privado del oftalmólogo de guardia, quien nuevamente no emite respuesta.

Comento situación al jefe de guardia de aquel día (Dr. ...) quien me recomienda actitud a seguir, continuar intentando el contacto telefónico con Oftalmólogo y esperar una respuesta ante un probable problema de índole técnico.

Dada la espera de una respuesta por parte de dicho especialista, el paciente me indica el deseo de marcharse hacia el centro de referencia (HUVA) para que lo atienda con mayor celeridad. Ofrezco alta voluntaria, aunque desestima firmarla. El paciente y el familiar me solicitan mi informe de asistencia en Urgencias, pero les indico que como el proceso clínico no estaba cerrado deberían esperar la respuesta del oftalmólogo. Ante la continua insistencia y presión, cedo y otorgo informe de alta.

El Oftalmólogo finalmente se pone en contacto conmigo media hora más tarde aproximadamente de que el paciente se marchase y le explico lo sucedido. Más tarde doy constancia de manera verbal al jefe de la guardia de lo ocurrido”.

El segundo es el informe elaborado por la Dra. D.^a Z, Jefa de Sección de Oftalmología del HRM, en el que expone “*Que el día de los hechos, efectivamente desde el servicio de urgencias llamaron al oftalmólogo de guardia que en ese momento no estaba disponible (falta de cobertura) pero en cuanto vio la llamada, a los 40 minutos de la misma, contactó con el servicio de urgencias del hospital, informándole este Servicio de Urgencias que el paciente ya se había marchado*”.

SEXTO.- Con fecha 17 de diciembre de 2020 se recibe la copia de la historia clínica solicitada al Área de Salud I-HUVA y el informe suscrito el día anterior por la Dra. D.^a P, facultativa especialista de Área del Servicio de Oftalmología.

En él reconoce que el reclamante, de 33 años, acudió al Servicio de Urgencias del HUVA en la madrugada del 7 de julio de 2020 por traumatismo palpebral izquierdo con gancho metálico en el ámbito laboral, y que ella le operó esa misma mañana porque es especialista en oculoplástica y vía lacrimal.

Añade que le practicó una “reconstrucción de vía lagrimal por afectación de canalículo superior y común izquierdo con intubación anular y sutura de borde libre del párpado superior izquierdo y piel. La cirugía trascurre sin incidencias pautando tratamiento tópico antibiótico y corticoideo y control a las 24 horas.

El postoperatorio es favorable en las visitas sucesivas, retirándose las suturas a los 7 días y dejando la intubación lagrimal para retirada a los 6 meses, con tratamiento tópico.

El día 16-12-2020 se retira el sondaje lagrimal comprobando la permeabilidad de la vía y la perfecta reconstrucción palpebral y lagrimal. La visión es del 100% en ambos ojos y el resto de exploración oftalmológica se encuentra dentro de la normalidad”.

SÉPTIMO.- La abogada del interesado presenta el 11 de diciembre de 2020 un escrito en el que cuantifica la indemnización que solicita en 800 €, con arreglo al siguiente desglose:

- Espera de más de tres horas en el Servicio de Urgencias del HRM sin ser atendido por médico especialista, 250 €.
- Dolor fuerte, continuo e insoportable como consecuencia de la herida ocular sin suturar durante la espera en el Servicio de Urgencias del HRM, 350 €.
- Desplazamiento al Servicio de Urgencias del HUVA a una distancia de 65 km. aproximadamente (ida y vuelta), 40 €.
- Posteriores desplazamientos a consultas en el Hospital de Día del HUVA, a una distancia de 65 km. aproximadamente (ida y vuelta), 160 €.

Asimismo, informa de que la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional que lo derivó al HRM es *Fraternidad-Mupresa*.

OCTAVO.- El 13 de enero de 2021 se solicita a la mutua mencionada que envíe una copia de la historia clínica del reclamante y el informe del facultativo que lo atendió.

Esta solicitud de documentación e información se reitera el 18 de febrero siguiente.

NOVENO.- El 15 de marzo de 2021 se recibe un escrito de la mutua en el que se expone que no es posible facilitar la documentación demandada sin contar con la autorización por escrito del afectado.

DÉCIMO.- Con fecha 30 de marzo se demanda al reclamante que remita una autorización escrita con la finalidad de que se pueda obtener la documentación de la que dispone la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional.

UNDÉCIMO.- La abogada del interesado aporta dicha autorización el 5 de abril de 2021, por lo que el siguiente día 12 se requiere a la mutua para que facilite la documentación y el informe que se le había ya solicitado.

DUODÉCIMO.- Con fecha 16 de abril un representante de la mutua presenta la copia de la documentación clínica demandada.

DECIMOTERCERO.- El 18 de mayo de 2021 se concede audiencia al reclamante para que pueda formular alegaciones y presentar los documentos que estime convenientes.

DECIMOCUARTO.- La abogada del interesado presenta el 10 de junio de 2021 un escrito en el que reitera el contenido de su pretensión resarcitoria y, de manera particular, destaca que su representado estuvo en el Servicio de Urgencias del HRM más de tres horas sin recibir asistencia médica, según se puede constatar mediante la lectura de la documentación clínica que obra en el expediente.

DECIMOQUINTO.- El 9 de noviembre de 2021 se remite una copia del expediente administrativo a la Inspección Médica, que aporta su informe el 6 de junio de 2022. En este documento se exponen las siguientes conclusiones:

“1. El paciente sufrió durante su trabajo como cristalero un trauma ocular palpebral con afectación de la vía lacrimal en la región anatómica del canalículo superior y común del ojo izquierdo. Acudió inicialmente a su Mutua de Trabajo para la atención inicial, siendo derivado al Servicio de Urgencia del Hospital Universitario Rafael Méndez donde se consideró precisa la intervención del Oftalmólogo, por las características del accidente ocular sufrido y su afectación anatómica-funcional.

2. El triaje realizado mediante el procedimiento Manchester califica como contusión ocular nivel 4 verde con tiempo de valoración del paciente de alrededor de 120 minutos y se decide por los facultativos del servicio de Urgencias solicitar la intervención del Oftalmólogo en régimen de guardia localizada, procediendo a su llamada y solicitud varias veces sin que esta fuera respondida por causas desconocidas y se produjese su intervención.

3. La personación del facultativo oftalmólogo en régimen de guardia localizada, no se produjo dentro de una franja de tiempo razonable (40-60 minutos) y no queda constancia de que se produjese con posterioridad a dicho intervalo temporal.

4. La petición de personación está plenamente justificada al tratarse de una afectación del área anatómica ocular (conducto lacrimal) que requería inicialmente una valoración del especialista en Oftalmología y la subsiguiente actuación sobre la herida traumática padecida.

5. El alta producida en el Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez no es formalmente un alta voluntaria aunque se generó ante la insistencia del propio paciente.

6. El desplazamiento inmediato del paciente, tras el alta, al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) se realizó por medios propios, sin empleo de vehículo sanitario alguno del sistema sanitario regional.

7. En el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia), fue valorado por el facultativo oftalmólogo de guardia de presencia física que diagnosticó "laceración palpebral de espesor completo con afectación del canalículo superior y común izquierdo" consecuencia del mismo fue la intervención urgente, tras 18 horas desde el accidente, del paciente mediante el procedimiento quirúrgico consistente en "Intubación conducto lacrimal (Monoka-MiniMonoka) y reconstrucción posterior del mismo". La evolución del paciente fue buena, sin complicaciones.

8. Se produjo un funcionamiento, no del todo correcto, del circuito asistencial en la asistencia recibida por el paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rafael Méndez por falta de valoración especializada oftalmológica (ausencia oftalmólogo guardia localizada) en dicho centro que fue subsanada por el desplazamiento voluntario y por medios propios del paciente al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

DECIMOSEXTO.- El 10 de junio de 2022 se confiere un nuevo trámite de audiencia al interesado cuya abogada formula alegaciones el 5 de julio siguiente. En ellas se destaca que la Inspección Médica reconoce que hubo un mal funcionamiento del servicio sanitario regional y solicita una vez más que se le reconozca el derecho a ser resarcido con 800 €.

DECIMOSÉPTIMO.- Con fecha 5 de agosto de 2022 se formula propuesta de resolución estimatoria, en parte de la reclamación, al concurrir los requisitos necesarios para la declarar la existencia de responsabilidad patrimonial, en concreto una relación causal adecuada entre el funcionamiento anormal del servicio sanitario público y algunos de los daños reclamados.

Por ese motivo, se propone indemnizar al interesado con la cantidad de 380 €, cuantía que debe ser actualizada de acuerdo con las previsiones legales que resulten de aplicación.

Acerca de la valoración del daño, se exponen en la propuesta de resolución las siguientes consideraciones:

- Respecto del coste de los desplazamientos realizados, se entiende que procede aplicar la Resolución de 24 de octubre de 2014 por la que se modifica la Resolución de 28 de julio de 2014 del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, que desarrolla la Orden de 19 de octubre de 2010 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el régimen de ayudas para pacientes del Servicio Murciano de Salud por desplazamiento y estancia derivada de la asistencia.

Dado que se realizaron 5 viajes de ida y vuelta de Lorca a Murcia, el total de kilómetros de viaje fue de 650 km (130 km/día de consulta x 5 días), por lo que en aplicación del artículo 2.2.2. de la mencionada Resolución, la

cuantía total a indemnizar en concepto de desplazamiento ascendería a 130 € (650 km x 0,20 €/km).

- Por lo que respecta al dolor sufrido durante la espera, que el reclamante valora en 350 euros, se considera que, efectivamente, el paciente tuvo que soportar un dolor muy intenso como consecuencia de la herida ocular que sufrió, pero que no se ha acreditado en el expediente que la demora en la asistencia sanitaria hubiera incidido en aumentar el tiempo que hubo de soportar dicho dolor, pues se puede comprobar en la historia clínica del paciente que, cuando acudió al HUVA, tampoco allí se le administró ningún calmante, que, por otra parte, también pudo haber solicitado en el HRM. A mayor abundamiento, se recuerda que la intervención se aplazó hasta la mañana siguiente. Por tanto, ha de entenderse que el dolor del paciente sólo tenía una causa, la herida sufrida.

- Finalmente, se considera adecuada la indemnización solicitada por el daño moral que le provocó la incertidumbre sobre el pronóstico de la herida que sufría. A eso se añade que la incisión afectaba a un órgano de vital importancia para el desarrollo de la vida individual del reclamante, y que es natural que sufriera zozobra o inquietud ante la posibilidad de que el retraso en la asistencia repercutiera negativamente en la curación.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen mediante un escrito recibidos en este Consejo Jurídico el 9 de agosto 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 morales y patrimoniales 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 este caso se sabe que no se produjeron secuelas de ninguna clase por lo que debía interponerse la acción de resarcimiento dentro del plazo de un daño desde que se produjo el hecho lesivo.

Por tanto, no cabe duda de que se cumple en este caso el requisito temporal, dado que la reclamación se presentó pocos días después de que se produjese la actuación sanitaria contraria a la *lex artis* y, en consecuencia, 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 el plazo previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

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 3^a, 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 y acerca de la determinación del *quantum indemnizatorio*.

I. Según se ha expuesto, el interesado solicita que se le reconozca el derecho a ser resarcido con 800 € como consecuencia de la falta inicial de asistencia y valoración médica especializada en el HRM de la herida que había sufrido en el ojo, en el plazo recomendado de dos horas, por lo que se tuvo que trasladar al HUVA donde fue finalmente atendido de forma adecuada.

Por ese motivo, solicita que se le indemnice por los daños que sufrió, entre los que menciona los costes de desplazamiento, los días de hospitalización, el daño moral, el daño provocado por el dolor intenso que sufrió y las secuelas que pueda padecer.

La imputación de mal funcionamiento del servicio sanitario regional se ha confirmado por la Inspección Médica en el informe que ha elaborado al efecto (Antecedente decimoquinto de este Dictamen). Así, se reconoce que el oftalmólogo que estaba en régimen de guardia localizada no se personó en la franja de tiempo razonable (40-60 minutos) en que debía hacerlo y que tampoco hay constancia de que lo hiciera con posterioridad (Conclusión 3^a).

También entiende el Inspector Médico que la petición de personación estaba plenamente justificada porque se trataba de una afectación del área anatómica ocular (conducto lacrimal) que requería inicialmente una valoración del especialista en Oftalmología y la subsiguiente actuación sobre la herida traumática padecida (Conclusión 4^a).

Esas circunstancias le permiten concluir que se produjo un funcionamiento anormal del servicio sanitario regional y, como consecuencia, hay que entender que ello le provocó al interesado un daño moral evidente y otros de carácter patrimonial, de modo que se produjo el nexo causal y la antijuridicidad de dichos daños que se exigen en estos casos.

Por tanto, no cabe duda de que concurren todos los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria, por lo que procede la estimación de la reclamación formulada.

II. Admitida la efectividad de la lesión y establecida su conexión causal con el funcionamiento del servicio público sanitario, procede analizar la valoración del daño producido y determinar la cuantía y el modo de la indemnización.

De manera inicial hay que recordar que la ausencia del facultativo de guardia localizada propició un funcionamiento asistencial incorrecto, pero que no ocasionó consecuencias negativas para la resolución de la patología que presentaba el paciente, de modo que no se produjeron secuelas que se deban indemnizar, ni una prolongación indebida, por esa posible causa, de los días de hospitalización, circunstancia que tampoco sucedió en este supuesto.

En relación con el resarcimiento, hay que admitir, como se hace en la propuesta de resolución, que la valoración del daño moral que realiza el reclamante (250 €) resulta plenamente razonable y adecuada a la entidad de la zozobra o inquietud que debió sentir ante la posibilidad de que el retraso en la asistencia repercutiera negativamente en la curación de la herida o agravase el pronóstico de forma indebida.

Por lo que se refiere a los desplazamientos desde Lorca a Murcia para ser atendido en un primer momento, y varias veces más tarde para que se le hiciese un control postoperatorio, conviene hacer dos precisiones.

La primera es que la Administración sanitaria no ha argumentado en ningún momento que la operación quirúrgica se hubiese tenido que realizar necesariamente en el HUVA, aunque se hubiese valorado inicialmente al reclamante en el HRM. Según se expone en el informe de la Dra. P (Antecedente sexto), fue ella la que intervino al interesado a la mañana siguiente porque es especialista en oculoplástica y vía lacrimal. Si ello es así, es muy probable que la operación se hubiese tenido que realizar en todo caso en Murcia, y que también se le hubiesen tenido que efectuar allí los controles posteriores. Si eso fuese así, todos o algunos de los desplazamientos no tendrían que ser indemnizables.

Sin embargo, como eso no se ha justificado, hay que entender que la intervención y todos los controles posteriores se efectuaron en el HUVA debido a la falta de asistencia adecuada en el HRM, donde se debe considerar que se le pudo haber intervenido.

En segundo lugar, se argumenta que para valorar los desplazamientos se tienen que tener en cuenta las previsiones que se contienen en la Resolución de 28 de julio de 2014, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, que desarrolla la Orden de 19 de octubre de 2010 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el régimen de ayudas para pacientes del Servicio Murciano de Salud por desplazamiento y estancia derivada de la asistencia sanitaria (BORM núm. 182, de 8 de agosto de 2014), modificada por una Resolución posterior de 24 de octubre de 2014 (BORM núm. 253, de 31 de octubre de 2014).

En el apartado 2.2.2 del artículo 2 de dicha Resolución (*Ayudas por desplazamiento dentro de la Región de Murcia*) se establece que la cuantía máxima de esas ayudas será el resultado de multiplicar el número de kilómetros del trayecto más rápido entre la residencia habitual del beneficiario y el centro sanitario, incluyendo ida y vuelta, por un importe fijo de 0,20 €/km.

Así, en la propuesta de resolución se admite que se realizaron 5 viajes de ida y vuelta de Lorca a Murcia, por lo que el total de kilómetros de viaje fue de 650 km (130 km/día de consulta x 5 días), de modo que la cuantía total a indemnizar por los desplazamientos ascendería a 130 € (650 km x 0,20 €/km).

No obstante, interesa destacar que en esa Orden se establece un sistema de ayudas para paliar las cargas económicas que representan los gastos de desplazamiento y estancia de pacientes en centros, servicios y establecimientos sanitarios ubicados fuera de la Región de Murcia y los de desplazamiento a aquellos pacientes que, de forma continuada, reciben tratamientos prolongados en centros, servicios y establecimientos sanitarios situados en la Comunidad Autónoma.

Pese a ello, no hay que perder de vista que se trata de prestaciones con las que se trata de reducir o minorar (nunca de cubrir de manera íntegra) los gastos que los usuarios del SMS o sus familiares deben realizar por esos motivos.

Sin embargo, en el sistema de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas lo que se persigue es obtener la reparación íntegra de los daños que se hayan ocasionado, es decir, colocar al afectado en la misma situación (o en la más cercana posible) que estaría si el hecho lesivo no se hubiese producido. Es decir, que se procura que resulte indemne, esto es, que no sufra daño alguno, aunque hubiese padecido la situación dañosa.

Sin entrar en mayores justificaciones, el interesado cuantifica las indemnizaciones que pretende que se le reconozca por los desplazamientos que realizó a Murcia en la suma total de 200 €. Si se efectúa una simple división (200€/650 km) se advierte que, en realidad, solicita un resarcimiento ligeramente superior a 0,30 €/km, lo que tampoco parece una cantidad desproporcionada o irrazonable, de modo que este Órgano consultivo considera procedente la estimación de dicha reparación económica, por este concepto, en atención al principio de indemnidad ya aludido.

En último lugar, se debe recordar que el reclamante solicita que se le indemnice asimismo por el dolor intenso que tuvo que soportar durante la espera en la sala de Urgencias del HRM. No hace falta explicar en este caso que el dolor fue una consecuencia inevitable -y subjetiva- de la herida que sufrió en el ojo y que reviste el carácter de un daño perfectamente jurídico, que cualquier accidentado tiene que soportar. Por esta razón, no goza de la condición de daño generalmente indemnizable de manera autónoma sino que se considera incluido en el resarcimiento que se reconozca de las secuelas que se hayan producido.

No obstante, hay que indicar que otra cosa distinta es que la situación de dolor físico por la falta de una asistencia inicial especializada en el HRM se hubiese prolongado indebidamente, más allá de las primeras dos horas que era lógico llegar a tener que esperar. Por tanto, la única forma de resarcir ese especial sufrimiento que el dolor especialmente intenso y excesivo -e indebidamente prolongado- puede provocar en el ánimo de una persona es incluirlo como parte del daño moral, que afecta a bienes o derechos intangibles, por el que se reclama.

De hecho, en el artículo 105 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, se atribuye el carácter de daños morales complementarios, bajo ciertas circunstancias, a los dolores extraordinarios. Y así es como lo considera este órgano consultivo en este caso, es decir, como una parte específica del daño moral por el que se solicita un resarcimiento.

Pese a ello, resulta evidente que el interesado, que ya venía de una mutua, pudo haber solicitado asimismo en el Servicio de Urgencias del HRM que le facilitasen algún medicamento para tratar de mitigarlo. Como se argumenta en la propuesta de resolución, tampoco se deduce del análisis de la historia clínica que en el HUVA le administraran algún paliativo para atenuar el dolor, a pesar de que la intervención se tuvo que demorar hasta la mañana siguiente.

Si eso es así, hay que concluir, con independencia de lo que sostiene el reclamante, que el padecimiento no debió ser tan intenso que no pudiera razonablemente soportarlo y que si solicitó algún calmante y no se lo dieron es porque por alguna causa médica justificada no podía tomarlo. Esta es la explicación de que no se considere procedente reconocer el derecho a percibir una indemnización por este concepto particular.

En consecuencia, procede resarcir al interesado con la cantidad (250 + 200) de 450 €, que se deberá actualizar según lo previsto en el artículo 34.3 LRJSP.

Finalmente, el Consejo Jurídico desconoce si se incoaron actuaciones para depurar las posibles responsabilidades disciplinarias, advirtiendo, además, la posible derivación de responsabilidad al médico, conforme contempla el artículo 36.2 de la LPACAP.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución parcialmente estimatoria por concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria, concretamente una relación de causalidad adecuada entre el mal funcionamiento del servicio público y los daños morales y patrimoniales que se alegan, cuyos respectivos caracteres antijurídicos también se han demostrado debidamente.

SEGUNDA.- Por lo que se refiere a la cuantificación de los daños por los que se reclama, debe estarse a lo que se indica en el apartado II de la Consideración cuarta.

No obstante, V.E. resolverá.