



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 241/2024

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 13 de septiembre de 2024, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 22 de mayo de 2024 (COMINTER 110627) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 23 de mayo de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.ª X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_185), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 15 de junio de 2016, un Letrado que actúa en representación de D.ª X, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración regional, por los daños que dice haber sufrido como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue dispensada por el Servicio Murciano de Salud.

Relata la reclamación que el 22 de abril de 2015, la Sra. X fue atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital de La Vega “Lorenzo Guirao” de Cieza, aquejada de cefalea intensa con cervicalgia irradiada a occipital y con vómitos. Tras practicarle una ECO y analítica fue alta a domicilio con prescripción medicamentosa y de reposo.

El 28 de abril sufrió una nueva cefalea con mareo. Atendida por el 061, a las 12:05, se le diagnosticó de hipertensión arterial y síndrome depresivo, indicando que fuera revisada por su médico de Atención Primaria. A la 1:20 horas volvió a solicitar la asistencia del 061. Fue diagnosticada de síndrome depresivo y se derivó al Servicio de Urgencias de Psiquiatría.

Trasladada al Hospital de Cieza, se le practicó un TAC craneal que permitió diagnosticar una hemorragia subaracnoidea, por lo que fue trasladada en UCI móvil al Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca” (HUVA) de Murcia, donde se le diagnosticó un aneurisma de la arteria comunicante posterior, por lo que fue intervenida.

Recibió el alta a su domicilio el 22 de octubre de 2015.

En abril de 2016, persistían alteraciones de memoria y lingüísticas, y el 19 de mayo, la Unidad de Daño Cerebral evacua informe, según el cual la paciente presenta deterioro cognitivo secundario a hemorragia subaracnoidea, recomendando su reincorporación al trabajo.

El 25 de abril de 2016 el INSS emitió el alta médica de la trabajadora, resolución que, según se afirma en la reclamación, ha sido impugnada.

La imputación del daño a la actuación sanitaria se efectúa en los siguientes términos: *“...la atención médica de que fue objeto entre el 22 y el 28 de abril de 2015 por parte de los servicios médicos del 061 y del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao fue negligente y provocó un retraso en el correcto tratamiento de su padecimiento que ha agravado las lesiones que sufre, por lo que reclama ser indemnizada con la cantidad que en su momento se concrete, una vez puedan determinarse sus secuelas”*.

Propone prueba documental consistente en que se recabe el historial clínico de la paciente y que se solicite informe al 061 en relación con la asistencia prestada.

Se adjunta a la reclamación copia de escritura de poder para pleitos en favor del Letrado actuante.

SEGUNDO.- Por resolución de 13 de julio de 2016, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, se admite a trámite la reclamación y se ordena la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a comunicar a la interesada la información prescrita por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJPAC), al tiempo que recaba de las Gerencias del 061 y de las Áreas de Salud concernidas por la reclamación una copia de la historia clínica de la paciente y el informe de los facultativos que le prestaron asistencia.

Asimismo, se comunica la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

TERCERO.- Incorporada al expediente la documentación solicitada por la instrucción, constan los siguientes informes de los facultativos que prestaron la asistencia por la que se reclama:

- Informe de la facultativa del 061 que atendió a la paciente el 22 de abril de 2015:

“En Cieza, el día 21 (sic) /04/15, a las 14’10 h, el Centro Directivo Médico del 112, avisa a nuestro servicio de urgencias por un desmayo en la vía pública. Acudimos en ambulancia al lugar indicado encontrándonos a la

paciente tendida en el suelo junto con su acompañante. El familiar refirió que, tras fuerte dolor de cabeza, cae desplomada al suelo, con rigidez, revulsión ocular y vómito copioso. No era alérgica a ningún medicamento ni presentaba antecedentes médicos ni patologías de interés. A nuestra llegada, presentaba apertura espontánea de ojos, estando obnubilada y, aparentemente postictal (período inmediatamente posterior a una crisis convulsiva).

Consciente, con leve desviación de la comisura bucal, sin hablar, pero con respuesta a estímulos y obedeciendo órdenes. Pupilas isocóricas y normo reactivas. Puntuación en la Escala de Glasgow 11 (ocular 4, verbal 0, motor 6). Vía aérea permeable, con ventilación espontánea y auscultación cardiorrespiratoria normal. Constantes vitales dentro de la normalidad: saturación de oxígeno en sangre (pulsioxímetro) del 98%, frecuencia cardíaca de 87 latidos por minuto y glucemia capilar 121, pero Tensión Arterial elevada 175/110. Se le practicó un Electrocardiograma sin alteraciones: ritmo sinusal a 90 lpm, eje cardíaco a +60°, ondas T negativas en VI (variante de la normalidad), sin alteraciones de la repolarización.

La diagnosticué de Crisis Hipertensiva y sospeché una posible crisis comicial de debut. Administramos Diazepam 5mg iv en 100cc de Suero Fisiológico al 0.9%, Ondansetrón iv en 100cc de Suero Fisiológico al 0.9% y oxígeno en gafas nasales a 2 litros por minuto.

Bajo mi control médico y enfermería acompañante, trasladamos en nuestra ambulancia al Hospital de la Vega Lorenzo Guirao para observación Hospitalaria y realización de Exploraciones Complementaria”.

- Informe de la Médico del 061 que atendió a la paciente en su domicilio el 28 de abril de 2015, en dos ocasiones. El informe es meramente descriptivo de las asistencias realizadas a las 12:05 y a las 14:20 horas. Su diagnóstico fue en la primera asistencia de HTA y síndrome depresivo, mientras que, en la segunda, lo fue sólo de síndrome depresivo. En esta segunda asistencia se remite a la paciente a Urgencias hospitalarias para valoración.

- Informes de los facultativos del Hospital de la Vega “Lorenzo Guirao”, que atendieron a la paciente en urgencias los días 22 y 28 de abril de 2015, que se remiten a los respectivos informes de alta firmados en tales fechas.

- Informe de la facultativa del 061 que supervisa el traslado de la paciente al HUVA. Manifiesta que no se presentaron incidencias durante el transporte.

- Informe de un Médico Adjunto de Neurocirugía del HUVA, que se expresa en los siguientes términos:

“...Primero, el haber consultado los días 22 y 28/4/15 en urgencias del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, sin que se le diagnosticase la hemorragia ni el aneurisma que presentaba:

A este respecto, la capacidad de diagnosticar una hemorragia subaracnoidea aneurismática recae fundamentalmente en la sospecha clínica inicial, la cual puede llegar a ser poco llamativa y dificultar su hallazgo. Ignoro las condiciones clínicas iniciales de la paciente y la dificultad que pudo suponer su caso a los profesionales sanitarios que la atendieron, por lo que no puedo establecer ningún grado de error en ese sentido.

No entiendo dentro de la reclamación la responsabilidad que se exige al Hospital Virgen de la Arrixaca en el trato dado entre los días 22 y 28/4/15, ya que la paciente no consultó, según refiere copia de la reclamación, en nuestro Centro hasta el día 28, momento en el que es diagnosticada de su aneurisma y tratada del mismo. Es por ello por lo que no detecto mala praxis por parte de los servicios participantes en el tratamiento dispensado en el Hospital Virgen de la Arrixaca.

Segundo, el presentar daños cerebrales derivados de su enfermedad:

La paciente sufrió un vasoespasmo cerebral secundario a la hemorragia subaracnoidea que le fue detectada el 28/4/15. Dicha hemorragia debió producirse el día 22/4/15, seis días antes del diagnóstico de la misma. La presencia de vasoespasmo cerebral secundario a una hemorragia subaracnoidea implica que ésta se ha producido, generalmente, al menos tres días antes del sangrado.

Resulta evidente que la demora en el diagnóstico de la hemorragia supuso un retraso en el tratamiento de la misma y favoreció la aparición del vasoespasmo cerebral, el cual fue tratado ya de forma tardía una vez acababa de ser diagnosticado.

(...)

Mi participación ha consistido en el manejo médico de la paciente durante su estancia hospitalaria. El tratamiento del aneurisma fue realizado por parte del Servicio de Neurorradiología Intervencionista. Con posterioridad, la paciente ha seguido y sigue revisiones ambulatorias en Consulta Externa de Neurocirugía conmigo. Fue en una de estas visitas a Consulta en la que se remitió a la paciente a Unidad de Daño Cerebral de nuestro Centro para valoración y tratamiento”.

CUARTO.- Con fecha 26 de julio de 2017, la instrucción recaba el preceptivo informe de la Inspección Médica, mediante oficio dirigido a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria.

QUINTO.- El 12 de abril de 2018, la reclamante solicita que se incorpore al expediente una copia de su historia clínica de Atención Primaria, a lo que se accede por parte de la instrucción y se notifica a la interesada el 7 de septiembre de 2018.

SEXTO.- El 20 de diciembre de 2023, la Inspección Médica evacua el informe solicitado, con las siguientes conclusiones:

“- En el proceso asistencial relacionado con la HSA que sufrió Doña X hubo un retraso diagnóstico.

- El retraso diagnóstico en la HSA es frecuente y no implica por sí mismo mala actuación por parte de los

profesionales. En este caso en particular, en ninguno de los actos clínicos analizados se evidencia la existencia de mala praxis.

- El retraso diagnóstico impidió el tratamiento precoz y pudo favorecer el vasoespasma cerebral que sufrió la paciente.

- En las HSA el vasoespasma incrementa tanto la mortalidad como la morbilidad, que ya de por sí son muy elevadas en esta patología.

- En el caso analizado, el tratamiento fue un éxito y, al finalizar el mismo, la paciente fue dada de alta en situación de práctica normalidad”.

SÉPTIMO.- El 30 de enero de 2024 se confiere trámite de audiencia a la actora, que solicita y obtiene copia del informe de la Inspección Médica.

No consta que haya presentado alegaciones con ocasión de este trámite.

OCTAVO.- Con fecha 21 de mayo de 2024, se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al no apreciar la instrucción la concurrencia de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, en particular, el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, ni su antijuridicidad.

En tal estado de tramitación, y una vez incorporado el preceptivo extracto de secretaría y un índice de documentos, se remite el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de dictamen, mediante comunicación interior del pasado 22 de mayo de 2024, complementada con la documentación gráfica contenida en diversos CD recibidos en este Órgano Consultivo el día 23 de mayo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante 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 LRJPAC y 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP), todavía vigentes al momento de presentarse la reclamación.

SEGUNDA.- Régimen jurídico aplicable, legitimación, plazo y procedimiento.

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

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPAC dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos que, como el que es objeto del presente Dictamen, se hubieran iniciado antes de su entrada en vigor el 2 de octubre de 2016, que se regirán por la normativa anterior. En consecuencia, el régimen legal aplicable en el supuesto sometido a consulta es el que establecía la LRJPAC.

II. Cuando de daños físicos o psíquicos a los usuarios de servicios públicos se trata, la legitimación para reclamar por ellos corresponde, de forma primaria, a quien los sufre en su persona, lo que determina que la legitimada en el supuesto sometido a consulta sea la propia paciente, a quien resulta obligado reconocer la condición de interesada, conforme a lo establecido en el artículo 31.1 LRJPAC.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población, con ocasión de cuya prestación se produjo el daño reclamado.

III. La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que, para la prescripción del derecho a reclamar, establecía el artículo 142.5 LRJPAC, toda vez que se ha ejercitado el 15 de junio de 2016, antes del transcurso de un año desde la fecha de estabilización o curación de las lesiones alegadas, a la que el indicado precepto legal vincula el *dies a quo* del plazo prescriptivo. De conformidad con el expediente, esta fecha cabría situarla en el día en que la interesada recibe el alta del Servicio de Neurocirugía, lo que no acaece hasta septiembre de 2020. Hasta esta fecha, los informes que obran en la historia clínica de la paciente refieren una evolución de las lesiones asociadas al aneurisma y a la subsiguiente hemorragia, que impiden considerarlas estabilizadas.

IV. Se ha seguido el procedimiento previsto en la LRJPAC y RRP para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, sin que se observen carencias esenciales, obrando en el expediente el informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño y el trámite de audiencia a la interesada, que junto con la solicitud del informe de la Inspección Médica y de este Dictamen constituyen los trámites preceptivos de este tipo de procedimientos.

Debe indicarse que la interesada no ha llegado a efectuar una evaluación económica del daño alegado. De hecho, no lo ha llegado a concretar. Anunció dichas actuaciones en su solicitud inicial y justificó su no realización en ese

momento ante la falta de estabilización lesional, pero, a pesar de los años transcurridos desde el momento en que recibió el alta médica en 2020, no ha llegado a efectuarlas, como tampoco consta requerimiento alguno en dicho sentido por parte de la instrucción.

Ha de advertirse, en cualquier caso, acerca de la desmesurada duración del procedimiento, iniciado en junio de 2016 y que, ocho años más tarde, aún continúa sin haber sido resuelto de forma expresa. En dicha dilación ha tenido una incidencia decisiva la tardanza de la Inspección Médica en evacuar su informe, en lo que ha invertido más de seis años, lo que determina que el tiempo de tramitación de este procedimiento exceda en mucho de los seis meses que, como plazo máximo de duración de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, establece el artículo 91.3 LPAC, y antes el 13.3 RRP.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *“el derecho a la protección de la salud”*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración estaban recogidos a la fecha de la reclamación en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC (hoy en los artículos 32 y siguientes LRJSP) y desarrollados por abundante jurisprudencia, pudiendo sintetizarse en los siguientes extremos:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en Dictamen 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2018, rec. n.º 1016/2016) que, *“frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituya la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento de l régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concorra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles”*.

La actuación del médico ha de regirse por la denominada “lex artis ad hoc”, o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 337/22, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la “lex artis ad hoc” como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La “lex artis”, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervinientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 LPAC, su principal apoyo probatorio habrá de ser el informe de la Inspección Médica, dadas las peculiares características que reúne y que pone de manifiesto la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 430/2014, de 9 de junio, al señalar en relación con el indicado informe que *"en la valoración conjunta de la prueba se han de ponderar sus consideraciones médicas y sus conclusiones como elementos de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para la decisión de la litis, considerando que su fuerza de convicción reside, además de en su motivación y coherencia, en la circunstancia de que la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes"*.

En esta misma línea, la STSJ Madrid, núm. 681/2021, de 10 de septiembre, sintetiza la doctrina jurisprudencial relativa a la exigencia y valoración de la prueba pericial médica en el proceso judicial en materia de responsabilidad patrimonial por defectuosa asistencia sanitaria y que, *mutatis mutandi*, puede hacerse extensiva al procedimiento administrativo:

"...es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados. En estos casos, los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado."

(...)

No obstante debemos de realizar también una consideración respecto a los informes elaborados por la Inspección Sanitaria; informes que contienen también una opinión de carácter técnico, obtenida extraprocesalmente, por lo que sus consideraciones deben ser ponderadas como un elemento de juicio más en la valoración conjunta de la prueba, debiéndose significar que los informes de los Inspectores Médicos son realizados por personal al servicio de las Administraciones Públicas, que en el ejercicio de su función actúan de acuerdo a los principios de imparcialidad y especialización reconocidos a los órganos de las Administraciones, y responden a una realidad apreciada y valorada con arreglo a criterios jurídico-legales, por cuanto han de ser independientes del caso y de las partes y actuar con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad".

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al servicio público sanitario.

Para la reclamante, *"la atención médica de que fue objeto entre el 22 y el 28 de abril de 2015 por parte de los servicios médicos del 061 y del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao fue negligente y provocó un retraso en el correcto tratamiento de su padecimiento que ha agravado las lesiones que sufre"*. En este párrafo se contiene toda la imputación que la interesada realiza, para vincular causalmente el daño alegado, que como ya se ha dicho, tampoco concreta, con la actuación de los médicos que le prestaron las asistencias sanitarias urgentes. Omite la actora concretar las bases de dicha imputación, para lo que sería necesario determinar qué signos, síntomas de

enfermedad o antecedentes personales de la paciente debieron mover a los médicos a sospechar de la existencia de un aneurisma cerebral y en qué momento anterior a aquél en que se alcanzó el diagnóstico era posible obtener un juicio clínico más acertado en las circunstancias de la paciente, así como qué pruebas diagnósticas estaban indicadas y no se realizaron, etc.

En cualquier caso, a la luz de las escuetas alegaciones de la interesada, quien se limita a efectuar una imputación de negligencia pero sin fundamentar dicho aserto, la acción de responsabilidad efectúa una imputación por omisión de medios, bien por haber escatimado la Administración sanitaria la realización de pruebas diagnósticas en el momento en que estaban indicadas, bien por ser los facultativos que atendieron a la paciente en las diversas ocasiones en que demandó asistencia incapaces de alcanzar un juicio clínico adecuado acerca de la verdadera etiología de la patología que padecía.

Es evidente que la determinación de si tales pruebas diagnósticas eran exigibles por estar indicadas en atención a la sintomatología existente en cada momento, así como si atendido el cuadro de síntomas y signos de enfermedad que presentaba la paciente en cada ocasión en que demandó asistencia sanitaria, habrían debido sospechar los facultativos de la existencia de una patología vascular, son cuestiones que han de ser analizadas necesariamente desde la óptica de la ciencia médica, por lo que habremos de acudir a los informes médicos y periciales que obran en el expediente.

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 (LEC)-, resultan trascendentales los informes médicos que puedan obrar en el expediente.

Ahora bien, como ya se anticipó, la interesada no ha traído al procedimiento un informe pericial que sostenga sus alegaciones de mala praxis. Esta carencia de prueba, por sí sola, podría resultar suficiente para desestimar la reclamación en los términos en los que fue planteada, dado que es al actor a quien incumbe la carga de probar la quiebra de la *lex artis* que imputa a la Administración, ex artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, conforme al clásico aforismo "*necessitas probandi incumbit ei qui agit*". Ha de destacarse que, de la prueba aportada al procedimiento a instancia de la reclamante, consistente en la historia clínica de la asistencia hospitalaria e informe del 061, un órgano lego en Medicina, como es este Consejo Jurídico, no puede extraer conclusiones sólidas acerca de la existencia o no de una mala praxis en la atención sanitaria dispensada a la paciente, pues no cabe deducir de forma necesaria que se diera la alegada negligencia de la sola contemplación del resultado del proceso patológico.

Ahora bien, los informes técnicos que sí obran en el expediente apuntan a que la atención dispensada a la paciente fue la adecuada y ajustada a normopraxis, como de forma singular se desprende de la valoración crítica que de ella efectúa la Inspección Médica, a cuyas razonadas conclusiones, reseñadas y reproducidas en el Antecedente sexto de este Dictamen, cabe remitirse en orden a evitar innecesarias reiteraciones.

Baste señalar ahora que la Inspección Médica concluye que, en efecto, existió un retraso diagnóstico de la rotura aneurismática, pero que no es imputable a una mala praxis médica, la cual se ajustó en todo momento a los dictados de la técnica.

Así, en relación con la asistencia urgente por parte del 061, se efectúa la siguiente valoración crítica:

“...la paciente debuta, presumiblemente el día 22/04/2015, con un cuadro de cefalea y desvanecimiento, rigidez, revulsión ocular y vómitos copiosos, presentando a la llegada de los servicios de urgencia de atención primaria, obnubilación, con un Glasgow de 11, no habla, pero responde a estímulos y obedece órdenes. Se menciona en este primer informe una leve desviación de la comisura bucal que no vuelve a ser mencionada en informes posteriores. Presenta HTA (175/110).

Con el diagnóstico de crisis hipertensiva y posible crisis comicial (epiléptica) de debut, es trasladada al hospital. La actuación médica es correcta, independientemente de lo acertado o no del diagnóstico de presunción”.

Previamente, el informe inspector había señalado que en el 20% de los casos no se diagnostica de forma precoz la primera hemorragia, y ello porque el signo más frecuente es una cefalea brusca y muy intensa, que puede ser fácilmente confundida con cefalea hipertensional o migraña. Adviértase que la paciente presentaba una hipertensión con valores 175/110.

En relación con la atención en urgencias del Hospital de Cieza, continúa el informe inspector con el siguiente juicio crítico:

“A la llegada al hospital, la tensión arterial se ha normalizado y la exploración neurológica recogida es normal. Se exploran pares craneales (no se evidencia asimetría facial) y la fuerza muscular está plenamente conservada, tanto en miembros superiores como en inferiores. Con el diagnóstico de cervicalgia y cefalea tensional (se recoge que está pasando por un momento estresante por problemática familiar), es dada de alta.

La actuación médica no es incorrecta tampoco en esta visita. La situación clínica de la paciente en ese momento no implicaba la exigencia de solicitar un TAC, única prueba que hubiera permitido detectar la existencia de una HSA. Se hubiera podido solicitar, lo que probablemente hubiera significado un rápido diagnóstico, pero el no solicitarlo no implica mala praxis”.

Entre esta primera atención por el 061 y urgencias hospitalarias, del 22 de abril y la siguiente, el 28 de abril, la historia clínica de Atención Primaria no revela signos de alarma o síntomas de HSA. Señala la Inspección Médica que, *“en los seis días que transcurren entre el 22 y el 28 de abril, sólo se registran dos visitas al médico de cabecera. La primera de ellas el 24, en demanda de medicación, y en la que el médico argumentando el estrés familiar que sufre la paciente (no por la cefalea) decide darle la baja. La segunda el 27, por presentar en las lecturas tomadas en el domicilio una TA elevada. Se menciona en la historia (recogida a posteriori) que dada la exploración recién realizada en urgencias y la valoración de neurología en el año 2011, también por cefaleas, se decide actitud expectante. No se recoge en la historia del map ninguna referencia específica a la intensidad de la cefalea y sí se recoge que a la exploración física que la paciente no presenta signos de focalidad (neurológica). No se evidencian signos de alarma en ninguna de estas visitas”.*

En relación con las asistencias domiciliarias del 061, correspondientes al 28 de abril de 2015, la Inspección Médica valora de forma positiva la actuación de los facultativos. Así, relata el informe que *“a las 12:05, la paciente refiere mareo esa mañana y cefalea frontotemporal; refiere también que se encuentra triste y nerviosa por problemas familiares (de nuevo referencia a problemas biográficos que pueden interpretarse como desencadenantes de los*

problemas somáticos). La exploración es normal. En un nuevo aviso a las 14:20, la situación es similar pero se decide remitirla a urgencia hospitalaria para valoración por psiquiatría. Hasta este momento, e independientemente del resultado final, la actuación médica es congruente con los datos clínicos de la documentación contenida en el expediente, por lo que no se puede concluir que existiera mala praxis por parte de los profesionales actuantes”.

Cuando llega a urgencias del Hospital de Cieza, el mismo 28 de abril “la situación ha cambiado. La paciente presenta afasia motora (incapacidad para articular palabras con comprensión conservada). Se realiza TAC cerebral que se informa como sugerente de HSA por lo que se traslada al HCU Virgen de la Arrixaca para tratamiento. A su llegada a la Arrixaca, la exploración neurológica es mucho más florida y el Angio-TAC realizado revela aneurisma sacular supraclinoideo y vasoespasmio. La paciente recibe tratamiento en el HCU Virgen de la Arrixaca, dicho tratamiento, que es plenamente correcto, no es objeto de reclamación”.

En suma, la Inspección Médica considera que sí hubo retraso diagnóstico, porque del análisis del proceso patológico en su conjunto y, en particular por la presencia de vasoespasmio, cabe presumir que la HSA se produjo el 22 de abril de 2015. Ahora bien, en ese retraso no aprecia el informe inspección incorrecta alguna por parte de los profesionales actuantes y explica que “el diagnóstico de presunción de HSA es un diagnóstico clínico que tiene como síntoma fundamental la cefalea, síntoma altamente inespecífico, lo que hace que el retraso diagnóstico, aún en los casos en que el paciente acude al sistema sanitario al sentir la cefalea, sea frecuente. (...) en general se puede afirmar que el retraso diagnóstico en la HSA es frecuente y no implica por sí mismo la existencia de mal hacer por parte de los profesionales, y en nuestro caso particular, en ninguno de los actos clínicos analizados se evidencia la existencia de mala praxis”.

Por otra parte, la Inspección Médica pone de relieve que, si bien el retraso diagnóstico de la HSA incrementa de forma significativa la posibilidad de complicaciones -como el vasoespasmio, y con ello la mortalidad y la comorbilidad, que incluso sin retraso diagnóstico son ya de por sí muy elevadas-, en el caso de la paciente se produjo una evolución muy favorable, como se depende del informe de la Unidad de Daño Cerebral del HUVA que en septiembre de 2019, “la consideraba cognitivamente estable, trabajando con normalidad y con estilo de vida activo y normalizado”, es decir, “en situación de práctica normalidad”.

Cabe concluir, en respuesta a la imputación de negligencia efectuada por la actora, que no ha quedado acreditada la existencia de mala praxis, por acción u omisión, de ninguno de los facultativos actuantes a lo largo del proceso médico a que se refiere la reclamación, lo que impide apreciar que exista relación causal entre el servicio público de asistencia sanitaria y los daños alegados, que no han llegado siquiera a ser concretados por la actora, ni la antijuridicidad de aquéllos, por lo que procede desestimar la reclamación.

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, al no apreciarse la concurrencia de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, cuya antijuridicidad tampoco ha quedado acreditada.

No obstante, V.E. resolverá.

