



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 200/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 29 de julio de 2025, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 28 de abril de 2025 (COMINTER núm. 198457), acompañado de documentación en un disco compacto (CD), sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2025_150), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 30 de octubre de 2019, un abogado, actuando en nombre de D. X, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella, expone que su cliente sufrió un accidente doméstico el 12 de mayo de 2017 y que se lesionó la pierna derecha. Añade que ese mismo día acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario *Reina Sofía* (HGURS) de Murcia. Explica que se le realizó entonces una radiografía, pero que no se le detectó lesión ósea alguna y que se le recomendó reposo y revisión posterior por el Servicio de Traumatología de ese hospital.

A continuación, señala que en el mes de junio siguiente se le realizó al paciente una resonancia magnética nuclear (RMN) y una radiografía posterior, efectuada en el mes julio, permitió detectar el desplazamiento de la meseta tibial, que se trató con rehabilitación.

El letrado manifiesta que en el Servicio de Traumatología citado le dijeron al interesado que no había nada que hacer pero que, tras varios meses en rehabilitación, en una sesión clínica celebrada en julio de 2018, le propusieron la cirugía del ligamento cruzado anterior. Destaca que ese mismo mes se le practicó una artroscopia de la rodilla derecha por exostosis de la espina tibial anterior.

Asimismo, expone que en abril de 2019 se le diagnosticó a su cliente que, como consecuencia de la caída que sufrió, se fracturó la meseta tibial y que ello causó cuatro fragmentos.

Relata que, ante la mala evolución que experimentó, se operó al enfermo en el Hospital de Molina por gonalgia en pico de rótula y en cara anterior externa de la rodilla. Resalta que esa semiología era compatible con entesitis en pico de rótula y probable rotura del cuerno anterior del menisco externo.

El abogado interviniente advierte de que su cliente todavía presenta secuelas, y que padece afectación neurológica del safeno. También argumenta que la falta de diagnóstico inicial de la fractura desplazada de la meseta tibial que padeció provocó una consolidación defectuosa, que es la causa de las graves lesiones y de las secuelas que padece el interesado.

Advierte que no puede cuantificar en ese momento el importe de la indemnización que solicita.

Junto con la solicitud de indemnización aporta las copias de dos documentos clínicos.

SEGUNDO.- El 17 de diciembre de 2019, un asesor jurídico del Servicio Murciano de Salud (SMS) advierte al letrado actuante de que no ha acreditado la representación con la que dice actuar en nombre del reclamante y le concede un plazo para subsanar ese defecto.

TERCERO.- Al día siguiente, 18 de diciembre de 2019, el abogado presenta la copia de la escritura de apoderamiento otorgada a su favor por el interesado.

CUARTO.- La reclamación se admite a trámite el 11 de enero de 2020 y dos días más tarde se solicita al reclamante que concrete el importe del resarcimiento económico que demanda, si fuera posible, y que autorice por escrito al SMS para que pueda solicitar, en su nombre, su historia clínica, que se encuentra depositada en el Hospital de Molina.

De igual modo, con esa última fecha se informa a la correduría de seguros del SMS de que se ha presentado la citada solicitud, para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente. Asimismo, se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud VII-HGURS que remita la copia de la historia clínica del interesado y los informes de los facultativos que lo asistieron.

QUINTO.- El letrado interviniente presenta el 15 de enero de 2020 un escrito en el que manifiesta que no puede concretar en ese momento el importe de la indemnización que solicita, pero anuncia, por los datos de los que dispone, que no será inferior a 300.000 €.

Además, aporta la autorización requerida para que se pueda solicitar, en nombre de su mandante, la copia de su historia clínica al Hospital de Molina.

SEXTO.- El 21 de enero de 2020 se solicita a la Dirección Médica del Hospital de Molina que remita una copia de la historia clínica del interesado y los informes de los facultativos que lo asistieron.

SÉPTIMO.- Con fecha 16 de marzo de 2020, una responsable del Servicio de Atención al Usuario del Hospital de Molina envía al órgano instructor la copia de la documentación clínica del reclamante, referida a las intervenciones médicas que se le practicaron, de forma privada, entre los días 20 y 21 de julio de 2018 y 19 y 20 de julio de 2019.

OCTAVO.- Después de que se hubiera demandado su envío el 11 de junio de 2020, el siguiente día 19 se recibe un disco compacto (CD) que contiene la copia de la documentación de Atención Especializada solicitada y los resultados de las pruebas de imagen que se le realizaron al paciente.

Además, se adjuntan dos informes médicos.

El primero de ellos es el realizado el 15 de junio por el Dr. D. Y, Jefe de Servicio de Urgencias del HGURS, en el que se explica lo siguiente:

“[El reclamante] consultó por un traumatismo en miembro inferior izquierdo. Comentó que al bajar de furgoneta con peso “se le ha ido la pierna” con dolor intenso en rodilla izquierda.

En la exploración física se apreció dolor e importante tumefacción a nivel rotuliano.

Se solicitó una radiografía de rodilla que se informó como sin signos de fractura ni lesiones óseas agudas en el momento actual.

Se reexploró al enfermo encontrando en la rodilla izquierda edematosa, con aumento de temperatura local, exploración muy dolorosa, no consigue extensión completa. Peloteo positivo.

Se comentó el caso con la traumatóloga de guardia, (...), que indica que debido a la inflamación de la rodilla la exploración no es valorable y por lo tanto se debe realizar un vendaje compresivo y reevaluar en 3 semanas.

Con el diagnóstico de Contusión rodilla. Se le dio alta con las siguientes recomendaciones:

- Vendaje compresivo 3 semanas.

- Evitar apoyo, deambulaci3n en descarga.

(...).

- Revisi3n en 3 semanas en las consultas de TRAUMA-URO”.

El segundo informe es el elaborado el 10 de marzo de 2020 por el Dr. D. Z, facultativo del Servicio de Traumatologíay Cirugíay Ortopédica del citado hospital. En este documento, advierte que la atenci3n principal de ese paciente fue llevada a cabo por el Dr. D. P, pero que no lo ha hecho y que, por ese motivo, lo realiza él.

En la parte final del informe, de cierta extensi3n, se incluye un resumen, que se transcribe a continuaci3n:

“Paciente que el 12-05-2017 sufre un traumatismo de rodilla que ocasiona una fractura sin desplazamientos, no visible en Rx, por lo que inicialmente es diagnosticado de contusi3n, indicándosela revisi3n a las 3 semanas para evaluar si presenta un curso adecuado, y ante la persistencia de signos lesionales (hemartros, limitaci3n funcional) se practica RM que informa de la presencia de una fractura sin desplazar con varios trazos articulares.

Como cualquier fractura sin desplazamientos se trat3 de forma conservadora, con restricci3n de la carga de la extremidad, y evaluaci3n peri3dica para comprobar que no se producían desplazamientos secundarios. Dicho tratamiento fue ratificado por los facultativos de las sesiones clínicas de traumatologíay en las que se present3 el caso varias veces.

A los 3 meses de evoluci3n se autoriz3 la carga parcial de la extremidad y la progresi3n a la carga completa, como es lo habitual en fracturas de mesetas tibiales sin desplazamiento, y se indic3 tratamiento rehabilitador, y m3s adelante, al persistir sntomas articulares, se indica tratamiento con teriparatida y nuevas pruebas complementarias, que demuestra la consolidaci3n de la fractura, y destacando como problema principal la debilidad de la musculatura periarticular que asocia sntomas de inestabilidad.

El paciente evolucion3 inicialmente segun lo esperado, manteniendo un buen movimiento articular y con molestias de rodilla y sensaci3n de inestabilidad, típicamente asociadas a atrofia de la musculatura de la rodilla y que precisan de tratamiento rehabilitador. Sin embargo, no se produjo la mejoría esperada tras tratamiento rehabilitador lo que llev3 al paciente a múltiples intervenciones (infiltraciones, artroscopias) que no han obtenido mejor resultado.

El traumatismo, aunque inicialmente puede ser considerado poco severo ante la ausencia de líneas de fracturas evidentes en las Radiografías, ha sido de gravedad significativa en el caso de este paciente, ya que produjo varias

líneas de fractura intraarticulares lo que posiblemente ha determinado la mala evolución final del caso. Dichas fracturas al no estar desplazadas no requirieron otro tratamiento que el reposo y la descarga durante 3 meses. La evolución posterior ha conducido a secuelas que no han podido ser controladas con los diferentes tratamientos aplicados tanto en el Hospital Reina Sofía, como en el Hospital Virgen de La Arrixaca, y que son los convenientes para estas lesiones: rehabilitación, infiltraciones, artroscopia ...”.

NOVENO.- El 15 de julio de 2020 se envían sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar, en su caso, los informes valorativo y pericial correspondientes.

DÉCIMO.- Con fecha 26 de mayo de 2023 se solicita a la Dirección Gerencia del Área I de Salud que remita una copia de la historia clínica del interesado y los informes de los facultativos que lo atendieron.

UNDÉCIMO.- El 10 de julio siguiente se recibe la copia de la documentación clínica demandada a la Dirección Gerencia del Área I de Salud y un CD que contiene los resultados de las pruebas radiológicas que se le realizaron al reclamante.

DUODÉCIMO.- El 22 de agosto de 2023 se remite al órgano instructor el informe realizado el 21 de julio de ese año por el Dr. D. Q, facultativo especialista del Servicio de Traumatología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) de Murcia.

En ese documento se explica que *“Este paciente sufrió una fractura de meseta tibial en 4 fragmentos, junto a inestabilidad externa que según refiere no le indicaron inmovilización ni tratamiento quirúrgico.*

Desde entonces ha intentado curarse, obteniendo solo mejorías parciales, pero temporales. Ha sido tratado con todos los medios que están a nuestro alcance, que incluye varias tandas de rehabilitación, distintas infiltraciones en sus áreas de dolor, unas con corticoides y otras con plasma rico en plaquetas, sin obtener mejoría de sus síntomas. Se han realizado varias cirugías artroscópicas, con mejorías de algunos de sus síntomas, pero sin cambio aparente en la calidad de vida de nuestro paciente.

Como médico que lo he tratado desde que no encontró solución en el Servicio de Traumatología del Hospital Reina Sofía al que pertenece, le he informado que yo desgraciadamente, no soy capaz de encontrar las causas de su dolor y, por tanto, de indicar alguna nueva terapia que pueda resolver sus síntomas. Le he recomendado consultas con otros compañeros, para ver si nuevas valoraciones pueden aportar luz a este caso y mejorar su calidad de vida.

Le he informado que en la actualidad, no lo veo indicado para una artroplastia de rodilla, ya que, en estos casos de dolores complejos, no tengo claro que se le puedan quitar sus síntomas”.

Adjunta una copia del último informe clínico que elaboró, el 25 de mayo de 2023.

DECIMOTERCERO.- El 28 de agosto de 2023 se envían copias de los últimos documentos incorporados al procedimiento a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS.

DECIMOCUARTO.- Con fecha 27 de octubre de 2023 se recibe el informe pericial realizado dos días antes, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por una médica especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica. En este documento se exponen las siguientes conclusiones:

“1. El [reclamante] sufre una fractura sin desplazamiento inicial de la extremidad proximal de la tibia izquierda, afectando a la meseta tibial interna y externa y a la espina tibial el 12 de mayo de 2017.

2. En las radiografías iniciales no se objetiva la fractura. Se diagnostica mediante una resonancia magnética solicitada en consultas con carácter urgente a las 3 semanas del traumatismo inicial.

3. Las fracturas de la extremidad proximal de la tibia pueden pasar fácilmente desapercibidas si no están desplazadas.

4. El [interesado] es diagnosticado finalmente pues se ponen todos los medios disponibles para llegar a detectar su fractura. Además, se le indican medidas que debe realizar ante la sospecha de que pueda presentar una lesión grave, como no apoyar la pierna, por lo que se puede decir que realiza un tratamiento desde el principio, si bien no recibió inmovilización al no ser diagnosticada la fractura inicialmente.

5. Tras el diagnóstico se decide de forma consensuada entre los miembros del servicio mantener un tratamiento conservador sin apoyar la pierna. Al haber pasado un mes, se opta por no inmovilizar la pierna y fortalecer la rodilla mediante fisioterapia.

6. El paciente presenta en la evolución clínica una inestabilidad al caminar que resuelve con el uso de una rodillera. Se decide de forma consensuada una vez más mantener una actitud conservadora. El paciente es seguido cada 3 meses en consultas de Traumatología, reevaluando su caso de forma periódica en la sesión del servicio.

7. El [reclamante] busca una segunda opinión en un centro privado y es sometido a un tratamiento quirúrgico que no le aporta mejoría clínica.

8. El [interesado] pasa a ser atendido en el Hospital Virgen de La Arrixaca donde se somete a varios tratamientos sin éxito.

9. El tratamiento de las fracturas de la espina tibial de diagnóstico tardío es controvertido. En este caso, la decisión a tomar no es fácil. Se podría optar por recolocar el fragmento y fijarlo, pero en cualquier caso esta no es la intervención que se llevó a cabo en el Hospital de Molina (centro privado). La decisión tomada por el equipo del Hospital Reina Sofía de Murcia se basa probablemente en que el fragmento no estaba suficientemente desplazado, y por tanto no era esperable una clara mejoría tras una intervención quirúrgica”.

DECIMOQUINTO.- El 8 de noviembre de 2023 se recibe un informe elaborado el 26 de octubre de ese año, a instancia de la compañía aseguradora, por una médica experta en valoración del daño corporal.

En este documento se recogen unas conclusiones de las que se transcriben las siguientes:

“(…).

4. En puridad solo se podrían indemnizar los días desde el 12-5-2017 hasta el 21-7-2018 en que fue intervenido de rodilla. Se trataría de días de PPP moderado (antiguos improductivos) porque estuvo de baja laboral.

5. No se puede determinar una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria y el dolor que refiere. El propio Dr. (...) , especialista en traumatología que lo intervino dos veces en el Hospital de Molina explica que el dolor no es de origen articular. No obstante, si se me encarga que determine la valoración del daño con arreglo al baremo, valoraría secuelas de lesiones meniscales cuya horquilla va de 1 a 5 puntos. Aunque no queda clara la relación de causalidad con el retraso.

7. Las fracturas de la espina tibial equivalen a una avulsión del ligamento cruzado anterior, por lo que la secuela sería 03197 secuelas de lesiones de ligamentos cruzados operados o no, que tiene una horquilla de 1 a 15 puntos.

8. La combinación [de] ambas secuelas iría de 2 a 20 puntos, pero el baremo tiene descrita una secuela que agrupa ambas y le otorga mayor puntuación: 03199 Secuelas combinadas de lesiones de menisco ligamentosas según sintomatología, incluyendo dolor y limitación funcional de 5 a 20 puntos. En beneficio del paciente, lo encuadraría bajo esta secuela y también en beneficio del paciente lo valoro con el máximo puntos según sintomatología incluyendo el dolor y la limitación funcional, a pesar de que el máximo de estas lesiones es equivalente a la prótesis parcial de rodilla (15 a 20). Este caso anatómicamente no se puede asimilar a prótesis de rodilla. En el caso del [reclamante], se puede apreciar que la espina tibial no parece sufrir un desplazamiento significativo. Sin embargo, refiere inestabilidad al caminar, aunque no se confirma en la exploración clínica, ya que las maniobras para explorar la inestabilidad son negativas.

9. Además, tenemos un estado anterior de fractura de la espina tibial, que habría que descontar. Las fracturas de la espina tibial equivalen a una avulsión del ligamento cruzado anterior, el cual, en el traumatismo inicial también se puede estirar y debilitarse de forma permanente. La inestabilidad puede generar lesiones en los meniscos y en el cartílago articular. El tratamiento de las fracturas de la espina tibial de evolución tardía (es decir, que pasan desapercibidas), es controvertido. Cuando se decide un tratamiento quirúrgico porque la fractura esté desplazada, éste sigue los mismos principios que en las formas agudas: recolocar el fragmento y fijarlo.

10. En el caso de que en beneficio del paciente se valorara con el máximo (20 puntos), y de nuevo en beneficio del paciente se descontara el mínimo de 5 puntos, nos encontraríamos ante 15 puntos de agravación: esta es la máxima puntuación en este caso.

11. Añadir un trastorno depresivo reactivo leve con 4 a 10 puntos. 7 puntos.

12. Este tipo de lesión genera una pérdida de calidad de vida entre leve y moderada. Puede implicar una incapacidad permanente total para su profesión habitual, pero no nos consta que la tenga concedida, por lo que propongo una pérdida de calidad de vida leve en grado alto”.

DECIMOSEXTO.- Obra en el expediente un acuerdo de la Directora Gerente del SMS de 17 de noviembre de 2023 en el que, a la vista de los informes que obran en el expediente, autoriza a la compañía aseguradora a negociar con el interesado un acuerdo de terminación convencional del procedimiento de responsabilidad patrimonial, como se permite en el artículo 86 LPAC y en la cláusula 5.3 de las condiciones particulares del contrato de seguro suscrito con ella.

DECIMOSÉPTIMO.- El 19 de noviembre de 2024 se recibe un informe de cuantificación del daño personal, realizado el día 13 de ese mes por la misma perita que había realizado el informe anterior de valoración del daño.

En este documento se recuerda que el accidente se produjo el 12 de mayo de 2017, cuando el interesado tenía 41 años, y que la estabilización de las secuelas se alcanzó el 21 de julio de 2018.

Con arreglo al baremo de 2018, se valoran:

- 435 días de perjuicio personal particular moderado, a razón de 52,96 €/día: 23.037,60 €.
- 21 puntos de secuelas (perjuicio psicofísico): 27.327,91€.
- Perjuicio moral leve por pérdida de la calidad de vida: 5.601,97 €.

Ello arroja un total de 55.967,48 €.

DECIMOCTAVO.- Con fecha 20 de noviembre de 2024 se solicita a la Inspección Médica que emita un informe preferente de valoración de la reclamación y de los daños personales (psicofísicos) alegados por el interesado, dado que la solicitud de indemnización será probablemente estimada.

DECIMONOVENO.- El 7 de febrero de 2025 se recibe el informe elaborado ese mismo día por la Inspección Médica. En la parte de ese documento que se titula *Juicio crítico*, se reconoce que se incurrió en *“un evidente retraso diagnóstico en la fractura, y también ese retraso ha tenido una repercusión clara en el tratamiento, ya que si bien es cierto que las fracturas de meseta tibial no desplazadas, como era la del paciente, pueden tratarse con tratamiento conservador mediante inmovilización, al paciente no se le inmovilizó la rodilla en sentido literal, sino que se le aplicó un vendaje compresivo, que si bien limita la movilidad no la impide, recomendándole únicamente que no cargar en esa extremidad durante la marcha”*.

También se destaca que se inició tratamiento rehabilitador pero que el paciente evolucionó mal, y que una visita de julio de 2017 ya se apreció un ligero desplazamiento en la fractura, concretamente en la zona de las espinas tibiales. Después, siguió evolucionando mal a pesar del tratamiento rehabilitador y de la magnetoterapia más infiltraciones que se le aplicó. Aproximadamente 14 meses después del inicio del proceso, el reclamante presentaba inestabilidad a la marcha con dolor al andar y consolidación desplazada de la espina tibial.

Tras ello, decidió recurrir a la sanidad privada, en la que se realizaron dos intervenciones. La primera de ellas para realizar la exéresis de la espina tibial desplazada, y ante la persistencia de sintomatología, una segunda intervención con exéresis del pico de la rótula y sutura del menisco externo. Además, se le practicaron tres infiltraciones de plasma rico en plaquetas.

Pese a ello, el paciente mantuvo su sintomatología, dolor al apoyar en la zona anterior de la rodilla, inflamación y atrofia del cuádriceps. Debido a esas circunstancias, acudió al HUCA, donde se le realizan nuevas artroscopias sin que mejorase. En el último informe de 12 noviembre de 2024, debido al agotamiento de los recursos artroscópicos, se le aconsejó someterse a una artroplastia de rodilla (implante de prótesis de rodilla).

A continuación, se exponen en el informe las siguientes conclusiones:

“• Hay un evidente retraso en el diagnóstico de la fractura de meseta tibial que padeció [el reclamante].

• Las fracturas de meseta tibial no desplazadas y estables, admiten tratamiento conservador mediante inmovilización.

• Al paciente, al no ser diagnosticada la fractura, no se le aplicó inmovilización, únicamente vendaje compresivo y recomendación de no cargar el miembro. Este tratamiento fue aplicado desde el primer momento.

• No hay certeza de que la mala evolución posterior sea debida a ese retraso en el diagnóstico, pero es innegable que ese retraso impidió aplicar desde el primer momento un tratamiento adecuado a la fractura.

• Uno de los fragmentos de la fractura, la espina tibial acabó desplazándose, lo que no se hubiera producido, o se hubiera producido con mucha mayor dificultad si se hubiera inmovilizado la articulación.

- *Una vez diagnosticada la fractura se opta por tratamiento conservador, sin buenos resultados. Cuando el paciente acude a la sanidad privada se opta por tratamiento quirúrgico, dos artroscopias, también con malos resultados.*

- *Tras estas intervenciones vuelve a ser tratado en la sanidad pública.*

- *En la evolución posterior del paciente, y tras su paso por la sanidad privada, es imposible deslindar qué parte de su sintomatología tiene o puede tener relación con el retraso en el diagnóstico y tratamiento inicial, de la que puede estar relacionada con los tratamientos quirúrgicos posteriores, artroscopias realizadas primero en la sanidad privada y después en la sanidad pública”.*

VIGÉSIMO.- El 11 de febrero de 2025 se concede audiencia al reclamante y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que tengan por convenientes.

Sin embargo, no consta que hayan hecho uso de ese derecho.

VIGESIMOPRIMERO.- Con fecha 24 de abril de 2025 se formula propuesta de resolución estimatoria, en parte, de la reclamación, y se estima procedente indemnizar al interesado con la cantidad ya apuntada de 55.967,48 €, que deberá ser actualizada con arreglo a los criterios establecidos en la ley.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen mediante un escrito recibido en este Consejo Jurídico el 28 de abril de 2025 junto con un CD.

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 (LPAC), 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 presentado por una persona interesada, que es quien sufre los daños personales 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 LPAC establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En este supuesto, se sabe que el interesado sufrió la fractura que no se le diagnosticó correctamente el 12 de mayo de 2017 y que interpuso la acción de resarcimiento el 30 de octubre de 2019, cuando días antes (el 24 de abril) se le había diagnosticado la fractura de la meseta tibial en cuatro fragmentos y se le había efectuado (el 19 de julio) la segunda artroscopia.

A la vista del historial del reclamante, no se puede entender que en ese momento se hubiese producido la estabilización de las secuelas por las que reclama y así lo expresa su propio abogado en la solicitud de indemnización.

En consecuencia, es evidente que, aunque la acción de resarcimiento se interpuso de forma anticipada, se satisface el requisito temporal mencionado.

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 notable exceso el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LPAC.

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-Adm inistrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como se ha expuesto, el interesado solicita que se le reconozca al derecho a percibir una indemnización, que ha cuantificado a tanto alzado en 300.000 €, porque el retraso en el diagnóstico de la fractura desplazada de la meseta tibial que se había producido provocó que consolidara de forma defectuosa, y ello le ha causado las secuelas que padece.

A pesar de que el reclamante no ha presentado ningún informe de carácter pericial que le sirva para sostener esa imputación de mala praxis, lo cierto es que, como se ha expuesto, la Inspección Médica ha reconocido en su informe (Antecedente décimo de este Dictamen) que se incurrió en un claro retraso diagnóstico de la fractura (Conclusión 1ª), y también que esa demora ha presentado una incidencia manifiesta en la evolución del tratamiento, porque no se le inmovilizó la rodilla, como hubiera resultado procedente (Conclusión 2ª), sino que sólo se le aplicó un vendaje compresivo.

Se ha señalado que la Inspección Médica considera que las fracturas de meseta tibial no desplazadas, como era la que había sufrido el interesado, pueden tratarse con tratamiento conservador, pero que, en todo caso, ello exige que se le realice una inmovilización de la rodilla (Conclusión 3ª), que en este supuesto no se hizo.

En ese mismo sentido, se insiste en que el desplazamiento de uno de los fragmentos se produjo (o se materializó en mayor grado) porque no se llevó a cabo la citada inmovilización de la articulación (Conclusión 5ª).

Por otro lado, se reconoce que no hay certeza de que la mala evolución posterior que experimentó el reclamante obedezca en exclusiva a ese retraso en el diagnóstico, pero que es innegable que esa demora impidió aplicar desde el primer momento el tratamiento que hubiese correspondido a ese tipo de fractura (Conclusión 4ª).

De hecho, se sabe que antes de acudir a la sanidad privada, es decir, unos 14 meses después del inicio del proceso, el reclamante ya presentaba inestabilidad a la marcha con dolor al andar con consolidación desplazada de la espina dorsal.

En consecuencia, procede concluir que se produjo un funcionamiento anormal del servicio sanitario regional y que ello, por esa razón, le causó al interesado un daño personal evidente, de modo que existe el nexo causal que se

exige de forma necesaria en estos casos. Además, también se aprecia la antijuricidad del daño citado, que es otro de los requisitos que debe concurrir en este tipo de supuestos.

Así pues, no cabe duda de que concurren todos los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria, por lo que procede estimar la reclamación formulada.

QUINTA.- Acerca del *quantum* indemnizatorio.

I. 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. Por tanto, procede hacer las dos consideraciones siguientes:

a) La primera es que, aún de forma orientativa, resulta de aplicación en este supuesto el sistema de valoración que se contempla en el articulado y en el Anexo del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. Por lo que se refiere concretamente al Anexo, hay que indicar que fue sustituido por el que se contiene en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, tantas veces citada, que modificó dicha Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

b) Ya se ha adelantado que la perita médica elabora su informe de valoración (Antecedente decimoséptimo) con arreglo a la actualización del baremo correspondiente a 2018, porque ese fue el año en el que se produjo la estabilización lesional, aunque el daño se ocasionó en 2017.

Pese a ello, de manera contraria a lo que sostiene dicha facultativa, que entiende que hay que tomar en consideración la actualización referente a 2018, este Órgano consultivo recuerda que el artículo 38.2 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, dispone que *“Los conceptos perjudiciales indemnizables, los criterios para su determinación y los demás elementos relevantes para la aplicación del sistema, en defecto de regla específica, son también los vigentes a la fecha del accidente”*.

Por tanto, corresponde aplicar en este caso la actualización de las indemnizaciones previstas en ese sistema, de acuerdo con lo que se establece en la Resolución de 3 de octubre de 2017, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones actualizadas del sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

II. De conformidad con lo que se ha expuesto, corresponde conceder una indemnización por las lesiones temporales causadas con arreglo a las cantidades que se detallan en la Tabla 3 del Anexo mencionado, de manera ligeramente diferente a lo que determina la perita médica. Para ello, se toma como día inicial del plazo (*dies a quo*) aquél en el que se produjo el evento dañoso, esto es, el 12 de mayo de 2017, y como día final de cómputo (*dies ad quem*) aquél en el que el reclamante, tras abandonar inicialmente la sanidad pública, fue asistido en la privada, es decir, el 20 de julio de 2018. Por tanto, transcurrieron 434 días (y no los 435 a los que se refiere la perita médica), en los que experimentó una pérdida moderada de la calidad de vida.

El interesado no ha alegado, ni ha especificado o concretado el perjuicio personal que pueda experimentar ni ha presentado documentos que sirvan para extender el alcance de la lesión temporal más allá de ese día final. Debido a esta circunstancia, el cálculo de la indemnización por este concepto sería entonces el siguiente: 434 días de perjuicio personal particular moderado, a razón de 52,13 €/día: 22.624,42 €.

III. Por lo que se refiere a las secuelas, la perita médica les ha atribuido 21 puntos. Además, conviene recordar que el interesado tenía 41 años en el momento en que sufrió el percance. La aplicación entonces de lo establecido en la Tabla 2.A.2, supone que le correspondan al interesado por este motivo 26.897,55 €.

Finalmente, la perita entiende que se le debe reconocer al reclamante (Tabla 2.B) un perjuicio personal particular (perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas en grado leve) de 5.601,97 €. En el apartado 3 de la Tabla citada se establece una horquilla comprendida entre 1.503,75 y 15.037,50 €.

Como se señala en el artículo 108.5 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, referente a los Grados del perjuicio moral por pérdida de calidad de vida, *“El perjuicio leve es aquél en el que el lesionado con secuelas de más de seis puntos pierde la posibilidad de llevar a cabo actividades específicas que tengan especial trascendencia en su desarrollo personal. El perjuicio moral por la limitación o pérdida parcial de la actividad laboral o profesional que se venía ejerciendo se considera perjuicio leve con independencia del número de puntos que se otorguen a las secuelas”*.

La perita médica argumenta que el daño que sufre el interesado puede provocarle una incapacidad permanente total para el desempeño de su profesión habitual, pero que no consta que se le haya reconocido. En consecuencia, entiende este Cuerpo Consultivo que procede resarcirle por este concepto con la cantidad señalada por dicha perita médica, es decir, los 5.601,97 € ya citados.

IV. Por último, también corresponde reconocer al perjudicado una indemnización por perjuicio personal particular debido a la necesidad de tener que someterse a intervenciones quirúrgicas, contemplado en el artículo 140 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre. En el apartado B de la Tabla 3 del Anexo se reconoce el derecho a percibir en ese supuesto una indemnización comprendida entre 401 y 1.604 €.

Sin embargo, conviene recordar que, de conformidad con lo dispuesto en el *Clasificación Terminológica y Codificación de Actos y Técnicas Médicas* de la Organización Médica Colegial, se considera que el tratamiento mediante artroscopia de las lesiones complejas con ligamentos y meniscos es del grupo VII, de los ocho grupos de intervenciones quirúrgicas que contempla. En consecuencia, si se redondea el tramo anteriormente señalado y se divide la cantidad comprendida entre 1.600 y 400 (1.200) por los 8 tramos posibles, resulta que para cada grupo se incrementa la cantidad anterior en 150 €. Si al grupo 0 le corresponden 400 €, al grupo VII se le deben atribuir 1.450 €.

De acuerdo con lo señalado en el informe de la Inspección Médica, al interesado se le efectuaron tres artroscopias (los días 21 de julio de 2018; 19 de julio de 2019 y 10 de noviembre de 2020) que están debidamente acreditadas. A pesar de ello, en el informe de la Inspección Médica se alude a otras intervenciones de esa naturaleza, pero no constan los datos concretos. Así, pues se le debe resarcir al reclamante como consecuencia de las tres

artroscopias citadas (1.450 x 3) en 4.350 €.

V. De conformidad con lo explicado, procedería reconocer al interesado una indemnización total (22.624,42 + 26.897,55 + 5.601,97 + 4.350) de 59.473,94 €, si bien debe tenerse en cuenta que dicha cantidad debe ser actualizada de acuerdo con lo que se establece en el artículo 34.3 LRJSP.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución estimatoria, en parte, de la reclamación formulada, porque existe una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento anormal del servicio sanitario regional y el daño por el que se reclama, cuyo carácter antijurídico se ha demostrado, asimismo, de forma conveniente.

SEGUNDA.- No obstante, la cuantía de la indemnización que procede abonar al interesado debería ajustarse a lo que se indica en la Consideración quinta.

No obstante, V.E. resolverá.