



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 201/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 27 de agosto 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 22 de julio de 2024, COMINTER 154677, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_268), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.-Con fecha 22 de septiembre de 2017, D. X, representado por abogada, formula reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración regional por la asistencia sanitaria que recibió el día 1 de enero de 2016 en el Servicio de Urgencias del Hospital de Molina de Segura. En dicha reclamación se afirma lo siguiente:

-“En fecha 1 de enero de 2016, D. X, que contaba con 18 años, tras sufrir una agresión consistente en puñetazo en la nariz, es atendido de Urgencias del Hospital de Molina de Segura, presentando una gran inflamación y dolor, obstrucción en tabique nasal, hemorragia, así como dificultad respiratoria, por lo que le realizan Radiografía de los huesos propios de la nariz a fin de determinar la patología consecuencia de la agresión, siendo que, en dicha prueba radiológica, que adjuntamos como doc. núm. 1, claramente y a simple vista, siquiera sin ser expertos en la materia, se puede observar con nitidez a pesar de la inflamación, que se trata de algo más que una simple contusión y que el tabique nasal estaba fracturado. Pese a ello y en un flagrante error de diagnóstico se establece como resultado de la RX ‘sin alteraciones’ y el diagnóstico que se da es simplemente ‘contusión tabique nasal’, prescribiéndosele frío local en la zona, así como valoración por su médico de atención primaria en el caso de que persistieran las molestias”.

-“Si se hubiese detectado correctamente la fractura, el protocolo a seguir hubiese sido colocar una férula de yeso para evitar desviaciones. En tanto que no se hizo, inevitablemente la desviación se produjo, y para cuando se

detectó, la fractura ya estaba totalmente consolidada, por lo que devino indefectiblemente en una intervención que hubiese podido evitarse o en su caso debiera haberse practicado de forma inminente para evitar tener al paciente durante más de un año, como se le tuvo, sufriendo los síntomas tanto funcionales como estéticos que dicha lesión conlleva”.

Se solicita una indemnización por importe de 14.772 euros (“de acuerdo con lo establecido en el Baremo que recoge la Ley 30/1995, en su actualización para el año 2016”). Y se interesa la práctica de prueba documental (se aporta documentación médica -que ya consta en la historia clínica-), prueba testifical (se solicita declaración de los padres del reclamante), y prueba pericial (se deja señalada la aportación posterior de Informe Médico Pericial).

SEGUNDO.-Con fecha 27 de octubre de 2017, se requiere al reclamante para que acredite la representación y presente la reclamación a través de la sede electrónica. Y con fecha 3 de noviembre de 2017, en contestación a dicho requerimiento, el reclamante presenta el poder de representación y, de nuevo, la reclamación y la documentación adjunta a través de la sede electrónica.

TERCERO.-Con fecha 14 de noviembre de 2017, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación de responsabilidad patrimonial, que se notifica al interesado el siguiente día 15 de noviembre con indicación del plazo máximo de resolución y del sentido del silencio administrativo.

CUARTO.- Con fecha 21 de noviembre de 2017, el Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud, al que se le atribuye la instrucción del expediente, solicita al Director Gerente del Hospital de Molina de Segura y al Director Gerente de Área de Salud VI (H.G.U. Morales Meseguer) la correspondiente historia clínica del proceso asistencial de D. X, objeto de la reclamación, así como los informes de los facultativos intervinientes en dicho proceso asistencial.

QUINTO.-Con fecha 18 de diciembre de 2017, el Hospital de Molina de Segura, en contestación al requerimiento del órgano instructor, remite la historia clínica y el Informe del facultativo que realizó la asistencia sanitaria en el Servicio de Urgencias, de 12 de diciembre de 2017, que expone lo siguiente:

“El paciente acude a Urgencias del Hospital de Molina el pasado día 01/01/2016, con inflamación importante en tabique nasal producto de una agresión.

Se le solicitó RX de huesos propios, pero no se pudo utilizar rinoscopia, por carecer del mismo.

En la exploración realizada en la consulta de urgencias, la cual sí se realizó, aunque no se reflejara, no se apreciaba crepitación, ni desviación del tabique nasal, debido al importante proceso inflamatorio acompañante, por lo que inicialmente se le prescribieron AINES por vía oral; así como frío local, en espera de evolución mientras la inflamación mejorara.

Se trataba de valorar inicialmente el caso, para cuando la inflamación cediera en 2-3 días aproximadamente (no un mes), poder actuar en consecuencia.

Se le remitió por tanto a su otorrinolaringólogo en caso de que las molestias no cedieran tras la mejoría del proceso inflamatorio, según se recoge en las recomendaciones /resumen del informe de alta.

No había que dejar pasar cerca de un mes para acudir a su médico de atención primaria, como así ocurrió, tal y como además comenté al paciente de forma verbal.

Transcurrió casi un mes hasta que el paciente acudió a su centro de salud, siendo derivado posteriormente al especialista.

Desde entonces, pasaron más de 15 días hasta que el otorrinolaringólogo visitó por primera vez, y cuatro meses desde ese momento hasta que se realizó la intervención de manera programada y no urgente, por lo que entiendo que si tras la consulta iniciada en urgencias no se hubiere perdido tanto tiempo en acudir a su médico de atención primaria, derivación especialista, intervención de forma programada (no urgente), el resultado hubiese sido otro, puesto que en el informe de urgencias se indica claramente que debe ser valorado por otorrinolaringólogo (o en su defecto su médico de atención primaria), si persisten las molestias,

Entiendo que la actuación inicial es mejorable en cuanto a la valoración radiológica, pero no así en la exploración realizada y tratamiento sintomático prescrito.

Si no se hubiera esperado tanto tiempo posteriormente, al ceder la inflamación se podría haber valorado de forma diferente la fractura en cuestión”.

SEXTO.-Con fecha 23 de febrero de 2018, el Director Gerente del Área de Salud VI, en contestación al requerimiento del órgano instructor, remite la historia clínica y el Informe del FEA de Otorrinolaringología que asistió al reclamante, de fecha 20 de febrero de 2018, que expone lo siguiente:

“5.-En relación con la reclamación interpuesta contra el Servicio de Urgencias del Hospital de Molina y de la que he sido informado al tiempo que requerido por la Asesoría Jurídica de mi centro de trabajo para aclarar una serie de afirmaciones, manifiesto que:

5a) Desconozco si el paciente tenía una deformidad rinoseptal previa al traumatismo sufrido en enero de 2016.

5.b) Desconozco el grado de inflamación presente en los tejidos nasales en las horas posteriores al traumatismo nasal. Esta información es importante ya que puede limitar la capacidad de diagnóstico certero de una posible fractura nasal postraumática.

5.c) La radiología simple de huesos propios nasales no tiene ninguna utilidad diagnóstica y por tanto su realización o su omisión no aporta ningún dato relevante para tratar una fractura nasal.

5.d) En el caso del paciente X. no tengo constancia que en ningún momento él presentara deformidad septal obstructiva ni pude corroborar esto en la exploración endonasal y en el estudio rinomanométrico.

5.e) En el caso de que la pirámide nasal del paciente fuese absolutamente normal antes de la agresión que el manifiesta que sufrió el 1.1.2016 y siempre que se hubiesen dado las condiciones favorables para un diagnóstico certero de la fractura nasal (escaso componente inflamatorio de los tejidos nasales) dentro de los 7-10 días posteriores al traumatismo, la colocación de una férula nasal por sí sola no hubiese podido evitar en ningún caso la rinoplastia a la que fue sometido el 22.2.2017. Una férula nasal solo sirve para estabilizar una fractura que no sea estable. La única circunstancia que hubiese evitado la rinoplastia posterior es que se hubiesen dado las condiciones clínicas favorables para diagnosticar la fractura nasal con tiempo de disponer de valoración preanestésica previa a la reducción de la fractura nasal con carácter preferente antes de los 7-10 días siguientes al traumatismo. Aun así, una reducción de fractura nasal postraumática no siempre evita que un paciente tenga que ser intervenido posteriormente de rinoseptoplastia porque pueden quedar deformidades.

5.f) Todo paciente que ha sufrido un traumatismo con fractura nasal consolidada y deformidad resultante, una vez llega al Especialista en Otorrinolaringología, debe ser sometido a un estudio diagnóstico detallado y, tras este, se

decide una intervención quirúrgica (rinoseptoplastia), debe de seguirse el protocolo de inclusión en lista de espera con obtención del consentimiento informado y valoración preanestésica. Habitualmente, la inclusión en lista de espera quirúrgica se hace con carácter ordinario con prioridad tipo 3, lo que explica los meses de demora entre el momento del traumatismo y la intervención programada de rinoseptoplastia.

5.g) Al paciente no se le propuso en ningún momento cirugía de la hipertrofia adenoidea por no ser sintomática ni ocasionarle obstrucción nasal alguna, tal y como se comprobó en la exploración clínica y en la rinomanometría realizadas con motivo del estudio preoperatorio”.

SÉPTIMO.-Con fecha 28 de febrero de 2018, la Instrucción notifica al reclamante la apertura del período de prueba, señalando que la documental se considera procedente, que la pericial propuesta deberá ser aportada por el reclamante, y que la testifical de los padres “carece de fundamento, pues la sucesión de hechos públicos asistenciales está recogida en la propia Historia Clínica, y si lo que esa parte pretende es enjuiciar si la actuación médica fue o no conforme a lex artis, esta es una cuestión técnica y no fáctica, que ha de ser dilucidada no con prueba testifical sino con informes periciales”.

OCTAVO.-Con fecha 25 de abril de 2018, el reclamante aporta informe pericial (emitido por “Licenciado en Medicina y Cirugía..., Máster y Experto en Valoración del Daño Corporal y Pericia Médica..., Máster en Discapacidad e Incapacidad Laboral..., Perito Médico Judicial..., Colegiado en Murcia núm. ...”), que formula las siguientes “conclusiones médico-periciales”:

“1.-El Sr. X sufrió una agresión con puñetazo en nariz y región periorbitaria izquierda.

2.-En la primera asistencia de urgencias del Hospital de Molina, día 01-01-16, presenta gran inflamación, hematoma periorcular izquierdo, dolor, obstrucción de tabique nasal, dificultad respiratoria y herida sangrante en base y ala izquierda de la nariz. Presenta también fractura de huesos propios de la nariz que no es diagnosticada siendo su diagnóstico en el H. de Molina de: contusión de tabique nasal.

3.-El diagnóstico correcto lo realiza su médico de atención primaria el día 27-01-16, fractura de huesos propios de nariz y desviación septal importante.

4.-Aunque es remitido con urgencia al servicio de Otorrinolaringología, visto y confirmado el diagnóstico por diversos especialistas, entre que se le practican las pruebas exploratorias correspondientes, se propone para intervención quirúrgica, etc., transcurren varios meses.

5.-El día 22-02-17 es operado (13 meses después del traumatismo).

6.-Ese retraso diagnóstico supone:

-414 días de retraso para alcanzar la estabilización lesional.

-1 día de ingreso para intervención quirúrgica (Perjuicio Personal Particular Grave).

-15 días de Perjuicio Personal Particular Moderado (Postoperatorio).

-398 días de Perjuicio Personal Particular Básico (viendo afectadas actividades específicas de su vida diaria (disfrute o placer, vida de relación, ocio y práctica de deporte).

7. No estimo secuelas.

El informe pericial de parte señala como “conclusión final” que “queda demostrado, según mi opinión médica, que, de haberse realizado el diagnóstico correcto en la primera asistencia al servicio médico de urgencias del Hospital de Molina, se habría podido solucionar la patología presentada por el Sr. X en tres semanas y haber evitado todo el perjuicio (familiar, personal, moral, físico y psíquico) que ha sufrido durante más de un año”.

NOVENO.-Con fecha 10 de mayo de 2018, la instrucción solicita a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria “que por parte de la Inspección Médica se emita informe valorativo de la referida reclamación, en el plazo de 3 meses”.

Con fechas 28 de noviembre de 2018, 13 de junio de 2019, 14 de octubre de 2019 y 5 de marzo de 2020, el reclamante solicita “resolución expresa del procedimiento”. Dichas solicitudes son remitidas por la Instrucción a la Inspección Médica.

Con fecha 20 de marzo de 2024, el Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales emite el informe solicitado, señalando en su apartado “conclusiones” lo siguiente:

“1.-Consideramos que hubo un error diagnóstico al no apreciarse la fractura nasal en la exploración y en la radiología.

2.-Que al paciente, tras la atención inicial en urgencias fue remitido a control por su médico de atención primaria, pero no acudió a su médico hasta pasados más de 20 días de la atención en urgencias.

3.-Que la posibilidad de un diagnóstico rápido y un tratamiento acorde a la patología, ya se perdió por la tardanza del paciente en la primera consulta posterior con su médico de atención primaria cuando habían pasado ya más de 20 días.

4.-Que de dicho error inicial no se deriva todo el posible perjuicio posterior, porque a pesar de un correcto diagnóstico, un tratamiento con inmovilización e incluso una reducción temprana, no garantiza que se evite la cirugía”.

DÉCIMO.-Con fecha 1 de abril de 2024, el órgano instructor notifica al reclamante y al Director Gerente del Hospital de Molina del Segura la apertura del trámite de audiencia, a efectos de que puedan “formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen pertinentes”. No consta que en dicho trámite se hayan formulado alegaciones.

UNDÉCIMO.- Con fecha 18 de julio de 2024, el órgano instructor del expediente dicta propuesta de resolución mediante la que plantea: “1.- Estimar parcialmente la reclamación patrimonial... en la cantidad de 7.386 €, más su actualización desde el 1 de enero de 2016,... por concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial del Servicio Murciano de Salud, por la actuación del centro concertado Hospital de Molina. 2.- Que se proceda al abono de dicha cantidad a D. X por el centro concertado del Servicio Murciano de Salud, Hospital de Molina de Segura”.

DUODÉCIMO.- Con fecha 22 de julio de 2024, se recaba el Dictamen preceptivo de este Consejo Jurídico,

acompañando el expediente administrativo, un índice de documentos y un resumen de las actuaciones del procedimiento.

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 el artículo 81.2 de Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.

I.-D. X ostenta legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), por ser quien sufre directamente los daños y perjuicios por cuya indemnización reclama.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración titular del servicio público a cuyo funcionamiento se imputa el daño. En este supuesto la Administración regional, a la que corresponde la prestación del servicio de asistencia sanitaria a la población, ya lo haga de forma directa, a través de sus propios recursos materiales o humanos, ya por mediación de entidades privadas a través de los oportunos conciertos, como ocurre en el supuesto sometido a consulta respecto a la asistencia prestada en el Hospital de Molina de Segura.

Como pone de manifiesto la propuesta de resolución, la actuación facultativa del Servicio de Urgencias de dicho Hospital se realiza en el contexto de la asistencia sanitaria pública dispensada a la paciente, que fue atendida en dicho Servicio en virtud del concierto suscrito entre el Servicio Murciano de Salud y el Hospital de Molina de Segura. Y como señalábamos en nuestro Dictamen núm. 13/2020, esta circunstancia no altera el hecho de que el servicio que se presta es público y que su titularidad la ostenta la Administración, con independencia de que se gestione por un tercero; por ello, sería injusto que el grado de responsabilidad derivado de la prestación de un servicio público dependa de la forma en que se realice el servicio por los poderes públicos, sin olvidar que los centros concertados están sujetos a la inspección y control de la autoridad sanitaria (artículo 67.5 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad). Así lo ha reconocido el Consejo de Estado, entre otros, en su Dictamen núm. 85/2002, de 31 de enero, en relación con una reclamación sobre la asistencia sanitaria prestada por un centro concertado: “el hecho de que la asistencia sanitaria discutida se haya prestado en un Hospital concertado con el INSALUD no es obstáculo para el examen de fondo de la reclamación planteada, ni para su eventual estimación, pues, en otro caso, se estaría colocando a los pacientes que son remitidos a los centros, por decisión de la Administración sanitaria, en una peor situación que el resto de los ciudadanos que permanecen en los establecimientos hospitalarios públicos”.

Respecto a la entidad que debe ser finalmente responsable de los daños, nuestro Dictamen núm. 86/2020 ponía de manifiesto que “el hecho de que dicha asistencia haya sido prestada por un centro concertado, que debe asumir la indemnización de daños que se causen a terceros como consecuencia de las operaciones que requiera el desarrollo del servicio, excepto cuando el daño se haya producido por causas imputables a la Administración -según regla ya clásica en la normativa de contratos de las Administraciones públicas y hoy recogida en el artículo 196 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público por la que se trasponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014-, sí puede alterar el ente finalmente responsable de los daños, en el caso de que se estimara la presente reclamación de responsabilidad patrimonial y se concluyera que el daño tuvo su origen en causas no imputables a la Administración regional y sí al centro concertado”.

II.-En cuanto al plazo para la interposición de la acción de resarcimiento, debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC, que dispone que “el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo”, y que “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, como ha quedado acreditado en el expediente, tras la intervención quirúrgica que se practica a D. X, el Servicio de Otorrinolaringología le prescribe el alta médica el día 22 de febrero de 2017, y la reclamación se interpone con fecha 22 de septiembre de 2017; por lo tanto, es evidente que el derecho a reclamar se ha ejercitado dentro de plazo.

III.-En cuanto al procedimiento, el examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver que ha excedido, en mucho, el plazo de seis meses previsto en el artículo 91.3 de la LPAC; a este respecto, llama la atención que la Inspección Médica ha tardado en emitir su informe casi seis años.

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 de la Constitución Española: “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 son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la LRJSP y desarrollados por abundante jurisprudencia:

-Que el daño o perjuicio sea real y efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con 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.

-Que no concurra causa 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 medios 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 su Dictamen núm. 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, recaída en el recurso núm. 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 del 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 concurra 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 de este Consejo Jurídico números 49/2001 y 97/2003, entre muchos otros). 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 (LEC)-, 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 de la 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 Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 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”.

CUARTA.-Relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado.

I.-El reclamante alega, en resumen, que “sufrió un error médico inicialmente por parte del Hospital de Molina ya que, en un primer momento no atendieron adecuadamente y realizaron las oportunas pruebas exploratorias (físicas y complementarias), que hubiera supuesto una temprana y pronta recuperación de la lesión (fractura de huesos propios de la nariz y desviación del tabique), descartando la buena evolución, abocando la negligencia de diagnóstico en una tardía intervención quirúrgica con evidentes consecuencias funcionales y estéticas”.

Es evidente que dichas alegaciones deben analizarse desde la óptica de la ciencia médica, por lo que debe acudirse a los informes médicos y periciales del expediente. Como se ha dicho, siendo necesarios conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la LEC-, resultan trascendentales los informes médicos que puedan obrar en el expediente, y en particular el informe de la Inspección Médica (como señala nuestro Dictamen núm. 276/2014, “este Consejo Jurídico viene señalando que <<en atención a su carácter técnico y por la especial imparcialidad y objetividad a que vienen obligados los inspectores en la valoración de los hechos y actuaciones sanitarias implicadas en el proceso asistencial del que derivan los daños (...) ha llevado a este Consejo Jurídico a dotar a este informe (Inspección Médica) de singular valor de prueba>>”).

II.-El Informe médico pericial aportado por el reclamante pone de manifiesto que, en la asistencia prestada en Urgencias del Hospital de Molina, el día 1 de enero de 2016, no se diagnostica una fractura de los huesos propios de la nariz, que existía y que se hubiera podido diagnosticar con la radiografía realizada y con una correcta exploración física. Asimismo, el Informe pone de manifiesto que, en la consulta de atención primaria, el día 27 de enero de 2016, sí se diagnostica “fractura de los huesos propios el día 1 de enero” y “desviación septal importante”. Y el Informe de la Inspección Médica, en el mismo sentido, señala categóricamente en sus conclusiones que “hubo un error de diagnóstico al no apreciarse la fractura nasal en la exploración y en la

radiología”.

Por lo tanto, se desprende del expediente y de los referidos informes que existe un nexo de causalidad entre el error de diagnóstico, producido en el Servicio de Urgencias del Hospital de Molina de Segura, y los daños y perjuicios alegados por el reclamante.

III.-El informe aportado por el reclamante afirma que, de haberse realizado el diagnóstico correcto en Urgencias del Hospital de Molina, se habría podido solucionar la patología en tres semanas, y haber evitado los perjuicios sufridos durante más de un año. Sin embargo, el Informe de la Inspección Médica afirma que de dicho error inicial no se deriva todo el posible perjuicio posterior, “porque a pesar de un correcto diagnóstico, un tratamiento con inmovilización e incluso una reducción temprana, no garantiza que se evite la cirugía”. En el mismo sentido, el Informe del FEA de Otorrinolaringología del Área de Salud VI afirma que la única circunstancia que hubiese evitado la rinoplastia posterior es que se hubiesen dado las condiciones clínicas favorables para diagnosticar la fractura nasal con tiempo de disponer de valoración preanestésica previa a la reducción de la fractura nasal con carácter preferente antes de los 7-10 días siguientes al traumatismo; y señala que, aun así, una reducción de fractura nasal postraumática no siempre evita que un paciente tenga que ser intervenido posteriormente de rinoseptoplastia porque pueden quedar deformidades.

Además, el Informe de la Inspección Médica pone de manifiesto que, tras la atención en urgencias, el paciente fue remitido a control por su médico de atención primaria (en el informe de alta se indica expresamente que si persisten las molestias se debe acudir al médico de atención primaria o al otorrinolaringólogo), pero no acudió a su médico hasta pasados más de 20 días desde dicha atención inicial, afirmando que “la posibilidad de un diagnóstico rápido y un tratamiento acorde a la patología, ya se perdió por la tardanza del paciente en la primera consulta posterior con su médico de atención primaria”; pasado dicho periodo de tiempo, “ya solo era posible el tratamiento quirúrgico”.

IV.-Por lo tanto, a la vista de los informes médicos que obran en el expediente, debe considerarse que existe un nexo causal entre el error de diagnóstico (que se produce en el Hospital de Molina de Segura) y los daños alegados; y que, en consecuencia, procede reconocer la existencia de un nexo de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y dichos daños, que deben considerarse antijurídicos. No obstante, como pone de manifiesto la Propuesta de resolución, también debe considerarse que el paciente con su conducta, al no acudir antes a su médico de familia, contribuyó a que se produjeran los reiterados daños.

QUINTA.- Cuantía de la indemnización.

I.- Resulta de aplicación 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; respecto al Anexo, resulta de aplicación el que se contiene en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, que modificó dicha Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

La jurisprudencia ha reconocido el carácter orientador del Baremo que desarrolla la Ley 35/2015; así, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo núm. 1420/2016, de 8 de abril, afirma que “La jurisprudencia de esta Sala ha establecido también sin fisuras la posibilidad de utilizar las reglas del Baremo como

criterios orientadores, no vinculantes, para cuantificar las indemnizaciones por los perjuicios causados a las personas como consecuencia del daño corporal ocasionado en sectores de actividad distintos de la circulación de vehículos de motor [entre muchas, SSTS 906/2011, de 30 de noviembre (Rec. 2155/2008), 403/2013, de 18 de junio (Rec. 368/2011) y 262/2015, de 27 de mayo (Rec. 1459/2013)].

II.-El reclamante solicita en su escrito inicial una indemnización por importe de 14.772 euros, “de acuerdo con lo establecido en el Baremo que recoge la Ley 30/1995, en su actualización para el año 2016”. Sin embargo, la referida Ley 35/2015 entró en vigor el 1 de enero de 2016, y con ella el Anexo que incorpora; por lo que, en este caso, dado que la asistencia sanitaria en cuestión se produjo dicho día 1 de enero de 2016, procede la aplicación directa de las cuantías que se recogen en dicho Anexo (sin perjuicio de que la cuantía de la indemnización resultante deba ser actualizada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34.3 de la LRJSP).

El informe médico pericial aportado por el reclamante en fase de prueba no cuantifica el importe de la indemnización que se solicita, pero sí determina los distintos días del proceso curativo: 1 día de perjuicio personal particular grave (cuando fue operado, con ingreso y alta el mismo día); 15 días de perjuicio personal particular moderado (tras la operación, cuando el lesionado pierde temporalmente la posibilidad de llevar a cabo una parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal); 398 días de perjuicio personal básico (los días restantes desde la fecha del accidente hasta la finalización del proceso curativo).

Aplicando a dichos días del proceso curativo las cuantías reflejadas en la Tabla 3 “indemnizaciones por lesiones temporales” del referido Anexo de la Ley 35/2015, resulta: 75 euros por perjuicio personal particular grave (Tabla 3.B, 1 día por 75 euros); 780 euros por perjuicio personal particular moderado (Tabla 3.B, 15 días por 52 euros); y 11.940 euros por perjuicio personal básico (Tabla 3.A, 398 días por 30 euros). En total 12.795 euros.

A dicha cuantía de 12.795 euros procede añadir, aunque no lo señale el informe pericial aportado por el reclamante, la indemnización adicional por “intervención quirúrgica” que se recoge en la Tabla 3.B como perjuicio personal particular (de 400 a 1600 euros por cada intervención quirúrgica). Por lo tanto, considerando en este caso una cuantía de 500 euros por intervención quirúrgica, resulta una indemnización total por importe de 13.295 euros (ligeramente inferior a la cantidad de 14.772 euros solicitada inicialmente por el reclamante).

III.-Ha quedado acreditado en el expediente, como ya se ha dicho, que el paciente contribuyó a que se produjeran los daños cuya indemnización reclama. En los días siguientes a la asistencia en el servicio de urgencias, al persistir las molestias, el paciente debió acudir a su médico de atención primaria como se le indicaba en el documento de alta; y cuando acudió a su médico de atención primaria, pasados veinticuatro días, la intervención quirúrgica ya era el único tratamiento posible.

En supuestos similares al presente, en los que la conducta del reclamante ha contribuido a la producción del daño que se reclama, este Consejo Jurídico ha dictaminado que la indemnización debe minorarse en el porcentaje en el que se cifre la contribución causal de la conducta del reclamante a la producción del daño. Así, en nuestro Dictamen núm. 183/2022 se decía que “No obstante, a esa cantidad [la señalada como indemnización] se le debe aplicar una corrección por concausalidad del 50% dado que en la producción del daño también concurrió la propia interesada, como ya se explicó con anterioridad, y no se aprecian otras circunstancias que pudieran justificar alterar, mediante la aplicación de otros porcentajes, esa distribución equitativa de la responsabilidad. Así pues, la reparación económica debe ascender (6.000/2) a 3.000 €, que es la cantidad que debe abonarse a la reclamante”. Y en el mismo sentido, nuestro Dictamen núm. 274/2022 afirmaba que “Ello implica, atendidas las circunstancias del caso, que la contribución causal de su conducta a la producción del daño se deba cifrar en un 50% sobre el total, porcentaje que debe, en consecuencia, minorarse del importe de la valoración de los daños indemnizables y, por tanto, de la indemnización a reconocer, con su correspondiente actualización legal”.

Por lo tanto, a la referida cantidad de 13.295 euros se le debe aplicar una corrección por concausalidad del cincuenta por ciento, considerando que tanto el error de diagnóstico como la conducta del propio reclamante contribuyeron, en la misma proporción, a la producción del daño alegado. En consecuencia, la indemnización debe fijarse en la cantidad de 6.648 euros (ligeramente inferior a la cantidad de 7.386 euros fijada en la propuesta de resolución). Teniendo en cuenta que dicho importe deberá actualizarse de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34.3 de la LRJSP.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución parcialmente estimatoria de la reclamación, por considerar que concurren en el supuesto sometido a consulta todos los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, de conformidad con lo expuesto en la consideración cuarta de este Dictamen.

SEGUNDA.- Se dictamina en sentido desfavorable la cuantía de la indemnización que se recoge en la propuesta de resolución, por considerar que la cuantía de la indemnización a abonar por el Hospital de Molina de Segura debe ascender a 6.648 euros, de conformidad con lo expuesto en la consideración quinta de este Dictamen.

No obstante, V.E. resolverá.