



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 291/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 12 de noviembre 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 3 de diciembre de 2024 (COMINTER 227279) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 4 de diciembre de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, en representación de D. Y, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_420), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 30 de marzo de 2016, D.^a X formula reclamación de responsabilidad patrimonial, frente a la Administración regional, en nombre y representación de su hijo D. Y (que padece Síndrome de Down y está bajo la patria potestad prorrogada de su madre), por los daños y perjuicios que, según alega, ha sufrido D. Y como consecuencia de la asistencia sanitaria que se le prestó en marzo de 2015. La reclamación se basa en los siguientes hechos:

-El 19 de marzo de 2015, la Sra. X llama por teléfono al 061 comunicando que, mientras estaban acostados (ambos duermen en el mismo dormitorio), sintió que su hijo estaba “muy agitado, convulsionando y con los ojos en blanco”.

A los 5 minutos acudió la Unidad Medicalizada de Emergencias (UME), encontrando al paciente “postrado y obnubilado”, procediendo a su estabilización y traslado al Hospital Rafael Méndez de Lorca, por presentar crisis comicial y bradicardia, sin ninguna incidencia traumatológica ni procedimiento de inmovilización.

El paciente ingresa en Urgencias a las 11:50 h., quedando bajo el cuidado del personal sanitario mientras se le realizaban distintas pruebas. Después, cuando pasó a la Sala de Observación, al estar restringida la estancia en la misma, tampoco pudo estar acompañado por sus familiares. El paciente es trasladado a planta a las 20:56 h.

Durante su hospitalización en planta, a las 21:46 h., se le valora como “paciente de riesgo alto de caídas”,

ordenando elaborar un “plan de cuidados riesgo de caídas”, y anotándose que no se habían producido caídas previas.

-El 20 de marzo de 2015, la hermana de Y no puede llevarle al servicio, dado que el paciente no es capaz de mantenerse en pie; parece que sufre una lesión en la pierna derecha, por lo que se advierte de ello al personal sanitario. Tienen que ayudarlo llevándolo sentado en un carrito; durante el fin de semana no se le presta ninguna atención sanitaria al respecto.

Durante los días 21 y 22 de marzo de 2015 (sábado y domingo) tampoco se le prestó asistencia traumatológica ni se anotó incidencia alguna. Los partes de servicio diarios tienen diversas irregularidades; no están correctamente cumplimentados, con ausencia de las firmas de los responsables de la atención sanitaria, lo que, a juicio de la reclamante, evidencia disfunciones y deficiencias de control y atención.

-El 23 de marzo de 2015, el paciente es dado de alta hospitalaria por el Dr. Z, facultativo del Servicio de Neurología; quien, cuando es informado por los familiares de la lesión, tras explorar al paciente de forma superficial, les indica que no procede llamar al traumatólogo, derivándolo al médico responsable de planta.

El paciente también es visto por la Dra. P, del Servicio de Reumatología; los familiares le indican que desconocen que el paciente se haya caído, y que sólo les consta una lesión de menisco 30 años antes. Se le realiza una radiografía de rodilla y se le remite a su domicilio con el siguiente juicio clínico: “Paciente con dolor en rodilla derecha, con duda de traumatismo previo. RX de rodilla sin alteraciones óseas evidentes. A la exploración física presenta dolor en cabeza peronea derecha, sin artritis, movilidad conservada, dolor en maniobras meniscales, hiperlaxitud en rodilla con algo de recurvatum. Valorar por atención primaria si continúa el dolor, solicitando RMN de rodilla y remitir a trauma”.

-El 24 de marzo de 2015, ya en su domicilio de Águilas, el paciente no puede levantarse. Por lo que los familiares llaman al Centro de Salud de Águilas, donde le informan de que no disponen de traumatólogo y le vuelven a remitir al Hospital Rafael Méndez de Lorca.

Ingresa en el Servicio de Urgencias de dicho Hospital a las 16:19 h., donde es visto por el Dr. Q, que no es especialista en traumatología, y que se limita a realizar al paciente maniobras de movilización de la rodilla, siempre sentado en el carrito, aunque la hermana insiste en que intente levantarlo. El facultativo, ante la difícil comunicación con el paciente, realiza una exploración superficial y emite diagnóstico de esguince de rodilla, sin reparar en el acortamiento o disimetría de la pierna, que se puede apreciar a simple vista, según una fotografía aportada por la reclamante.

Es remitido a casa con “dolor a la movilización y rotación externa en cara externa de la rodilla”, para “observación domiciliaria” y “control por el médico de cabecera”, con vendaje de rodilla y analgésicos.

La familia solicita al Dr. Q que le explore un traumatólogo de Urgencias ese mismo día, pero el facultativo cursa una “cita rápida” para la Consulta de Traumatología, que se concretó para el día 31 de marzo.

La hermana del paciente, no conforme con el diagnóstico, pidió entrevistarse con el Supervisor, a quien explica que los síntomas de su hermano no se corresponden con un esguince leve y, por ello, requiere la atención de un traumatólogo, advirtiéndole también de que, a su parecer, la lesión se habría producido en el Hospital y nadie les había informado. No logra que el Supervisor ni el Dr. Q le remitan a Traumatología.

Toda la semana siguiente el paciente permanece en cama, sin poder desplazarse ni siquiera al baño, pudiendo sólo incorporarse para sentarse, siempre con ayuda y fuertes dolores al moverse, a pesar de administrársele los analgésicos prescritos. Tras doce días de evolución no era capaz de mantenerse en pie, lo que evidenciaba el erróneo diagnóstico.

-El 31 de marzo de 2015, el paciente es visto en Consulta de Traumatología del Hospital Rafael Méndez por el Dr. R, que se limita a corroborar el diagnóstico de esguince de rodilla, sin explorar al paciente y ni siquiera levantarse. Le pide radiografía de tobillos y de rodilla y le prescribe media elástica hasta el muslo. Al preguntarle los familiares si no se iba a pedir la resonancia magnética indicada por la Dra. P, contesta que la radiografía es muy clara y no necesita otra prueba.

-El 26 de mayo de 2015, los familiares acuden a su Médico de Familia, la Dra. S, que es quien detecta la localización y entidad de la lesión; que en ese momento ya ha sufrido un importante proceso degenerativo, de modo que las secuelas producidas resultan irreversibles.

-El 1 de septiembre de 2015, el paciente es visto en la Clínica Xanit Internacional en Fuengirola (Málaga), por el Dr. T, que diagnostica "secuelas de fractura consolidada codo derecho", solicitando TAC para valoración prequirúrgica. Se evidencia fractura de acetábulo derecho no consolidada con pseudoartrosis muy abigarrada y severos cambios degenerativos coxofemorales secundarios. A fecha de la reclamación se sigue valorando la realización de la intervención quirúrgica por su complejidad y riesgos asociados.

Junto con el escrito de reclamación, se aportan varios informes clínicos de las asistencias recibidas, así como fotografías realizadas al paciente durante la hospitalización (el 21 de marzo de 2015) y mientras esperaba en consulta de Urgencias (el 24 de marzo de 2015). También se aporta fotografía de la radiografía solicitada por la Dra. S el 26 de mayo de 2015, así como varias facturas de las asistencias que se le prestaron en la sanidad privada y de la compra de un bastón de antebrazo. Asimismo, se anuncia la presentación de un informe pericial elaborado por el Dr. V.

La reclamante considera que la sintomatología del paciente era evidente y que la fractura de acetábulo no debió pasar desapercibida, a no ser por una mala praxis. El hallazgo clínico más llamativo era la impotencia funcional del paciente junto con el acortamiento o dismetría de la pierna derecha. La fractura se habría detectado con una exploración física mínimamente adecuada a la sintomatología y las circunstancias, simplemente con haber puesto de pie al paciente, tumbarle en una camilla o haberle sacado una radiografía de las extremidades completas. Asimismo, considera que la fractura tuvo que producirse "...a consecuencia de un fuerte traumatismo ocurrido necesariamente en el ámbito hospitalario, mientras Y estaba al cuidado de personal sanitario perteneciente al Servicio Murciano de Salud, dado que en el momento de su ingreso no existía dicha lesión, y si en el momento del Alta médica".

A efectos probatorios la reclamante aporta diversa documentación clínica; dos CD que contienen pruebas radiológicas y fotos del paciente; diversas facturas de la sanidad privada; así como un escrito del Dr. V, especialista en Valoración del Daño, comunicando que está pendiente de recibir documentación médica para realizar su informe. Solicita que se incorporen al expediente los protocolos sanitarios y hospitalarios de aplicación, la historia clínica completa del paciente desde el 1 de marzo de 2013 hasta el día de la reclamación, en el Hospital Rafael Méndez y en el Centro de Salud Águilas Norte, así como la radiografía realizada el 26 de mayo de 2015 en el citado Centro de Salud. También solicita que se requiera a la Gerencia de Emergencias del 061 de Murcia certificado sobre la petición de traslado en ambulancia; y a la empresa "Ambulancias de Lorca, Sociedad Cooperativa" certificado sobre los traslados realizados. Por último, solicita prueba testifical de la hermana del paciente, D^a. W.

SEGUNDO.- Con fecha 13 de abril de 2016, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación de responsabilidad patrimonial, que se notifica a la interesada el siguiente día 26 de abril con indicación del plazo máximo de resolución y del sentido del silencio administrativo.

Con la misma fecha, el Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud, al que se le atribuye la instrucción del expediente, solicita la Historia Clínica del paciente, así como informe sobre los hechos objeto de la reclamación, a la Gerencia de Área de Salud III, a la que pertenece el Hospital Rafael Méndez y el Centro de Salud Águilas Norte, así como a la Gerencia de Urgencias y Emergencias del 061. Y también con dicha fecha, la instrucción remite la reclamación a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

TERCERO.- Con fecha 6 de mayo de 2016, en contestación a la solicitud formulada, la Gerencia de Urgencias y Emergencias del 061 remite la Historia Clínica del paciente y los informes del Dr. B y de la enfermera C.

El Dr. B, facultativo del SUAP de Águilas, informa que atendió a D. Y por cuadro sincopal en el contexto de una bradicardia, por lo que fue trasladado por su unidad al Hospital Rafael Méndez, y señala que “en ningún momento sufrió caída, ni refirió dolor en extremidades inferiores, ni en la asistencia, ni en el traslado, ni en la transferencia hospitalaria”.

La enfermera C, también del SUAP de Águilas, informa que no ocurrió ninguna incidencia que no fuera recogida en la Historia Clínica: “El paciente, durante nuestra asistencia no sufrió ninguna caída o traumatismo, fue transferido en el Hospital Rafael Méndez en tiempo y forma adecuado para la patología que presentaba en ese momento y ajustado al protocolo destinado a la transferencia de pacientes”.

CUARTO.- Con fecha 31 de mayo de 2016, en contestación al referido requerimiento, la Gerencia de Área de Salud III remite la Historia Clínica del paciente y los siguientes informes:

1.-El Informe de la Dra. P, facultativa del Servicio de Rehabilitación del Hospital Rafael Méndez, especialista en reumatología, de 29 de abril de 2016, pone de manifiesto lo siguiente:

“El día 23 de marzo me comenta neurología un paciente ingresado a su cargo por crisis epiléptica. El paciente va a ser dado de alta ese día y se le ha solicitado una radiografía de rodilla urgente, por dolor, para valoración previa al alta. El día en cuestión estoy de guardia por lo que, cuando está la radiografía hecha, valoro al paciente.

Cuando llego a la habitación el paciente se encuentra tumbado en la cama con el respaldo incorporado y las dos piernas semiflexionadas. Pregunto a la familia que rodilla es la dolorosa y los antecedentes en relación a la misma. Me comentan que no recuerdan claramente el antecedente traumático y que presenta antecedentes de meniscopatía en dicha rodilla. Exploro la rodilla (ver nota en selene): no artritis, maniobras meniscales dudosas. En la exploración se realiza flexo-extensión de la rodilla (que engloba cierto grado de flexión de cadera) sin encontrar alteraciones relevantes, y se localiza el dolor a nivel de la cabeza del peroné (quejándose el paciente al palpar la cabeza del peroné). Se observa también cierto grado de recurvatum de la rodilla. No se observan alteraciones locales superficiales. Valoro la radiografía urgente de rodilla sin encontrar lesiones óseas. Comento la posibilidad de patología meniscal y añado tratamiento analgésico, así como la posibilidad de realizar RMN de dicha rodilla, por parte de atención primaria, si continúa con molestias y remitir a traumatología puesto que no

existe patología reumática”.

2.-El Informe del Dr. D. R, Jefe de Servicio de Traumatología del Hospital Rafael Méndez, de 2 de mayo de 2016, expone lo siguiente:

“En relación con el asunto de referencia, el paciente fue atendido el 31-3-2015 por cita directa procedente de urgencias, donde había sido visto el 24-03-2015 y había sido diagnosticado de esguince de rodilla derecha, al consultar el paciente por gonalgia derecha de varios días de evolución tras una crisis comicial la semana anterior que había precisado ingreso. Refería el paciente y los familiares un dolor en la cara externa de la rodilla derecha a la movilización. Se trató mediante vendaje de tensoplast en la rodilla derecha y tratamiento médico.

El 31-3-2015 en consultas externas de traumatología, se objetiva que el paciente se ha retirado el vendaje de la rodilla derecha. Se quejaba también de edema de tobillo. La orientación diagnóstica era de entorsis de rodilla derecha. Se prescribió una media elástica de compresión fuerte hasta el muslo. Se citó para 2-3 semanas con exploraciones radiológicas más completas de ambos tobillos y rodilla. Se indicó que se debía valorar realizar rehabilitación según evolutivo.

El 15-4-2015 el paciente no se presentó a consultas”.

3.-La Dra. S, médico de Atención Primaria del Centro de Salud Águilas Norte, remite copia de la Historia Clínica de Atención Primaria e informa que la radiografía que se le hizo al paciente se la llevó su familia para aportarla a la Consulta del Traumatólogo.

4.-El Informe del Dr. Q, médico residente en Medicina Familiar y Comunitaria en el Hospital Rafael Méndez, de 29 de abril de 2016, pone de manifiesto lo siguiente:

“En fecha 24/03/2015 atendí por urgencias al paciente D. Y, aquejado de Gonalgia Derecha, de varios días de evolución. Había estado ingresado por una Crisis Comicial y fue dado de alta el día anterior (23/03/2015). Al momento de la visita en urgencias refirió el paciente y familiar acompañante que presentaba dolor en la cara externa de la rodilla a la movilización sin manifestar ninguna otra sintomatología. Estando este mismo motivo de consulta recogido en unas notas de evolución previa del día anterior, 23 de marzo, y realizada por la reumatóloga Dra. P, no existiendo otro motivo diferente de consulta que el ya expresado, ni ningún otro factor que pudiera modificar la impresión diagnóstica del día previo, y considerando pocas horas la evolución desde entonces para plantear otra hipótesis diagnóstica o pruebas de diagnóstico, me limité a una mínima exploración de la rodilla afecta, que al momento de la exploración presentaba dolor a la movilización de la rodilla y la rotación en cara externa rodilla. Describí además leve edema en ambos tobillos con pulsos presentes. La conclusión diagnóstica fue Esguince rodilla derecha. El tratamiento prescrito fue la Observación domiciliaria, la prescripción de Nolotil 575 mgs. cada 8 horas para el dolor, la inmovilización con Tensoplast por 5-7 días en la rodilla derecha y que evitase los movimientos bruscos y las malas pisadas. En las recomendaciones, control por su Médico de Cabecera y que pidiese cita para la consulta de traumatología para el lunes de siguiente semana al no considerar necesaria ninguna consulta de urgencia con este, sí en unos días para mejor valoración de la evolución”.

5.-El Informe del Dr. D. Z, facultativo especialista en Neurología del Hospital Rafael Méndez, de 10 de mayo de 2016, adjunta protocolo de prevención de caídas y manifiesta lo siguiente:

“El día 23-3-15 valoré a Y en su último día de estancia hospitalaria, no he valorado al paciente en días previos.

Es un paciente con sd. de Down ingresado por episodio de pérdida de conciencia con actitud convulsiva acompañado de bradicardia e hipotensión arterial (posible síncope convulsivo sintomático a bradicardia), menos probable una primera crisis TCG.

En el informe de alta destaca claramente que ha sido muy difícil realizar la exploración física por la falta de colaboración del paciente, negándose a su realización.

El día 23-3-15 los familiares comentan haber notado dificultad en la marcha. Se objetiva dolor en rodilla derecha y se realiza RX de rodilla que no evidencia alteraciones óseas. Se solicita valoración por Reumatología, se objetiva dolor en cabeza peronea derecha, sin artritis, con movilidad conservada. Dolor en maniobras meniscales. Aconseja analgesia, seguimiento por su MFYC y por Traumatología si precisa.

Por parte de Neurología se ha completado el estudio del episodio sincopal y se ha procedido al alta”.

6.-El Informe de D. E, Supervisor del Área de Servicios Centrales del Hospital Rafael Méndez, de 27 de abril de 2016, respecto a las medidas que se adoptaron para la prevención del riesgo de caídas en el paciente, indica lo siguiente:

“1.-Como primera medida, al ingreso se realizó la valoración del riesgo con una escala normalizada.

2.-Dado el resultado de Riesgo alto, se emprendieron las siguientes medidas:-colocación de barreras para prevenir caídas;-uso de dispositivos de ayuda;-provisión de ayuda personal;-conducta de prevención de caídas, con fecha de registro 19/03/2015, a las 21:56 horas.

3.-Con fecha 23/03/2015 a las 11:45 aparece un registro de Cuidados Auxiliares, donde se registran, entre otros cuidados:-que se utilizan barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas;-que se bloquean las ruedas de las sillas y camas;-que se proporcionan al paciente dependiente los medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador esté ausente.

Por último, adjunto protocolo de prevención de caídas”.

Desde la Asesoría Jurídica del Hospital Rafael Méndez, mediante correo electrónico de fecha 8 de junio de 2016, aclaran que el protocolo de prevención de caídas “no ha tenido ninguna revisión posterior”. Y respecto a los demás protocolos solicitados, señala que “no creemos que sean aplicables”: el protocolo de traslado de ambulancias no sería aplicable “ya que no es un traslado urgente o programado con personal de este Hospital”; y el protocolo de actuación en caso de sospecha de traumatismo tampoco sería aplicable “porque no nos consta que se haya producido en este Hospital ningún incidente al respecto”.

QUINTO.- Con fecha 14 de junio de 2016, la Instrucción del procedimiento informa a la reclamante y a la aseguradora del Servicio Murciano de Salud sobre las pruebas propuestas: se considera adecuada la documental aportada con el escrito de reclamación inicial; se considera adecuada la pericial propuesta, si bien deberá ser aportada en el plazo de 30 días; se considera innecesaria la petición a Ambulancias de Lorca, S.C., dado que con la reclamación ya se aporta documentación sobre las asistencias prestadas; se considera innecesaria la testifical de Dª W, si bien se puede presentar una declaración por escrito si se considera oportuno; se consideran adecuados, y ya se han incorporado al procedimiento, la Historia Clínica del paciente, los informes de los facultativos intervinientes y el protocolo sobre evitación de caídas, considerando innecesarios los restantes protocolos solicitados.

Con la misma fecha 17 de junio de 2016, 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”. Y con la misma fecha se remite copia del expediente a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud.

SEXTO.- Con fecha 5 de julio de 2016, la reclamante presenta escrito por el que se reitera la solicitud de los referidos protocolos de “traslado de ambulancias” y “actuación en caso de sospecha de traumatismo”, y se aporta declaración escrita de la testigo propuesta, D^a. W, en la que se reitera, en términos generales, el relato de hechos que figura en el escrito de reclamación.

SÉPTIMO.- Con fecha 1 de agosto de 2016, la reclamante aporta informe pericial realizado por el Dr. V, especialista en Valoración del Daño Corporal, de 18 de julio de 2016, en el que se formulan las siguientes conclusiones:

“PRIMERA.-Que D. Y, tras ser atendido por el 061 de Murcia y acudir a Urgencias del Hospital Rafael Méndez de Murcia, fue ingresado en el Servicio de Medicina Interna del hospital el día 19 de marzo de 2015 (20:56 horas), donde permaneció hasta el día 23 de marzo de 2015, en el que fue dado de alta hospitalaria. El día 25 de marzo de 2015 precisó nueva asistencia a urgencia.

SEGUNDA.-Que tuvo lugar un evento traumático intrahospitalario sin precisar, incidiendo o no directamente sobre rodilla derecha, que impidió la deambulaci3n-desplazamiento del paciente.

TERCERA.-Que, en estudio radiol3gico de 26 de mayo de 2015 se evidencia una afectaci3n traumática de cadera derecha de mäs de 2 meses de evoluci3n, de forma que en septiembre de 2015 se objetiva un estado de secuelas evolucionado derivado de fractura de cotilo derecho.

CUARTA.-Que el tiempo de estabilizaci3n lesional se considera desde el día 23 de marzo de 2015 (fecha del alta hospitalaria en la que ya hay datos objetivos de la limitaci3n funcional del miembro inferior derecho) hasta el 10 de septiembre de 2015 (fecha de la última revisi3n traumatol3gica documentada, en la que no hay certeza de la realizaci3n de tratamiento quirúrgico), siendo un total de 172 días, los cuales todos se consideran de perjuicio personal particular moderado.

QUINTA.-Que existen una serie de afecciones osteo-articulares y músculo-tendinosas globales y a nivel de cadera y columna lumbar, asociadas a su patología de base -Síndrome de Down- y a la edad.

SEXTA.-Que, según Baremo Médico de Clasificaci3n y Valoraci3n de las Secuelas de la Tabla 2,A,1 de la Ley 35/2015, se estiman y valoran las siguientes secuelas:

- Previsible necesidad de una prótesis parcial de cadera derecha

(por asimilaci3n): 19 puntos (15-19 puntos)

- Dismetría de origen postraumático con acortamiento de la

extremidad inferior derecha de 2-2,6 cm (superior a 0,5 cm y hasta

3 cm): 7 puntos (1-9 puntos)

- Perjuicio estético moderado" 7 puntos (7-13 puntos)

SÉPTIMA.-Que, aplicando la fórmula de secuelas concurrentes, se obtienen 25 puntos derivados del perjuicio psicofísico. El perjuicio estético por su parte ha sido valorado con 7 puntos,

OCTAVA.-Que se considera la existencia de un perjuicio moral moderado por pérdida de la calidad de vida”.

OCTAVO.- Con fecha 30 de septiembre de 2016, ante las referidas alegaciones de 5 de julio de 2016, la Instrucción solicita a la Gerencia del Área de Salud III la remisión de los protocolos solicitados. Y, en contestación a dicha solicitud, la Directora Gerente remite Comunicación Interior, de 10 de octubre de 2016, reiterando los motivos por los que considera que no es necesaria la incorporación de dichos protocolos.

NOVENO.- Con fecha 25 de enero de 2022, el Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales emite el Informe solicitado, señalando las siguientes conclusiones:

“1.-D. Y fue atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez de Lorca el 19/03/2015 por una crisis convulsiva, probablemente secundario a bradicardia.

2.-Al día siguiente del ingreso, la familia se percató de la limitación funcional del paciente, que le impedía la deambulaci3n y bipedestaci3n.

3.-A pesar de haber sido valorado por Reumatología, Urgencias y Traumatología, no fue hasta tres meses después cuando su médico de familia diagnosticó la fractura de cadera, que pudo haberse producido a raíz de la crisis convulsiva, debido a la hiperlaxitud ligamentosa con luxaciones repetidas que presentaba el paciente por su síndrome de Down.

4.-Por lo tanto, el retraso en el diagnóstico de la fractura de acetábulo condicionó una pseudoartrosis muy abigarrada y severos cambios degenerativos coxofemorales derechos, por lo que se le propuso realizar una cirugía de prótesis de cadera.”

DÉCIMO.- Con fecha 30 de mayo de 2022, la compañía de seguros del Servicio Murciano de Salud aporta informe pericial de valoración del daño corporal, realizado por la Dra. F, facultativa especialista en Medicina Física y Rehabilitación Ortopédica y Traumatológica, así como en Valoración del Daño Corporal, cuyas conclusiones son las siguientes:

“PRIMERA.-Que D. Y, de 50 años de edad y con S. de Down, sufrió una crisis comicial el 19/03/15, sin traumatismo alguno, siendo trasladado al H. Rafael Méndez donde quedó ingresado hasta el día 23/03, a cargo de Neurología.

SEGUNDA.-Que no se describe ninguna caída o incidente traumático durante los días de ingreso. Se aplicó el protocolo de paciente con riesgo alto de caídas. Tampoco se refleja aparición de síntomas ni signos que hicieran sospechar lesión traumática alguna en MM.II.

TERCERA.-Que el día del alta se quejó de dolor en la rodilla derecha, la cual fue explorada, diagnosticándose un esguince/ meniscopatía, ya que el paciente tenía antecedentes en este sentido. Al día siguiente acudió a Urgencias por seguir con dolor en la rodilla. Se apreció edema en MM.II., sin otros signos de sospecha diagnóstica.

CUARTA.-Que tras dos meses, el paciente localizaba ya el dolor a nivel de la cadera, por lo que se hicieron R.X. de pelvis, apareciendo una fractura-hundimiento del cotilo derecho, ya parcialmente consolidada, junto con signos

degenerativos avanzados. El 1/9/2015 en el TC de cadera se aprecian secuelas de fractura de acetábulo derecho no consolidada con pseudoartrosis muy abigarrada y severos cambios degenerativos coxofemorales secundarios.

QUINTA.-Que se estima un periodo de lesiones temporales de 73 días moderados y un factor de corrección del 10%

SEXTA.-Que se estiman secuelas fisiológicas que se puntúan con 10 puntos, y estéticas que se estiman en 7 puntos. Factor corrector de 10%.

SÉPTIMA.-Que del total de la valoración estimada debería considerarse una pérdida de oportunidad del 4,3%".

UNDÉCIMO.- Con fecha 10 de octubre de 2022, el órgano instructor notifica a la reclamante y a la aseguradora la apertura del trámite de audiencia, a efectos de que puedan "formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen pertinentes".

Con fecha 27 de octubre de 2022, D^a. W presenta escrito por el que comunica el fallecimiento de su madre y su nombramiento como tutora legal de su hermano, D. Y, solicitando ampliación de plazo para realizar alegaciones en el trámite de audiencia. Con fecha 28 de octubre de 2022, la instrucción notifica a la nueva representante legal la ampliación de plazo solicitada.

DUODÉCIMO.- Con fecha 14 de noviembre de 2022, la aseguradora del Servicio Murciano de Salud emite un nuevo informe pericial, realizado por el Dr. G, especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, que se pronuncia sobre la praxis y formula las siguientes conclusiones:

"V.- CONCLUSIONES GENERALES

- 1.-D. Y, de 50 años de edad y con S de Down, sufrió una crisis comicial el 19/03/15, sin traumatismo alguno, siendo trasladado al H Rafael Méndez, donde quedó ingresado hasta el día 23/03, a cargo de Neurología.
- 2.-No se describe ninguna caída o incidente traumático durante los días de su ingreso. Se aplicó el protocolo de paciente con riesgo alto de caídas. Tampoco se refleja aparición de síntomas ni signos que hicieran sospechar lesión traumática alguna en MM.II.
- 3.-El día del alta se quejó de dolor en la rodilla derecha, la cual fue explorada, diagnosticándose un esguince/meniscopatía, ya que el paciente tenía antecedentes en este sentido.
- 4.-Al día siguiente acudió a Urgencias por seguir con dolor en la rodilla. Se apreció edema en MM.II., sin otros signos de sospecha diagnóstica.
- 5.-Tras dos meses, el paciente localizaba ya el dolor a nivel de la cadera, por lo que se hicieron RX de pelvis, apareciendo una fractura - hundimiento del cotilo derecho, ya parcialmente consolidada, junto con signos degenerativos avanzados.

VI.- CONCLUSIÓN FINAL

Tras el análisis de la documentación aportada, no se aprecia existencia de mala praxis durante los días de ingreso en el H. Rafael Méndez. Se trataba de un paciente de muy difícil manejo y comunicación que, supuestamente, no había presentado traumatismo alguno por lo que no había motivos para sospechar una lesión como la que más

tarde se demostró, la cual necesita un traumatismo de cierta importancia para que aparezca”.

DÉCIMOTERCERO.- Con fecha 22 de noviembre de 2022, a la vista del nuevo informe aportado por la aseguradora, se concede a la reclamante un nuevo trámite de audiencia.

Y con fecha 27 de diciembre de 2022, en dicho trámite, la reclamante presenta escrito de alegaciones y aporta un nuevo informe pericial realizado por el Dr. H, considerando que “el anterior informe pericial suscrito por D. V, aportado en 2016, hoy resulta insuficiente para la defensa de los intereses de Y, por no incluir valoración del paciente, y dada la existencia de tres nuevos informes aportados por la Inspección Médica, y por la Compañía aseguradora Mapfre”.

El Informe del Dr. H, especialista en Medicina Deportiva y en Valoración del Daño Corporal, de 21 de noviembre de 2022, formula las siguientes conclusiones:

“PRIMERA: Y padece de secuelas de una fractura de cotilo producida por impactación de la cabeza femoral.

SEGUNDA: Puesto que no se emitió un diagnóstico de certeza hasta el 01/09/2015, el retraso en el diagnóstico condicionó las graves secuelas funcionales, al no haberse aplicado los tratamientos pertinentes.

TERCERA: No existían síntomas ni signos dolorosos en miembros inferiores en el momento de la recogida, traslado y transferencia del paciente por la Unidad Médica de Emergencias al Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez.

CUARTA: El ingreso en el Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez de Lorca tuvo lugar a las 11:50 horas del 19/03/2015 y a las 14:08 horas fue llevado al Servicio de Radiodiagnóstico para realización de TAC cerebral, ingresando en la planta de Medicina interna a las 20:56 horas.

QUINTA: Las medidas preventivas destinadas a evitar caídas no fueron activadas hasta las 21:46 del 19/03/2015.

SEXTA: Por no haberse activado las medidas de prevención de caídas hasta el ingreso en la planta de Medicina interna, hubo de producirse caída del paciente en el área hospitalaria de Urgencias o en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Rafael Méndez de Lorca.

SÉPTIMA: La caída tuvo que producirse con apoyo monopodal, bipodal o de rodillas (presumiblemente por caída de camilla, silla de ruedas o en transferencia de o desde silla de ruedas), constituyendo el típico mecanismo de producción de las fracturas del techo acetabular por impactación de la cabeza femoral.

OCTAVA: No existen antecedentes médicos ni datos radiológicos que a los que puedan atribuirse las lesiones ni otros factores que constituyan concausa.

NOVENA: En aplicación del baremo de la Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados (por haber sucedido el hecho con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 35/2015) las lesiones deben indemnizarse en función de:

- Secuelas:

16 puntos por disimetría de miembros inferiores

16 puntos por limitación de la movilidad

8 puntos por coxalgia inespecífica

- Periodo de impedimento:

23/03/2015 a 02/09/2015: 164 días impeditivos

- Perjuicio estético:

Perjuicio estético medio: 18 puntos

- Factor de corrección:

Incapacidad permanente total

DÉCIMA: Se da cumplimiento a los criterios genéricos de causalidad".

En su escrito de alegaciones la reclamante realiza una valoración económica del daño y solicita, siguiendo el Informe del Dr. H, una indemnización por importe total de 136.695,43 euros, según el siguiente desglose:

- Por las secuelas, 36 puntos a 1.541,71 euros: 55.501,56 euros
- Factores de corrección:
 - Incapacidad Permanente Total: 40.000 euros
 - 10% Perjuicios económicos: 5.550,15 euros
- Perjuicio Estético: 18 puntos: 18.050,22 euros
- Incapacidad temporal: 164 días impeditivos: 9.576,24 euros
- Gastos de asistencia médica y ortopédicos: 6.048,26 euros
- Gastos en informes periciales y valoración de secuelas: 1.966 euros

Además, la reclamante propone que se vuelvan a solicitar al Hospital Rafael Méndez determinados "protocolos de actuación", así como "el historial académico o informes suficientes que recojan la capacitación y experiencia del MIR D. Q", y se remite a la Historia Clínica del paciente en el Servicio Andaluz de Salud respecto a las "valoraciones traumatológicas de cadera" realizadas el 9 de noviembre de 2017, el 21 de febrero de 2018 y 23 de enero de 2019.

Finalmente, aporta factura de "Scooter Smart", de 12 de octubre de 2016, por valor de 769,95 euros, y de calzado ortopédico por valor de 68 euros. También aporta escrito de una empresa de instalación de salvaescaleras, en el que se dice que el valor de compra es de 3.731,87 euros, y transferencias bancarias por dicho valor realizadas a dicha empresa en mayo y julio de 2018, así como factura de instalación de barandilla. Asimismo, aporta facturas de los Informes periciales presentados.

DECIMOCUARTO.- Con fecha 15 de febrero de 2023, la Instrucción remite la nueva documentación del expediente a la compañía aseguradora y a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria, solicitando que "por parte de la Inspección Médica, se emita informe complementario valorativo de la

referida reclamación”.

DÉCIMOQUINTO.- Con fecha 27 de febrero de 2023, la aseguradora del Servicio Murciano de Salud aporta un nuevo informe pericial del Dr. G, que complementa el anterior y que formula las siguientes conclusiones.

“V.-CONCLUSIONES GENERALES

- 1.-D. Y, de 50 años de edad y con S. de Down, sufrió una crisis comicial el 19/03/15, sin traumatismo alguno, siendo trasladado al H. Rafael Méndez donde quedó ingresado hasta el día 23/03, a cargo de Neurología.
- 2.-No se describe ninguna caída o incidente traumático durante los días de su ingreso. Desde el primer momento se aplicó el protocolo de paciente con riesgo alto de caídas. Tampoco se refleja aparición de síntomas ni signos que hicieran sospechar lesión traumática alguna en MM.II.
- 3.-El día del alta se quejó de dolor en la rodilla derecha, la cual fue explorada, diagnosticándose un esguince/meniscopatía, ya que el paciente tenía antecedentes en este sentido.
- 4.-Al día siguiente acudió a Urgencias por seguir con dolor en la rodilla. Se apreció edema en MM.II., sin otros signos de sospecha diagnóstica.
- 5.-El paciente dejó de acudir a las citas programadas por Traumatología a finales de marzo.
- 6.-Dos meses después (a finales de mayo), el paciente localizaba ya el dolor a nivel de la cadera, por lo que se hicieron RX de pelvis, apareciendo fractura de cotilo evolucionada, con hundimiento y protrusión intrapélvica de la cabeza del fémur, con signos degenerativos avanzados.

VI.-CONCLUSIÓN FINAL

Tras el análisis de la documentación aportada, no se aprecia existencia de mala praxis durante los días de ingreso en el H. Rafael Méndez. Se trataba de un paciente de muy difícil manejo y comunicación que, supuestamente, no había presentado traumatismo alguno por lo que no había motivos para sospechar una lesión como la que más tarde se demostró, la cual necesita un traumatismo de cierta importancia para que aparezca. A la vista de la temporalidad de los hechos tampoco sería descartable que el supuesto traumatismo ocurriera a posteriori, tras abandonar el hospital”.

DECIMOSEXTO.- Con fecha 12 de junio de 2023, la Inspección Médica remite el Informe complementario solicitado, en el que se formula la siguiente conclusión:

“Según la historia clínica del paciente, parece obvio que no existía fractura antes de su ingreso en el Servicio de Urgencias. No se puede determinar el momento en el que se produjo, puesto que no consta ningún evento traumático. Y aunque comenzó con dolor y limitación funcional al día siguiente del ingreso, en el informe de alta consta que movilizaba las 4 extremidades sin paresia clara. Por lo tanto, no se puede asegurar que la fractura se produjera durante el ingreso.

A pesar de haber sido valorado en los primeros días tras el comienzo de los síntomas por facultativos de Reumatología, Urgencias y Traumatología, hubo un retraso en el diagnóstico de la fractura de acetábulo de casi seis meses, lo que condicionó la evolución de la fractura y sus secuelas”.

DECIMOSÉPTIMO.- Con fecha 25 de octubre de 2023, la Instrucción solicita a la Inspección Médica que, en relación con el retraso diagnóstico que señala su Informe complementario, emita “un pronunciamiento expreso acerca de si dicho retraso se debió o no a una mala praxis por parte de los profesionales que asistieron al paciente”. Asimismo, para el caso de que la respuesta sea afirmativa, se requiere “informe sobre la idoneidad de la cuantía reclamada por el interesado”.

Con fecha 28 de febrero de 2024, en respuesta a dichos requerimientos, la Inspección Médica remite un nuevo Informe complementario, de fecha 27 de febrero de 2024, en el que descarta pronunciarse acerca de la idoneidad de la cuantía reclamada y concluye lo siguiente: “No se puede argumentar una actuación profesional acorde a la lex artis en un paciente con un retraso diagnóstico de casi seis meses, pese a haber sido explorado por diversos profesionales a lo largo de ese tiempo”.

DECIMOCTAVO.- Con fecha 10 de septiembre de 2024, la Instrucción acuerda notificar a la reclamante y a la compañía aseguradora la apertura de un nuevo trámite de audiencia, señalando expresamente que “a la vista de la documentación obrante en el expediente, no se considera necesario para la resolución del expediente requerir los protocolos solicitados ni el historial académico del Dr. Q”.

Con fecha 30 de octubre de 2024, la reclamante presenta escrito de alegaciones, por mediación de abogado, ratificándose en el contenido de la reclamación y en los sucesivos escritos presentados. Se reitera que la fractura de D. Y se produjo en algún momento de su asistencia sanitaria por parte del Servicio Murciano de Salud, y que las secuelas que padece son consecuencia de la deficiente atención que le fue prestada, existiendo infracción de la lex artis y, por tanto, responsabilidad administrativa. Según la reclamante, no procede aplicar la doctrina de la pérdida de oportunidades al no existir dudas sobre el nexo causal, y no poder argumentar una actuación profesional acorde a la lex artis. Entiende que, en este caso, “de los hechos se deriva una responsabilidad objetiva de la Administración, pues el funcionamiento del Hospital fue totalmente anormal, alejado de los estándares médicos exigibles, y los resultados son inexplicables; Y ingresó sin lesión alguna en el Hospital, y salió a los cuatro días totalmente inválido, en ambulancia, sin diagnóstico ni explicación alguna, y en situación clínica de grave riesgo vital”.

La reclamante vuelve a solicitar que, a efectos probatorios, se aporte al expediente el protocolo de actuación y derivación a especialistas en caso de lesiones traumatológicas, así como el protocolo de actuación con discapacitados psíquicos y dependientes, “a efectos de fundamentar los posibles incumplimientos o incrementos de riesgo como causa probable que pudiera permitir un accidente”.

DECIMONOVENO.- Con fecha 20 de noviembre de 2024, el órgano instructor dicta propuesta de resolución mediante la que plantea: “PRIMERO.-Estimar parcialmente la reclamación presentada... al concurrir los requisitos necesarios para la existencia de responsabilidad patrimonial, en concreto la relación causal entre el funcionamiento anormal de la Administración y parte de los daños reclamados”; y “SEGUNDO.-Valorar los daños que han de ser resarcidos al reclamante en 18.651,31 euros, cantidad que habrá de actualizarse con arreglo al índice de precios al consumo,...”.

VIGÉSIMO.- Con fecha 3 de diciembre 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 los artículos 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (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 en el momento de presentarse la reclamación.

SEGUNDA.- Régimen jurídico, legitimación, plazo para interponer y procedimiento.

I.-En cuanto al régimen jurídico que resulta de aplicación, 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 la vigente 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.-Respecto a la legitimación activa, D. Y es la persona que sufre los daños y perjuicios cuya indemnización se reclaman. Y dado que tiene síndrome de Down, su madre, D^a. X, estaba legitimada para reclamar, en nombre y representación de su hijo, por tener reconocida la patria potestad prorrogada; como acredita la Certificación del Registro Civil que obra en el expediente, en la que figura inscrita la Sentencia de 29 de diciembre de 1992 del Juzgado de Primera Instancia núm. 30 de Madrid, que declara la incapacidad absoluta de D. Y y la patria potestad prorrogada de sus padres.

Tras el fallecimiento de D^a. X, está facultada para actuar en nombre de D. Y su hermana D^a. W, que fue nombrada su tutora legal en virtud del Auto núm. 171/16, de 17 de Julio, del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción núm. 6 de Lorca. Consta en el expediente Acta de aceptación y toma de posesión del cargo de tutor, ante del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción núm. 2 de Coria del Río, de fecha 2 de febrero de 2018.

En cuanto a la legitimación pasiva, esta corresponde a la Administración regional en su calidad de titular del servicio público sanitario a cuyo funcionamiento se pretende imputar el daño reclamado.

III.-Respecto al plazo para la interposición de la acción de resarcimiento, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone 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; 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 el supuesto sometido a consulta, los hechos por los que se reclama se produjeron con posterioridad al 19 de marzo de 2015 (lógicamente, la determinación del alcance de las secuelas se produjo después de dicha fecha); por lo tanto, dado que la reclamación inicial se interpone antes del transcurso del año, con fecha 18 de marzo de 2016, debe considerarse que la reclamación se ha formalizado dentro de plazo.

IV.-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 13.3 del RRP. A este respecto, llama la atención que la Inspección Médica ha tardado en emitir su primer informe más de cinco 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, por una parte, que el accidente que origina la fractura de cadera se produjo en algún momento de la asistencia sanitaria. **Señala expresamente que la** fractura tuvo que producirse “a consecuencia de un fuerte traumatismo ocurrido necesariamente en el ámbito hospitalario, mientras Y estaba al cuidado de personal sanitario perteneciente al Servicio Murciano de Salud, dado que en el momento de su ingreso no existía dicha lesión, y si en el momento del Alta médica”.

Por otra parte, alega que se produjo un error de diagnóstico; considera que la sintomatología del paciente era evidente y que la fractura de acetábulo, de no ser por una mala praxis, no habría pasado desapercibida. Señala expresamente que se produjo un “cúmulo de sucesivos errores diagnósticos, tanto en cuanto a la gravedad como a la propia localización de la lesión, que de forma recurrente ubicaban en la rodilla derecha, en lugar de la articulación de la cadera”.

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.-Respecto al momento en el que se produjo la lesión, el informe pericial aportado por el reclamante, del Dr. H, considera que la fractura tuvo que producirse por una caída ocurrida mientras el paciente estaba ingresado en el Servicio de Urgencias. Señala que “no existían síntomas ni signos dolorosos en miembros inferiores en el momento de la recogida, traslado y transferencia del paciente por la Unidad Médica de Emergencias”, y que “por no haberse activado las medidas de prevención de caídas hasta el ingreso en la planta de Medicina interna, hubo de producirse caída del paciente en el área hospitalaria de Urgencias o en el Servicio de Radiodiagnóstico del

Sin embargo, el informe aportado por el perito de la aseguradora del Servicio Murciano de Salud, del Dr. G, plantea la posibilidad de que el traumatismo causante de la fractura se hubiera producido tras abandonar el hospital y que, debido a las condiciones del paciente, pasara inadvertido durante las primeras semanas. Afirma que “no se describe ninguna caída o incidente traumático durante los días de su ingreso” y que “tampoco se refleja aparición de síntomas ni signos que hicieran sospechar lesión traumática alguna en MM.II.”.

La Inspección Médica considera que, dado que no consta ningún evento traumático, no se puede determinar el momento en el que se produjo la fractura, y señala que, aunque el paciente comenzó con dolor y limitación funcional al día siguiente del ingreso, en el informe de alta consta que movilizaba las cuatro extremidades sin paresia. Afirma expresamente que: “En el momento del primer contacto hospitalario el paciente tenía una fuerza de 5/5 en miembros inferiores, y al día siguiente comenzó con dolor y limitación funcional por lo que se consultó con reumatología. Sin embargo, en el informe de alta del 23/03/2015 consta que movilizaba las cuatro extremidades sin paresia clara. Aún no sabiendo en qué condiciones se realizaron las exploraciones (ni la primera ni la última) no se puede asegurar que la fractura se produjo durante el ingreso, ya que según el informe de alta era capaz de mover la pierna”.

Por lo tanto, siguiendo el criterio de la Inspección Médica, de conformidad con lo señalado en la propuesta de resolución, debe considerarse que no se ha acreditado que la fractura se haya producido cuando el paciente estaba bajo la vigilancia de los profesionales del Servicio Murciano de Salud. Y, en consecuencia, no puede considerarse que haya existido un incumplimiento de los deberes de vigilancia y cuidado al paciente por parte de los profesionales sanitarios y, por tanto, no puede considerarse que exista un nexo causal entre dicha atención al paciente y los daños alegados.

III.-Respecto al alegado error de diagnóstico, el informe pericial aportado por el reclamante, del Dr. H, afirma que ninguno de los facultativos que examinaron al paciente antes del alta hospitalaria y al día siguiente, “tuvieron en cuenta que las lesiones de la cadera suelen producir un típico dolor referido hacia la rodilla pese a que un concepto básico en la patología traumática de la cadera es que las lesiones en esa área (fracturas, fracturas luxaciones...), aunque con mayor frecuencia debutan con dolor a nivel de la ingle, en ocasiones provocan un dolor referido a la rodilla que no debe ser interpretado como una patología a ese nivel”. Además, señala que, como se constata en la fotografía aportada con la reclamación, el paciente “presentaba un acortamiento de la extremidad inferior derecha a expensas del muslo, apreciable a simple vista”, lo cual debería haber llevado a sospechar, como primera opción diagnóstica, de la existencia de una lesión a nivel de fémur o cadera.

Sin embargo, el informe aportado por la aseguradora del Servicio Murciano de Salud, del Dr. G, resalta la dificultad del diagnóstico debido a la patología de base del paciente, y afirma que “es muy importante saber el mecanismo de la lesión para poder orientar el diagnóstico, de forma que si el paciente, o los familiares en este caso, no refieren traumatismo alguno, una fractura queda prácticamente descartada de entrada, ya sea a nivel de rodilla como de cadera”. Además, afirma que “es cierto que el dolor procedente de la articulación de la cadera puede ser referido a la rodilla en algunos pacientes, pero, cuando ello ocurre, lo hace hacia la cara interna de ésta, no hacia la externa y, desde luego, no se va a encontrar un punto selectivo de dolor como en este caso en la cabeza del peroné, lo que es indicativo de dolencia en esa zona concreta (contusión, esguince del ligamento externo, etc.). Y también afirma, respecto a la referida fotografía aportada con la reclamación, en la que aparece el paciente sentado en una silla de ruedas, que es “completamente inútil” para apreciar el acortamiento del fémur derecho, dado que “para poder apreciar una diferencia de longitud de MM.II. debemos observar al paciente desde arriba y con éste tumbado en decúbito supino y, aun así, tan solo apreciaremos diferencias significativas (> 2 cm.)”.

La Inspección Médica considera, en su informe de 12 de junio de 2023, que “a pesar de haber sido valorado en los primeros días tras el comienzo de los síntomas por facultativos de Reumatología, Urgencias y Traumatología, hubo un retraso en el diagnóstico de la fractura de acetábulo de casi seis meses, lo que condicionó la evolución de la fractura y sus secuelas”. Y, en respuesta a la solicitud de “un pronunciamiento expreso acerca de si dicho retraso se debió o no a una mala praxis”, en su informe de 27 de febrero de 2023, la Inspección Médica afirma que “no se puede argumentar una actuación profesional acorde con la lex artis en un paciente con un retraso diagnóstico de casi seis meses, pese a haber sido explorado por diversos profesionales a lo largo de ese tiempo”.

Por lo tanto, siguiendo el criterio de la Inspección Médica, de conformidad con lo señalado en la propuesta de resolución, debe considerarse que existió un retraso en el diagnóstico de la fractura de acetábulo. Y, aunque a la vista de los informes obrantes en el expediente, es cierto que no existe unanimidad sobre un posible incumplimiento de la lex artis, es cierto, como apunta la propuesta de resolución, que sí se evidencia un mal funcionamiento del sistema sanitario, que no logró diagnosticar en un tiempo prudencial la dolencia del paciente. Todo ello sin perjuicio de que, como también señala la propuesta de resolución, pueda ser entendible que, dados los síntomas y características del paciente y la presión asistencial, no se realizara una exploración más minuciosa en una primera instancia. Teniendo en cuenta, además, que el paciente no acudió a su cita con el Traumatólogo el día 15 de abril de 2015, y que tal vez en dicha consulta, a la vista de que las dolencias continuaban, se hubiera podido sospechar de la existencia de la fractura.

IV.-En definitiva, a la vista de los informes médicos que obran en el expediente, debe considerarse que existe un nexo causal entre el retraso de diagnóstico 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.

QUINTA.- Cuantía de la indemnización.

I.-Resulta de aplicación el sistema de valoración que se contempla en el articulado y en el Anexo del R.D.Leg. 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el T.R. de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. (Es evidente que, considerando como fecha de estabilización de la secuelas el 1 de septiembre de 2015 -cuando se diagnostica al reclamante “secuelas de fractura consolidada de cotilo derecho”-, no resulta de aplicación el vigente sistema de valoración que se recoge en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, que entró en vigor el 1 de enero de 2016, y que en su disposición transitoria dispone que “para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de esta Ley subsistirá y será de aplicación el sistema recogido en el Anexo y en el Anejo del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre”).

Asimismo, resultan de aplicación las cuantías que se recogen en la Resolución de 5 de marzo de 2014, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante 2014 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, que estuvo en vigor hasta el día 31 de diciembre de 2015.

La jurisprudencia ha reconocido el carácter orientador del referido sistema de valoración del daño corporal en

accidentes de tráfico; 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.-Respecto a las lesiones temporales, el informe pericial aportado por el reclamante, del Dr. H, señala un total de 164 días improductivos (desde el 23 de marzo hasta el 2 de septiembre de 2015).

Sin embargo, se considera más acertado el cómputo que realiza el informe pericial aportado por la aseguradora del Servicio Murciano de Salud, de la Dra. F, que señala un total de 33 días improductivos. En principio, la Dra. F considera un periodo de 163 días (desde el 23 de marzo hasta el 1 de septiembre de 2015); a este periodo han de restársele los 90 días que se hubieran necesitado para el tratamiento de la lesión en el caso de que el diagnóstico se hubiera realizado en el momento correcto, por lo que el periodo de días improductivos sería de 73 días; y, finalmente, a este periodo deberían descontarse los 40 días que transcurren entre el 15 de abril y el 26 de mayo de 2025, que es el periodo de tiempo en el que el paciente abandona el sistema sanitario, desde que no acude a la cita con traumatología hasta que su médico de cabecera sospecha de la fractura. En consecuencia, resultan 33 días improductivos.

La reclamante solicita como factores de corrección: incapacidad permanente y un 10% por perjuicios económicos. Sin embargo, únicamente se puede considerar el incremento por posibles perjuicios económicos, dado que el reclamante no ha acreditado ninguna actividad laboral.

-Por lo tanto, en concepto de lesiones temporales (Tabla V, A y B):

$33 \text{ días} \times 58,41\text{€/día} = 1.927,53 \text{ €} + 10\% (192,75) \dots 2.120,28 \text{ €}.$

III.-Respecto a las secuelas físicas, debe valorarse, por un lado, la dismetría de los miembros inferiores y, por otro lado, la limitación de la movilidad, la coxalgia, la artrosis postraumática y la previsible necesidad de prótesis parcial de cadera derecha.

-Respecto a la dismetría de los miembros inferiores, el R.D.Leg. 8/2004 señala entre 1 y 9 puntos para la dismetría de hasta 3 cm., y señala entre 10 y 18 puntos para la dismetría superior a 3 cm.

El Informe pericial aportado por el reclamante, del Dr. H, considera un acortamiento superior a 3 cms., asignando a esta secuela 16 puntos. Sin embargo, el Informe también aportado por la reclamante, del Dr. V, y el Informe aportado por la aseguradora, de la Dra. F, consideran un acortamiento entre 2 y 2,6 cms. Asignando a esta secuela entre 5 y 7 puntos, respectivamente. En consecuencia, como término medio, parece razonable considerar por esta secuela 6 puntos.

-Respecto a las secuelas relacionadas con la incapacidad de movilidad, el Informe pericial aportado por el reclamante, del Dr. H, considera que se han de valorar dos secuelas: limitación de movilidad y coxalgia; que puntúa con 16 puntos cada una de ellas. Sin embargo, el Informe pericial aportado por la aseguradora, de la Dra. F, entiende que las secuelas son encuadrables en el apartado artrosis postraumática, que incluye las limitaciones funcionales y el dolor de la articulación de cadera, asignando a estas secuelas 5 puntos.

Parece razonable la puntuación en el término medio que asigna la Dra. F (5 puntos), ya que el paciente, aunque con dolor, conserva algo de movilidad y, por su dolencia de base, ya se encontraba limitado. Como acertadamente señala la propuesta de resolución, no puede considerarse acertada la valoración del Dr. H (16 puntos), que realiza un sumatorio de todos los puntos por pérdida de movilidad y coxalgia, cuando la secuela puede ser encuadrada en artrosis postraumática. (El R.D.Leg. establece como regla de valoración que: "Una secuela debe ser valorada una sola vez, aunque su sintomatología se encuentre descrita en varios apartados de la tabla, sin perjuicio de lo establecido respecto del perjuicio estético. No se valorarán las secuelas que estén incluidas y/o se deriven de otra, aunque estén descritas de forma independiente").

El Informe de la Dra. F descarta también la valoración de una posible prótesis, ya que no consta que el paciente haya aceptado la implantación de la misma. Por otra parte, al igual que para las lesiones temporales, se contempla como factor de corrección un incremento del 10% por posibles perjuicios económicos.

-Por lo tanto, en concepto de secuelas físicas (Tablas III y IV):

11 puntos x 848,45 €/punto= 9.332,95 € +10% (933,29) ...10.266,24 €

IV.-Respecto al perjuicio estético, el Informe pericial aportado por la reclamante, del Dr. H, considera que existe un perjuicio medio que valora en 18 puntos. Sin embargo, el Informe también aportado por la reclamante, del Dr. V, y el Informe aportado por la aseguradora, de la Dra. F, valoran este perjuicio en 7 puntos.

Parece razonable que se valore la cojera por dismetría que padece el paciente como un perjuicio moderado en su rango inferior (7 puntos); considerando, como hace la Dra. F, que se trata de un paciente que, aunque ya estaba limitado para las actividades básicas de la vida diaria, ahora se encuentra con la necesidad de utilizar apoyos externos para la deambulación. Por otra parte, al igual que para las secuelas físicas, se contempla como factor de corrección un incremento del 10% por posibles perjuicios económicos

-Por lo tanto, en concepto de perjuicio estético:

7 puntos x 813,61 €/punto = 5.695,27 € + 10% (569,52) ... 6.264,79 €

V.-Además, el reclamante solicita indemnización por gastos médicos (611,15 euros), por gastos ortopédicos de movilidad personal y calzado (837,95 euros) y por gastos de adecuación de vivienda (4.599,16 euros).

-Los gastos médicos solicitados, respecto de los que se aportan facturas de septiembre de 2015 de centros sanitarios privados de Málaga, no son indemnizables ya que derivan de la asistencia a clínicas privadas, cuando el reclamante podría haber acudido a centros públicos. Se acude a la asistencia privada, en septiembre de 2015, cuando ya se había detectado la localización y entidad de la lesión, en mayo de 2015, por parte de la médico de Atención Primaria del Centro de Salud de Águilas. Además, como señala la propuesta de resolución, al haberse trasladado a otra Comunidad Autónoma, no se puede alegar, como motivo para acudir a la sanidad privada, una desconfianza en la sanidad pública regional.

En este sentido, el Consejo de Estado en su Dictamen núm. 3322/2003 señala: "...Debe dilucidarse si los gastos realizados en la medicina privada son asumibles por la Administración sanitaria o deben ser soportados por el propio interesado. Únicamente procedería el abono de tales gastos, a título de responsabilidad patrimonial de los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, en el caso de error de diagnóstico o inasistencia en la sanidad pública, y a título de reintegro de gastos, en el caso de que la atención en la sanidad privada traiga causa de una urgencia vital". Y en el mismo sentido, el Dictamen núm. 71/2011 de este Consejo Jurídico afirma: "Como igualmente señaló este Consejo Jurídico en el citado Dictamen 157/2004 y en el 50/2008, la existencia de un supuesto de responsabilidad patrimonial de la Administración causante de daños físicos no constituye título suficiente, ni existe base legal alguna que lo ampare, para que el lesionado tenga el derecho de elegir la medicina privada como instrumento para la curación de sus lesiones y se le resarza de los gastos ocasionados por ello, sino que debe acudir al sistema sanitario público, y sólo tras una denegación o retraso asistencial indebidos o un error de diagnóstico, procede el resarcimiento de los gastos devengados por acudir después a la medicina privada".

-Los gastos ortopédicos solicitados tampoco resultan indemnizables, dado que, como señala la propuesta de resolución, no ha quedado acreditado que los productos adquiridos y solicitados hayan resultado necesarios como consecuencia del retraso en el diagnóstico de la fractura de cadera. Y tampoco ha quedado acreditado que dichos productos se hayan incorporado al domicilio habitual del reclamante, dado que en el expediente figuran varios domicilios.

VI.-Finalmente, el reclamante solicita que se le indemnice por los gastos ocasionados por la emisión de los informes periciales que aporta, por un importe total de 1.966 euros. Sin embargo, dichos gastos no son indemnizables, de conformidad con la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Jurídico, dado que no tienen carácter preceptivo y se realizan por el reclamante en su propio y exclusivo beneficio; y se trata de informes que en este caso no constituyen pruebas esenciales y determinantes para la resolución del procedimiento de responsabilidad. En este sentido, se puede citar nuestro Dictamen núm. 244/2018, que afirma lo siguiente:

"La cuestión acerca del carácter indemnizable o no de los gastos de peritación ha sido objeto de análisis por este Consejo Jurídico, entre otros, en sus Dictámenes núm. 133/2007 y 193/2011. En ellos se hace alusión expresa a la doctrina del Consejo de Estado que sostiene, con carácter general, que los gastos de peritación no son indemnizables ya que no tienen el carácter de gastos preceptivos y se desembolsan por el reclamante en su propio y exclusivo beneficio (por todos, el Dictamen núm. 3595/1998).

No obstante, este Consejo Jurídico admite la indemnización de los costes de elaboración de informes periciales cuando éstos han devenido en pruebas esenciales y determinantes para la decisión administrativa que haya puesto fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial, conciliando en cierto modo la anterior doctrina

consultiva con aquella jurisprudencia (por todas, SSTS, Sala 3ª, de 20 de enero y 3 de febrero de 2001), que sostiene que los gastos habidos en la vía administrativa previa, si son probados, habría derecho a su reintegro. Así, junto a los anteriores Dictámenes, el 186/2014”.

VII.-En resumen, los conceptos indemnizables y el total de la indemnización son los siguientes:

-Lesiones temporales:

33 días x 58,41 €/día = 1.927,53 € + 10% (192,75) 2.120,28 €

-Secuelas físicas:

11 puntos x 848,45 €/punto = 9.332,95 € + 10% (933,29) .. 10.266,24 €

-Perjuicio estético:

7 puntos x 813,61 €/punto = 5.695,27 € + 10% (569,52) ... 6.264,79 €

Total ... 18.651,31 €

Dicha cuantía deberá actualizarse de conformidad con lo dispuesto en el artículo 141.3 de la LRJPAC (“La cuantía de la indemnización se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al índice de precios al consumo, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley General Presupuestaria”).

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 favorable la cuantía de la indemnización que se recoge en la propuesta de resolución, por importe de 18.651,31 euros más su actualización, de conformidad con lo expuesto en la consideración quinta de este Dictamen.

No obstante, V.E. resolverá.

