



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **112/2012**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 9 de mayo de 2012, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Secretario General de la Consejería de Sanidad y Consumo (por delegación de la Excm. Sra. Consejera), mediante oficio registrado el día 31 de mayo de 2011, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otra, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **148/11**), aprobando el siguiente Dictamen.

## **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** El 14 de mayo de 2008, x, en nombre y representación de x, y, presentó un escrito de reclamación de responsabilidad dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS). En síntesis, en él expresa que x, de 77 años, esposo y padre de las citadas, padecía un tumor en el esófago sin metástasis del que estaba siendo tratado en el hospital "*Virgen de La Arrixaca*", donde ingresó el día 30 de octubre de 2007 aquejado de astenia, permaneciendo 36 horas en el Servicio de Urgencia, donde le realizaron varias transfusiones, recuperándose ostensiblemente, siendo trasladado a planta al día siguiente, donde se encontró bien, con autonomía personal. El 1 de noviembre siguiente, a mediodía, se le administró por error, y en dosis doble, el antiepiléptico "*Neurontín*" de 600 mg. (gabapentina), que no tenía prescrito y que, al parecer, era para otro paciente. A las pocas horas de tomarlo entró en un estado de inconsciencia del que no se repuso; a las cinco de la madrugada del día siguiente, al estar intranquilo y con disnea, se le puso una inyección de morfina; en la mañana de ese día el facultativo advirtió en el paciente un deterioro neurológico que le incapacitaba para hablar y realizar la actividad del día anterior, por lo que le prescribió un TAC urgente que informó de un infarto cerebral, falleciendo el 6 de noviembre de 2007.

Consideran las reclamantes que la errónea administración del citado antiepiléptico, junto a la morfina, que potenció los efectos del primero, provocan, según el vademécum, un aumento de la depresión del sistema nervioso central con inhibición de la función respiratoria, y que le produjo un deterioro neurológico que, según aquéllas, dio lugar al infarto cerebral por el que falleció, motivo ajeno a las patologías que anteriormente padecía (tumor esofágico y astenia). Y ello a pesar de que en su día presentó una reclamación ante el citado hospital, que le contestó en escrito de 21 de enero de 2008, que acompaña, en el que se le informaba que, aunque la administración de gabapentina ("*Neurontín*") fue errónea, ni el deterioro neurológico progresivo que experimentó el paciente ni el infarto cerebral advertido en el TAC es imputable a la administración de dicho fármaco.

Por todo lo anterior, considera que existió una mala praxis médica determinante del fallecimiento del paciente, que causó un daño moral a las reclamantes, solicitándose como indemnización 100.000 euros para la viuda y 50.000 euros para la hija del fallecido.

Además, acompaña a su escrito copia de hoja del Libro de Familia acreditativo de los indicados parentescos, varias hojas de la historia clínica del paciente en su estancia en el citado hospital e informe clínico de exitus realizado el 7 de noviembre de 2007.

**SEGUNDO.-** Con fecha 20 de mayo de 2008, el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, que es notificada a los interesados, solicitando asimismo en tal fecha al hospital "Virgen de la Arrixaca" la remisión de la historia clínica del paciente y los informes de los facultativos que le atendieron.

**TERCERO.-** Mediante oficios de 18 de junio y 4 de agosto de 2008 el citado hospital remitió la historia clínica y el informe, sin fecha, de la Coordinadora de Farmacia de dicho hospital, del que se destaca lo siguiente:

*"Se alega que la administración del Neurontín a dosis de 600 mg. el día 1 de Noviembre de 2008 a mediodía y la posterior administración de morfina el día 2 de noviembre a las 5:00 h., produjo una interacción entre ambos medicamentos.*

*Sin embargo (sic., debería decir, en efecto), la gabapentina se administró el día 1 de Noviembre a mediodía y la morfina se administró a las cinco de la madrugada del día 2 de Noviembre. Dado que como se indica en ficha técnica, la semivida (tiempo que tarda el organismo en eliminar el 50% del fármaco que contenía) de la gabapentina es de 5-7 horas -"Eliminación: Es eliminado mayoritariamente con la orina, 100% en forma inalterada. Su semivida de eliminación es de 5-7 h."-, no puede ser posible dicha interacción.*

*Para los fármacos cuya eliminación sigue una cinética de primer orden, el valor de la semivida es independiente de la concentración de fármaco restante en el organismo. Por tanto, si se administra una dosis única oral de 600 mg. del fármaco (debe precisarse aquí que en la historia clínica -f.8 exp.- se consigna que al paciente se le administraron "2 cápsulas de Neurontín 300 mg.", lo que en la práctica es evidentemente lo mismo) y éste tiene una semivida de 5-7 horas, tras alcanzarse la concentración plasmática máxima ("Alcanza la concentración sérica máxima a cabo de 2-3 horas"), su concentración disminuirá un 50% cada 5-7 horas. Así, el Neurontín se administró a las 12 de la mañana, alcanzaría la Cmax. a las 14-15H y 10-12 horas dp. (05.00 horas) se habría eliminado el fármaco casi en su totalidad. Por tanto, la interacción con la administración de la morfina (a las 05.00 h. del día 2 de Noviembre) es altamente improbable.*

*Por otro lado, manifestarle que salvo caso de una reacción alérgica (con escasa incidencia de gravedad cuando el fármaco administrado es por vía oral), tras una única dosis de un fármaco, es altamente improbable la aparición de efectos adversos derivados de esa administración. La posible interacción que pudiera aparecer al ser coincidente con la administración de otro fármaco como el alegado, en este caso queda aclarado en la primera parte del informe".*

**CUARTO.-** Obra en el expediente un dictamen médico, de 30 de septiembre de 2009, presentado por la compañía aseguradora del SMS, realizado colegiadamente por cuatro especialistas en Medicina Interna, que finaliza con las siguientes conclusiones:

*"1. El paciente falleció como consecuencia de los múltiples procesos patológicos que padecía.*

2. *Las enfermedades relacionadas con el fallecimiento fueron: un accidente cerebro vascular agudo, una infección de la gastrostomía, una hemorragia digestiva alta y la progresión de la neoplasia gástrica que padecía.*
3. *Estos procesos agravaron otros crónicos que el enfermo sufría: cardiopatía isquémica y diabetes.*
4. *La administración de 600 mg. de gabapentina no tuvo ninguna influencia en el mal pronóstico del paciente. Podría atribuírsele, en el peor de los casos, una somnolencia transitoria de unas 8 a 12 horas de evolución.*
5. *No existe fundamento científico que sustente la interacción de la gabapentina administrada.*
6. *Es muy probable que los síntomas iniciales del accidente cerebro vascular que sufrió el paciente fueran agitación y somnolencia, síntomas que la familia atribuye a la administración de medicación".*

**QUINTO.-** Solicitado informe a la Inspección Médica del SMS, fue emitido el 22 de diciembre de 2010, con las siguientes conclusiones:

*"1. Al paciente se le administró efectivamente un medicamento que no tenía prescrito.*

*2. La Administración errónea de 600 mg. de gabapentina pudo ocasionar somnolencia y disnea, ambas reacciones adversas descritas en la ficha técnica del medicamento, la primera como trastorno del sistema nervioso muy frecuente (>1/10) y la segunda dentro de los trastornos de tipo respiratorio clasificados como frecuentes (>1/100 a < 1/10).*

*3. El deterioro neurológico con disminución del nivel de conciencia que presentó el paciente no puede ser atribuible a la interacción entre los dos medicamentos.*

*4. El paciente sufrió un accidente cerebrovascular al que contribuyeron probablemente como factores de riesgo las patologías crónicas que padecía: Diabetes mellitus tipo II de larga evolución, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica estable.*

*5. La situación clínica del paciente se fue agravando, presentó una infección de la gastrostomía, una hemorragia digestiva y ante la sospecha de progresión de su neoplasia se continuó con tratamiento para control de síntomas hasta que finalmente se produjo el exitus".*

**SEXTO.-** Acordado el 11 de abril de 2011 un trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, el 27 de abril de 2011 el representante de los reclamantes presentó escrito en el que reitera lo expuesto en la reclamación inicial y añade que el hecho de que sea altamente improbable la interacción de los dos fármacos administrados no significa que sea imposible la misma, a pesar de la dificultad de su prueba por parte del afectado, lo que, según jurisprudencia que cita, no le es exigible cuando se ha reconocido una mala praxis al administrar al paciente un medicamento no prescrito al mismo.

**SÉPTIMO.-** El 12 de mayo de 2011 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, porque, de acuerdo con los informes emitidos, no existe relación de causalidad entre la administración de los fármacos referidos por los reclamantes y el fallecimiento del paciente.

**OCTAVO.-** En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

## **CONSIDERACIONES**

**PRIMERA.-** Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por 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 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

**SEGUNDA.-** Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, los reclamante están legitimados para solicitar indemnización por el daño moral inherente al fallecimiento de su esposo y padre, que imputan al anormal funcionamiento de los servicios sanitarios regionales.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), no puede oponerse objeción al respecto, pues vista la fecha del fallecimiento y de la presentación de la reclamación.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

### **TERCERA.-** Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

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

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

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

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

La actuación de éste ha de regirse por la denominada *"lex artis ad hoc"*, o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino



que es preciso acudir al criterio de la *"lex artis"* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La *"lex artis"*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *"lex artis"*, y ésta es causa adecuada de la producción del daño por el que se reclama, responde la Administración de los daños causados, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria y su relación de causalidad con el daño alegado permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *"lex artis"*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis y la relación de causalidad entre las actuaciones sanitarias y los daños por los que se reclama indemnización descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el

asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

**CUARTA.-** Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización. Inexistencia.

En el caso que nos ocupa, los reclamantes se limitan a alegar, partiendo del reconocido error en la administración al paciente de un antiepiléptico no prescrito al mismo (la gabapentina, bajo la marca "*Neurontín*", en una dosis total de 600 mg., mediante dos cápsulas de 300 mg., según se dijo en su momento que expresaba la historia clínica), que dicho fármaco, unido a la posterior administración de morfina al día siguiente, produjo una interacción negativa que dio lugar al deterioro neurológico del paciente que desembocó en el infarto cerebral que estiman que fue la única causa de su fallecimiento, distinta de la patología ?astenia- por la que acudió al hospital.

Sin embargo, no sólo no aportan informe médico alguno del que partir para pretender un mínimo fundamento técnico de sus afirmaciones, sino que, además, los informes médicos emitidos expresan con claridad que la administración de los dos medicamentos reseñados no tuvo relación causal alguna con el fallecimiento del paciente, pues no sólo no se acredita tal interacción negativa, más allá de una transitoria somnolencia del paciente, y, menos aún, que tales medicamentos provocaran el infarto cerebral de referencia, sino que expresan que el deterioro neurológico del paciente se debió a dicho infarto, no provocado, como se dice, por la indicada medicación, el cual, junto al agravamiento de las importantes patologías de base que aquejaban al enfermo cuando ingresó en el hospital (aunque acudiera, en principio, para tratarse sólo una astenia), fueron la causa del fallecimiento. El informe de *exitus* aportado por los propios reclamantes es suficientemente expresivo de tal circunstancia, aparte de lo indicado en los informes médicos emitidos posteriormente.

En este sentido, en la Consideración precedente se ha razonado que no basta con advertir algún acto de mala praxis médica para que, sin más, deba entenderse producida la responsabilidad sanitaria, sino que es necesario que dicho acto tenga relevancia causal en la producción del daño por el que se reclama indemnización, resultando, como se dijo, no sólo que los reclamantes no acreditan tal relevancia causal, sino que los informes emitidos la niegan, y, además, afirman que el fallecimiento se debió a causas y patologías no relacionadas con la administración, aún errónea, del referido medicamento. Causas y patologías, que son las verdaderamente relevantes en la producción del daño ?el fallecimiento del paciente- que no son imputables a la asistencia sanitaria, sobre la que, a este respecto, nada se ha siquiera alegado sobre su inadecuación a la correcta praxis médica.

En consecuencia, no existiendo la adecuada y necesaria relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización, procede desestimar la reclamación objeto de Dictamen.

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

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.-** No se ha acreditado la existencia de la adecuada relación de causalidad, entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización, que es jurídicamente necesaria para determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

**SEGUNDA.-** En consecuencia, la propuesta de resolución objeto de Dictamen, en cuanto es desestimatoria de la reclamación de referencia, se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.

