



ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 28 de abril de 2004 tiene entrada en el registro del Servicio Murciano de Salud (SMS) un escrito dirigido a dicho organismo encabezado por D. P.-A. G.-V. y E., Letrado del Ilte. Colegio de Abogados de Lorca, en nombre y representación de D. F. y D. J. P. G.. En el citado escrito se expone, en síntesis, que la madre de los reclamantes, D. A. G. T., falleció en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), el día 28 de junio de 2000, óbito que imputan a la deficiente asistencia sanitaria recibida en el Hospital Rafael Méndez de Lorca (HRM). Los hechos, según los interesados, se produjeron del siguiente modo:

1º. El día 19 de julio de 2000 la Sra. G. T. sufrió una caída que le produjo un traumatismo craneoencefálico con pérdida de conocimiento y herida en región occipital derecha de unos 2 ó 3 cms. Tras ser asistida por el servicio 061, fue trasladada al Servicio de Urgencias del HRM, donde proceden a suturar la herida, realizan exploración neurológica y efectúan TAC en el que aparece "*una lesión hipodensa parietal derecha compatible con infarto antiguo, sin signos de sangrado actual*".

2º. Al ser paciente con riesgo de sangrado, debido a que estaba sometida a tratamiento anticoagulante, quedó ingresada para observación. Durante los días 20 y 21 de julio permaneció aparentemente estable persistiendo la fuerte cefalea y apareciendo malestar general y abdominal. La tarde noche del 23 presentó un episodio de escalofríos y tiritona con malestar general y se quejó de fuerte dolor de cabeza. La mañana del 24 presentó fiebre de 39,9 con tiritona, quejándose de fuerte cefalea, iniciándose tratamiento antibiótico. El día 25 permanece aparentemente estable persistiendo el fuerte dolor de cabeza, y por la noche vomita y tiene dos deposiciones sanguinolentas. Finalmente el 26 el dolor de cabeza se vuelve insufrible, continúan los vómitos y aparece somnolencia, por lo que los familiares protestan enérgicamente en varias ocasiones, pidiendo que se le realizara un TAC craneal, hasta que a las 19,45 la doctora que se encontraba de guardia solicita su realización, observándose hematoma subdural subagudo fronto-temporo-parietal izquierdo y signos de hemorragia subaracnoidea. Ante esta situación los médicos contactaron con el Servicio de Neurocirugía del HUVA, decidiendo el traslado de la enferma a este hospital. La situación clínica ya era grave, estaba en coma, con la pupila izquierda midriática y arreactiva y un Glasgow de 4 puntos.

3º. A su llegada al HUVA se le realizó un nuevo TAC en el que se observa un resangrado importante del hematoma subdural izquierdo, con significativo efecto masa y herniación subfacial. En este hospital se le realizó un trépano parietal izquierdo del cual salió sangre de "varias edades", licuada y con coágulos frescos. La paciente no pudo ser reanimada y falleció a las 13:45 horas del día 28 de junio de 2000.

A consecuencia de los hechos se incoaron diligencias previas número 2.454/2000 por el Juzgado de Instrucción núm. 3 de Lorca, por posible negligencia médica, que fueron archivadas definitivamente mediante auto de 28 de abril de 2003. El archivo se produce al considerar el Juzgado que no se observan indicios de la comisión de un delito de lesiones por imprudencia profesional grave, basándose, para formular dicha afirmación, en el informe emitido por la Forense del Juzgado en el que indica que la asistencia médica prestada a la Sra.

G. T. fue correcta, ya que, en todo momento, se aplicaron "las pautas habituales de diagnóstico y tratamiento para la evolución seguida en el proceso patológico de esta paciente". Todo ello, sin perjuicio de que el juzgador preserve el derecho de los interesados a instar los procedimientos que consideren pertinentes en los órdenes jurisdiccionales civil o contencioso-administrativo.

Para los interesados, la responsabilidad de la Administración surge de la deficiente atención sanitaria recibida por su madre que provocó el fallecimiento de ésta, por lo cual reclaman 52.662 euros, cantidad que resulta de aplicar analógicamente el sistema de valoración establecido en la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, de 8 de noviembre de 1995.

Los reclamantes adjuntan a su escrito copia de la siguiente documentación:

- a) Escritura de poder para pleitos otorgada por D. F. P. G. a favor, entre otros, del letrado Sr. G.-V..
- b) Diversos documentos médicos correspondientes a la asistencia recibida por su madre en el HRM.
- c) Copia del auto de archivo de las citadas diligencias previas, así como del informe de la médica forense.

Posteriormente, mediante escrito fechado el día 11 de mayo de 2004, el representante de los reclamantes aclara que la cantidad solicitada no es la de 52.662 euros que se fija en el suplico de la reclamación, sino la de 65.828 euros a la que se hace referencia en el cuerpo de dicha reclamación.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por resolución de la Directora Gerente del SMS, se encomienda su instrucción al Servicio Jurídico del Ente.

TERCERO.- Comunicada la resolución a los interesados, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la Compañía Aseguradora, la instructora solicita la historia clínica de la paciente al HUVA y al HRM, así como informes de los facultativos que la atendieron.

CUARTO.- Con fecha 30 de junio de 2004, el Director Gerente del HUVA remitió hoja de la historia clínica de la Sr. G. T., así como informe del Jefe del Servicio de Neurocirugía de dicho Hospital, en el que se afirma lo siguiente:

"Paciente que fue intervenida de hematoma subdural crónico el día 27/07/2000.

Se trata de un hematoma subdural que se evacuó por trépano parietal izquierdo, drenándose sangre en varios estadios de evolución (desde coágulos frescos hasta sangre licuada más antigua), se dejó un drenaje subdural que fue retirado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Por parte de nuestro Servicio tenemos que añadir que la forma de trasladar a la paciente desde el hospital "Rafael Méndez" de Lorca hasta nuestro Hospital y la información recibida del mismo fue totalmente correcta y la adecuada para que pudiéramos tomar las decisiones quirúrgicas precisas tendentes al mejor tratamiento de la paciente".

QUINTO.- Tras reiterar al HRM el envío de la documentación que se le había solicitado, se recibe escrito del Director Gerente de dicho centro sanitario, mediante el que remite la historia clínica de la paciente e informe emitido por el Dr. D. J. L. M., mediante el que se remite al que aparece en la historia clínica, fechado el día 26 de julio de 2000, añadiendo que, a su juicio, *"la asistencia prestada a la paciente por todos los facultativos de este Hospital fue la habitual no habiendo en ningún momento negligencia por nuestra parte, dado que se trataba de una paciente con pluripatología que se descompensó a raíz del TCE, conjunto de circunstancias que condujeron al fallecimiento de la paciente"*.

Del informe clínico de alta hospitalaria cabe destacar lo siguiente:

"Enfermedad actual: Ingresó procedente de Urgencias, por haber presentado la noche de su ingreso, mientras dormía un episodio de dolor torácico opresivo acompañado de mareo con

pérdida de conocimiento y caída al suelo con herida inciso-contusa en región occipital derecha. Es recogida por 061 que la encuentran consciente con Glasgow de 15. respiración espontánea, ruidos cardíacos apagados a 50 lpm. TA 110/75 mmHg. FR 16/m. Sat.02 98%. Glucemia 116 mg/dl administrándole atropina, suero fisiológico, inyesprin y primperán. No aprecian equimosis orbitaria ni mastoidea, epistaxis ni otorragías".

"Exploraciones complementarias: ...TAC craneal: lesión hipodensa parietal derecha residual a infarto antiguo. Ni signos de sangrado".

"Resumen de evolución y comentarios: La mañana de su ingreso (20/7/00) refiere episodio de dolor torácico, realizándose en ese momento ECG que no muestra cambios isquémicos, persiste la ascitis sin tensión refiriendo como sintomatología malestar general y abdominal. El día 21-7-00 se registra aumento de la ascitis que produce disnea consultándose con digestólogo que procede a paracentesis evacuadora con reposición de albúmina mejorando la situación de la paciente. El análisis del líquido ascítico muestra una Glucosa de 98, Amilasa 34, PT 4.4, ADA 0.2 y células 100 leuc/mm3. Mejora considerablemente la situación clínica de la paciente tras la paracentesis. Al día siguiente (22-7-00) es vista por nefrólogo que ante la hiperpotasemia por insuficiencia renal le instaura tratamiento mejorando la función renal descendiendo las cifras analíticas de Urea 72, Cr 1.7 y K 5.7 La noche del 23-7-00 presenta episodio de escalofríos y tiritona con malestar general que la paciente atribuye a Seguril. Presenta cifras de TA de 120770 sin variación en la AC. Resp: sin estertores. T^a 37.5ÓC. Glucemia 90. ECG: sin cambios. El 24-7-00 por la mañana presenta fiebre de hasta 39.9 con tiritona y cefalea La exploración clínica no muestra cambios y la exploración neurológica es normal, persiste moderada cantidad de ascitis, sin signos de peritonismo se solicitan hemocultivos seriados, urocultivo y hemograma y Rx Tórax y Abdomen que no aportan nuevos hallazgos. Se constata la existencia de flebitis en antebrazo izquierdo cambiándose la vía venosa. Se inicia tratamiento antibiótico-empírico desapareciendo posteriormente la fiebre y la cefalea y mejorando el estado de la paciente. El 25-7-00 la paciente permanece hemodinámicamente estable y apirética, comenzando durante la noche anterior al 26-7 con vómitos tras ingesta y según refiere dos deposiciones blandas, sanguinolentas, no constatadas por el personal sanitario y que no se repiten. Refiere también cefalea frontal. Se realiza nuevo control hematológico sin variaciones significativas y coagulación con una actividad de protrombina del 75%. La exploración clínica general persiste sin cambios y la exploración neurológica es normal. Se realiza interconsulta con aparato digestivo. La tarde del 26-7-00 presenta intensificación de la cefalea y vómitos y posteriormente ligera somnolencia. La paciente se encontraba C y O, pares craneales normales sin déficit motor ni sensitivo y reflejo plantar en flexión. Se realiza TAC craneal en el que se observa hematoma subdural subagudo fronto-temporo parietal izquierdo y signos de hemorragia subaracnoidea, contactándose con Servicio de Neurocirugía para el traslado de la paciente la cual presenta deterioro neurológico agudo procediéndose a intubación orotraqueal y ventilación mecánica por parte de Servicio de UCI trasladándose posteriormente a Neurocirugía en UCI móvil".

SEXTO.- El 20 de julio de 2005 fue emitido informe por la Inspección de Servicios Sanitarios, en el que, tras analizar las distintas clases de hematomas subdurales, afirma, en relación con la asistencia que se prestó al que padecía la paciente, lo siguiente:

"1. Era una paciente de riesgo por el tratamiento anticoagulante que precisaba y que no estaba indicado suspender.

2. El seguimiento clínico mediante observación y exploración neurológica son medidas suficientes por sí mismas para valorar el estado neurológico, pero no se constata el seguimiento efectuado, no hay anotaciones, ni resultado de exploraciones, ni Hojas de Observación acerca del curso clínico.

3. Existió sangrado subagudo no diagnosticado en varias etapas como se demuestra por la sangre de "varias edades" que drena en la evacuación del hematoma.
4. El resangrado agudo del hematoma se traduce clínicamente en el deterioro neurológico agudo sufrido y se objetiva con los diferentes hallazgos observados entre el TAC realizado en el Hospital Rafael Méndez y en el de su llegada al H.U.V. Arrixaca, en el que la desviación de la línea media y los signos de herniación son índices de gravedad".

Tras estas consideraciones concluye que:

- "1. No se puede afirmar que la asistencia sanitaria prestada a Dña. A. G. T. fuera la adecuada y ajustada a la sintomatología clínica que presentaba, ya que no se constata el seguimiento realizado ante la ausencia de documentación.
2. Es posible establecer nexo de causalidad bien entre las actuaciones (o las omisiones) de los profesionales, y el daño surgido: sangrado del hematoma en varios tiempos.
3. El deterioro neurológico agudo fue consecuencia del resangrado importante que ocurre ya en el hematoma subagudo.
- 4.- El índice de Glasgow de 4 y toda la patología de base padecida por la paciente condicionaron el pronóstico a pesar de la intervención terapéutica".

Finaliza proponiendo la estimación de la reclamación.

SÉPTIMO.- Por su parte la aseguradora Z. envía dictamen médico emitido colegiadamente por tres doctores especializados en Medicina Interna, en el que, tras efectuar las consideraciones médicas de carácter general que estiman oportunas, afirman, en relación con la asistencia recibida por la Sr.^a G. T., lo siguiente:

"En el caso que nos ocupa la paciente consulta en el Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez por un cuadro de dolor torácico de características anginosas que aparece en reposo. En dicho contexto se produce un traumatismo craneoencefálico. La valoración de la enferma es completa y permite calificar el traumatismo sufrido por la paciente como leve y el cuadro de dolor torácico como posiblemente de naturaleza anginosa aunque sin cambios sugestivos de isquemia aguda en el electrocardiograma. Con buen criterio y pese a que el TCE se puede calificar como leve y que al contrario de lo que señalan los reclamantes la misma no se encuentra recibiendo tratamiento anticoagulante, se realiza TC cerebral que no muestra datos de sangrado ni complicaciones derivadas del TCE, y sí la presencia de un infarto cerebral antiguo que se debe poner en relación con la fibrilación auricular y los factores de riesgo cardiovascular de la misma.

El tratamiento pautado a la paciente resulta correcto en base a los diagnósticos alcanzados, que resultan compatibles con el cuadro clínico de la enferma y los hallazgos en la exploración física y exploraciones complementarias.

El hecho de que la cefalea apareciera desde el mismo momento del ingreso o unos días después no tiene en nuestro criterio trascendencia. La cefalea forma parte del síndrome postraumático y se presenta aproximadamente en la mitad de los TCE. Es el síntoma más frecuente de dicho síndrome junto a mareo inespecífico, dificultad de concentración e insomnio. La normalidad del TC cerebral realizado al ingreso, así como la ausencia de alteraciones neurológicas en la exploración permite establecer el diagnóstico de cefalea postraumática, no estando indicada la repetición de las pruebas de imagen, en ausencia de cambios en la situación neurológica de la enferma. Desconocemos el motivo que lleva a la Médico Inspector a dudar del seguimiento realizado a la enferma durante su ingreso en el Hospital Rafael Méndez. Pese a que es cierto que no hemos dispuesto de las hojas de evolución médica, ésta se describe en el informe de traslado obrante en la documentación aportada. Por otro lado en la solicitud del TC urgente del 26 de julio tampoco se describe la presencia de focalidad neurológica.

La decisión de mantener el tratamiento antiagregante, al que posteriormente se añade anticoagulación con heparina de bajo peso molecular, resulta acertada. La paciente tiene indicación de antiagregación por la cardiopatía isquémica, e indicación de anticoagulación por la fibrilación auricular. La ausencia de datos de sangrado en el TC realizado al ingreso permite mantener estos fármacos sin los cuales el riesgo de accidentes a nivel coronario y/o cerebral resulta significativo.

En el momento en el que la paciente presenta cambios en su situación neurológica que permiten sospechar la presencia de una complicación a nivel cerebral se practica nuevo TC cerebral que diagnostica la presencia de un hematoma subdural con datos de que el sangrado se ha producido en varias fases, actuándose de forma diligente y rápida, al trasladar a la paciente a un servicio de Neurocirugía tras garantizar la estabilidad de la misma durante el traslado. La mortalidad de este tipo de situaciones es muy elevada y máxime en una paciente como la que nos ocupa en la que coexisten patologías de base severas.

La medicina asistencial no parte del diagnóstico definitivo para en base al mismo cuadra la sintomatología del paciente con dicho diagnóstico, sino que su labor es justo la contraria. En este caso es evidente que supondría un error el intentar analizar este caso desde el hallazgo en el quirófano del Hospital Virgen de la Arrixaca de un hematoma subdural en distintos estadios evolutivos. La paciente, que debemos recordar que presentaba una prueba de imagen sin datos de hematoma a su ingreso, no presentó clínica que permitiera sospechar la presencia de una complicación a nivel cerebral como la que se diagnosticó hasta el día 26 de julio. El deterioro de la situación de la enferma se produjo sin duda por la aparición de un sangrado agudo a nivel subdural, y no por el sangrado subagudo, ambos patentes en el acto quirúrgico"

Finalizan estos facultativos con las siguientes conclusiones:

- "1. D. A. G. T. consultó en el Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez por un cuadro anginoso en cuyo contexto presentó un episodio sincopal con traumatismo craneoencefálico (TCE).*
- 2. El manejo de la paciente fue acertado atendiendo a la patología cardiológico y al TCE. En relación a este último y pese a encontrarnos ante un traumatismo que podemos considerar como menor, se realizó un TC cerebral que descartó la presencia de lesiones derivadas del TCE, poniendo de manifiesto la presencia de patología vascular cerebral relacionada con su patología cardiológica y sus factores de riesgo cardiovascular.*
- 3. De forma correcta y atendiendo a todos los motivos que determinaron su asistencia en urgencias se procedió a su ingreso hospitalario. El tratamiento pautado resulta acertado.*
- 4. No queda claro el momento en el que la paciente comienza a presentar cefalea, pero en todo caso la misma no se asocia a ningún otro dato de focalidad neurológica por lo que no se requiere la realización de nuevas pruebas de imagen a nivel cerebral.*
- 5. El día 26 de julio y ante la aparición de un leve deterioro del nivel de conciencia se practica de forma urgente un TC cerebral que lleva al diagnóstico de hematoma subdural subagudo, actuándose de forma diligente y correcta al trasladar a la enferma a un servicio de Neurocirugía tras estabilizar a la misma.*
- 6. Se realizó intervención quirúrgica que puso de manifiesto que la causa del deterioro neurológico de la paciente era la aparición de un sangrado agudo en el contexto de un hematoma subdural subagudo que no se había manifestado clínicamente con datos de focalidad neurológica, siendo este el motivo de no haber podido llegar antes al diagnóstico.*
- 7. La evolución de la paciente, fue desfavorable, pese a la corrección del tratamiento quirúrgico aplicado, siendo esta una circunstancia habitual en este tipo de patología.*
- 8. Los profesionales intervenientes actuaron conforme a la lex artis ad hoc, no existiendo indicios de mala praxis".*

OCTAVO.- Con fecha 24 de noviembre de 2005 se notifica a la aseguradora y a los interesados, a través de su representante, la apertura del trámite de audiencia, sin que conste que hiciesen uso de él al no comparecer ni formular alegación alguna.

El día 11 de diciembre de 2006 la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren los requisitos exigidos para determinar la existencia de responsabilidad patrimonial.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Jurídico en solicitud de Dictamen, mediante escrito que tuvo entrada el pasado 9 de enero de 2007.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico

SEGUNDA.- Legitimación, representación, plazo y procedimiento.

Los reclamantes, en tanto que hijos de la fallecida, ostentan la condición de interesados para ejercitar la acción de reclamación, a tenor de lo previsto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LPAC), en relación con el 31 de la misma Ley y el 4.1 del Reglamento de las Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (en adelante RRP), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

Según establece el artículo 32 LPAC los interesados podrán actuar por medio de representante, exigiendo este precepto para los supuestos en los que se pretenda formular solicitudes, entablar recursos, desistir de acciones y renunciar a derechos, que dicha representación quede acreditada por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal del interesado. Pues bien, el escrito de interposición de la reclamación que nos ocupa viene encabezado por un letrado que dice actuar en nombre y representación de los reclamantes, sin embargo la escritura de poder con la que pretende acreditar tal representación, sólo aparece otorgada a su favor por uno de ellos, concretamente, por D. F. P. G.. No consta, por lo tanto, acreditada la representación que se irroga en relación con D. J. P. G..

A pesar de ello la Consejería de Sanidad, a través de diversas y sucesivas actuaciones anteriores a la propuesta de resolución (y en esta misma), reconoce la representación alegada, por lo que cabe aplicar al caso la doctrina jurisprudencial, según la cual una vez reconocida la representación en una fase del procedimiento no puede negarse en otra ulterior, pudiéndose citar en este sentido, y entre otras, las sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de febrero de 1983 y 1 de febrero de 1989; así como en el Dictamen de este Consejo número 184/2002. Ahora bien, como también se afirmaba en dicho Dictamen, es preciso, antes de dictar resolución, requerir, según lo dispuesto en el artículo 32.4 LPAC, al Sr. G.-V. E. para que subsane la falta de acreditación de la representación que dice ostentar en relación con la Sr.^a P. G., pudiendo utilizar para ello cualquiera de los medios previstos en el apartado 3 del citado precepto.

En cuanto a la legitimación pasiva, no suscita duda que la actuación a la que los reclamantes imputan el daño que dicen haber sufrido acontece en el marco del servicio público prestado por la Administración sanitaria regional, siendo competente para resolver la titular de la Consejería

de Sanidad de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16. 2, o) de la Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de Organización y Régimen Jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

La acción se ha ejercitado dentro del año previsto en el artículo 142.5 LPAC, pues el auto de sobreseimiento de las diligencias previas, incoadas por los hechos origen de la presente reclamación, fue notificado a los interesados el día 12 de mayo de 2003, y la acción ha de entenderse deducida el día 28 de abril de 2004, fecha de presentación de la reclamación en el Registro General de la Consejería de Sanidad.

Por último, el procedimiento seguido por la Administración instructora se ha acomodado, en términos generales, a las normas jurídicas aplicables a las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la LPAC y del RRP.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada 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, que particulariza en su artículo 10 los derechos de los usuarios respecto a las distintas Administraciones Públicas.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

- 1) El primero de los elementos es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.
- 2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económico e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.
- 3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.
- 4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concurra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

Además de estos principios comunes, cuando las reclamaciones de los particulares se refieren a la posible responsabilidad patrimonial de la Administración por la prestación de servicios sanitarios, el requisito de que la actuación médica se haya ajustado o no a la *lex artis ad hoc* adquiere un singular relieve, debido a que si la actuación de los facultativos se acomodó y desarrolló con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia médica, si así queda probado en la instrucción del procedimiento, los resultados lesivos no podrán atribuirse a la Administración sanitaria, bien porque no pueda afirmarse que concurra aquel nexo causal, bien porque ni siquiera pueda determinarse la existencia de una lesión indemnizable, debido a que los resultados lesivos normalmente serán consecuencia de la evolución de las propias enfermedades del paciente, aun a pesar del correcto funcionamiento de los servicios sanitarios. Y es que, tal como vienen señalando de forma reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Jurídico, la ciencia médica no es exacta, por lo que los facultativos tienen una obligación de medios y no de resultados, obligación que, según STS, Sala 1^a, de 25 de abril de 1994, puede condensarse en los siguientes deberes: 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el

lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación del médico se produzca 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento puede esperarse y de los riesgos potenciales del mismo; 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste pueda ser dado de alta, advirtiendo al mismo de los riesgos que el abandono de aquél le puede comportar.

Veamos los principios expuestos, aplicados al presente expediente de responsabilidad patrimonial.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Inexistencia de responsabilidad patrimonial.

Los interesados fundan su pretensión indemnizatoria en la consideración de que ha existido una deficiente asistencia sanitaria por parte de los facultativos que atendieron a su madre en el HRM, al no practicar las pruebas necesarias dirigidas a detectar la presencia de un hematoma subagudo y, más concretamente, a no haber realizado un TAC a pesar de los síntomas que presentaba y de haberlo requerido así, reiteradamente, los familiares. Esta omisión, según los reclamantes, incidió de forma positiva y eficaz en la contribución al resultado letal al que finalmente se llegó.

La antijuridicidad del daño y el nexo causal entre éste y el funcionamiento de los servicios públicos vendrían dados, pues, por el hecho de no haber efectuado un seguimiento adecuado de la evolución de las dolencias que padecía la paciente, lo que impidió percibirse del resangrado que se produjo como consecuencia de un hematoma subdural subagudo. La determinación de si tal afirmación se corresponde a la realidad o no, se convierte en cuestión nuclear del problema en orden a calificar el daño sufrido como antijurídico y para poder dilucidar si existe o no nexo causal entre aquél y la actuación omisiva de la Administración.

Para alcanzar dicha conclusión es necesario un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. 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 especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por 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 el presente caso obran en el expediente varios informes médicos (forense, inspector médico y peritos de la aseguradora), y todos ellos coinciden en afirmar que la situación clínica de la paciente no exigía otras medidas diagnósticas que el seguimiento neurológico. Así, la médica forense afirma *"que durante el período de observación en el "Rafael Méndez" no tiene manifestaciones neurológicas que indiquen la necesidad de aplicar otras medidas terapéuticas o diagnósticas"* (folio 24). Por su parte la inspectora médica indica que *"el seguimiento clínico mediante observación y exploración neurológica son medidas suficientes por sí mismas para valorar el estado neurológico"* (folio 405). Finalmente, los peritos de la compañía aseguradora señalan que *"la normalidad del TC cerebral realizado al ingreso, así como la ausencia de alteraciones neurológicas en la exploración permite establecer el diagnóstico de cefalea postraumática, no estando indicada la repetición de las pruebas de imagen, en ausencia de cambios en la situación neurológica de la paciente"* (folio 418). En lo que difieren estos informes es, precisamente, en admitir que dicho seguimiento neurológico se produjo. Así, mientras que la forense y los peritos consideran que tal circunstancia queda acreditada con el

informe médico de alta hospitalaria por traslado que obra en la historia clínica, la inspectora médica entiende que el seguimiento médico que se afirma haber prestado a la paciente no se encuentra suficientemente documentado en la historia clínica, porque "*no hay anotaciones, ni resultado de exploraciones, ni Hojas de Observación acerca del curso clínico*".

Conviene aquí recordar que, según establece el apartado 2 del artículo 15 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica, el informe clínico de alta forma parte de la historia clínica y constituye el documento que, emitido por el médico responsable al finalizar el proceso asistencial del paciente, especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad sanitaria prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. Prescripciones a las que da cumplimiento el informe emitido por el Dr. M. C. (folios 12 y 392). Es cierto que alguna de las actuaciones que en él se describen no tienen más soporte que dicho informe, aunque otras que la Inspección Médica dice que se hallan huérfanas de respaldo ajeno al propio informe sí que lo tienen; así, entre ellas, las siguientes:

- a) En el informe de alta se señala que el día 20 de julio de 2000 la paciente refiere episodio de dolor torácico, por lo que se le practicó un ECG (electrocardiograma) que no mostraba cambios isquémicos. Exploración que, según la Inspectora Médica, no se encuentra documentada en la historia clínica. Sin embargo, al folio 376 aparece un ECG a nombre de la Sra. G. T. y fechado el día 20 de julio de 2000.
- b) También indica el Dr. M. que el día 21 de julio se registra un aumento de la ascitis que produce disnea consultándose al digestólogo que procede a paracentesis evacuadora con reposición de albúmina mejorando la situación del paciente. Esta afirmación es reparada por la Inspección Médica por no aparecer "*ninguna anotación Observaciones acerca del curso clínico o Solicitud de Interconsulta*". Pero, lo cierto es que al folio 383, en la hoja de órdenes de tratamiento, en las anotaciones correspondientes al citado día se recoge una del siguiente tenor: "*albúmina 1 frasco por litro, extraer 10 litros*".

Todo lo anterior lleva a este Consejo Jurídico a entender (como también lo han hecho la forense y los peritos de la aseguradora del ente público) que el informe médico de alta, documento que integra la historia clínica, evidencia que se efectuó un seguimiento clínico mediante observación y exploración neurológicas, cuyo resultado no exigió la realización de un TAC hasta el día 26 de julio, en el que, tras intensificarse la cefalea que sufría la paciente y aparecer vómitos, se estimó conveniente practicar tal prueba. Dudar de la veracidad de este informe supondría presuponer una hipotética falsedad documental que podría implicar responsabilidades profesionales e, incluso, penales, pero esta posibilidad no ha sido probada en el presente expediente, cuyo objeto es determinar la existencia de la responsabilidad patrimonial a la que se alude en la reclamación.

Lo anterior no es óbice para estimar, como lo ha hecho la Inspección Médica, que la historia clínica no se ha elaborado con el rigor y minuciosidad que tal documento exige, pero, tal como afirma la Audiencia Nacional en su Sentencia de 6 de noviembre de 2002, cuando el conjunto de elementos que conforman un expediente permite tener certeza sobre la realidad de unos hechos, no se puede derivar responsabilidad de la falta de constancia del cumplimiento de algún requisito.

En consecuencia el Consejo Jurídico muestra su conformidad con la propuesta de resolución, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, al considerar que no ha quedado acreditado en el expediente que el fallecimiento de la madre de los reclamantes se produjera como consecuencia de una infracción de la *lex artis ad hoc*, sino que más bien fue el resultado de las complicaciones derivadas de la aparición de un sangrado agudo en el contexto de un hematoma subdural subagudo que no se había manifestado clínicamente con datos de

localidad neurológica, circunstancia por la que no pudo alcanzarse antes su diagnóstico (dictamen de los peritos de la aseguradora del ente público, obrante al folio 407 y siguientes). En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se informa favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, en tanto que no se aprecia la concurrencia de los elementos legalmente exigidos para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración

No obstante, V.E. resolverá.

