



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **200/2012**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 4 de septiembre 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 Política Social (por delegación de la Excm. Sra. Consejera), mediante oficio registrado el día 29 de septiembre de 2011, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **225/11**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Mediante escrito presentado el 10 de septiembre de 2009, x, en nombre y representación de x, y, z, formula reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio Murciano de Salud (SMS). En síntesis, en ella expresan que x, esposo y padre respectivamente de los reclamantes, acudió en la mañana del día 2 de enero de 2009 al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario "Reina Sofía", de Murcia, por encontrarse gravemente enfermo, siendo ingresado sobre las 20 horas en la planta del Servicio de Medicina Interna, donde a los 30 minutos se sintió bastante fatigado, por lo que su esposa avisó al control de enfermería, acudiendo personal para colocarle un dispositivo suministrador de oxígeno, estabilizándose el enfermo, si bien a los diez minutos empeora, por lo que se vuelve a llamar al personal sanitario, pulsando durante quince minutos el avisador existente en la habitación, sin que nadie acudiera en ese período, tras lo cual el paciente dejó de respirar, momento en el que su esposa se dirigió al mostrador del control de enfermería y les comunicó lo sucedido. Tras ello, acudió el médico de guardia, que practicó al paciente maniobras de reanimación, sin resultado. Alegan los reclamantes que el paciente falleció sobre las 21:10 de dicho día, sin que cuando acudió el médico pudiera hacerse ya nada para salvar su vida. Por ello, consideran que durante el periodo de tiempo en el que la esposa avisó al control de enfermería y el momento en que acudió su personal y advirtieron la situación, hubo una impropcedente desatención al paciente, que provocó su fallecimiento, lo que constituye un anormal funcionamiento del servicio público sanitario. Por ello, la esposa del fallecido solicita una indemnización de 108.000 €, y cada uno de sus dos hijos, la cantidad de 24.000 €, en concepto de daño moral causado por dicho fallecimiento.

A su reclamación adjuntan, entre otros documentos, copia de una certificación literal del fallecimiento del paciente, Libro de Familia e informe de alta por fallecimiento, de 2 de enero de 2009 (23 horas), emitido por el Servicio de Medicina Interna.

SEGUNDO.- El 5 de octubre de 2009 se dictó Resolución de admisión a trámite por el Director Gerente del SMS, que se notificó a los interesados.

TERCERO.- Solicitado al referido hospital la remisión de la historia clínica del paciente e informe de los profesionales que lo atendieron en las fechas indicadas en la reclamación, fue cumplimentado mediante oficio de 10 de noviembre de 2009, destacando lo siguiente:

- Informe de 28 de octubre de 2009, de la enfermera x, que expresa lo siguiente:

"Entrando a trabajar el día 2-1-09 en el turno de noches, me dispongo a coger el relevo del turno anterior, me comunica el auxiliar que estaba tomándole la temperatura, que el paciente no se encuentra bien (22:10), me dirijo a la habitación y le tomo las constantes y compruebo que tenía disnea, aviso al IG (internista de guardia), que lo valora y le pauta un tratamiento, le administro una nebulización de inmediato y continúo preparando el resto de su tratamiento (urbasón I. V.)

No recuerdo si hubo llamada al interfono o si se acercó al control x, pero en el caso de que se hubiese producido dicha llamada, no tardé más de 2 minutos en preparar el urbasón e ir a la habitación acompañada por la Dra. x, que se encontraba en la habitación 428 en ese momento, por lo que tardamos unos segundos en atenderlo; mientras le pongo el inyectable el paciente entra en una situación crítica, iniciando maniobras de reanimación. Se nos unieron otras compañeras que avisaron al intensivista de guardia ordenado por la Dra. x; pasados unos minutos se nos une el intensivista continuando con dichas maniobras. El paciente fallece a las 23 horas".

- Informe de 2 de noviembre de 2009 de la Dra. x, en el que expone lo siguiente:

"El paciente había ingresado en planta, procedente de urgencias por insuficiencia respiratoria aguda. A las 22:10 horas del día dos de enero de 2009 fui avisada por enfermería de la cuarta planta derecha para atender al paciente que presentaba disnea. Una vez en la habitación, su esposa me refirió que, tras un movimiento en la cama, el paciente comenzó a presentar mayor dificultad respiratoria, junto con tos escasamente productiva. El paciente se encontraba taquipnéico a 22 respiraciones por minuto, con regular estado general, aunque mantenía presión arterial de 160/90 mm. Hg., con frecuencia cardíaca rítmica a 80 latidos por minuto. La saturación de oxígeno por pulsioximetría era del 70% y en la auscultación pulmonar presentaba roncás y sibilantes espiratorios bilaterales junto con hipoventilación generalizada. A la exploración, el abdomen estaba blando y depresible y no era doloroso. Tampoco presentaba edemas. En ese momento, se le estaban administrando broncodilatadores en nebulización y me dirigí al control de enfermería para ordenar que se le administraran además corticoides por vía intravenosa. Mientras se preparaba medicación intravenosa, el paciente sufrió una parada cardiorrespiratoria, por lo que inicié maniobras de reanimación cardio-pulmonar y di orden de avisar al médico de guardia de medicina intensiva, que acudió prontamente. Desafortunadamente, y a pesar de mantener las maniobras de reanimación durante más de 30 minutos, éstas no fueron efectivas y el paciente falleció a las 23 horas del mencionado día".

En la Historia Clínica, en la hoja de evolución (folio 38), figura que a las 22,10 horas "avisan por disnea...se colocan nebulizaciones y mientras se prepara urbasón sufre parada cardiorrespiratoria. Se inicia RCP y se avisa a UCI. El paciente no responde a maniobras de resucitación y fallece a las 23 horas". A las 00:10 el Dr. x escribe en dicha hoja de evolución lo siguiente: "Acude un familiar a pedir el nombre de la compañera que atendió a su padre. Hablo con él e intento razonar le explico que la Dra. le ha atendido en segundos y que incluso le ha avisado al Intensivista de Guardia Dr. x y que a pesar de todo ha fallecido. También le explico que dado a que se padre acababa de subir de urgencias y que realmente no se sabía de qué ha fallecido yo le hubiera solicitado autopsia o incluso me hubiera negado a realizar el certificado de defunción (avisando al forense de guardia). Insisten que le de el nombre y lo hago (de todas formas está en el certificado de defunción)...".

CUARTO.- Obra en el expediente Dictamen Médico de 26 de febrero de 2010 aportado por la aseguradora del SMS, realizado por varios médicos especialistas en medicina interna, en el que, tras analizar la historia clínica y demás documentación, finaliza con las siguientes conclusiones:

"1.- El paciente fue atendido de forma adecuada en su planta de hospitalización. La asistencia sanitaria (médica y de enfermería) se ajustó a la lex artis.

2.- El fallecimiento se produjo por una muerte súbita. Al no disponer de autopsia, no podemos ser más precisos en nuestro análisis causal. Sin embargo, el motivo registrado en el Certificado de Defunción se encuentra entre los probables (parada cardiorrespiratoria, insuficiencia respiratoria secundaria a infección respiratoria).

3.- La nula respuesta a las maniobras de RCP instauradas de forma inmediata tras la PCR asocia un pésimo pronóstico, cualquiera que sea la patología que originó el proceso final.

4.- La declaración de los reclamantes debe ser sustentada por pruebas más contundentes que nos permitan modificar nuestras conclusiones".

QUINTO.- Solicitado informe a la Inspección Médica del SMS, fue emitido el 24 de marzo de 2011, del que se destaca lo siguiente:

"Acude paciente con mal estado general y múltiples antecedentes de pluripatología de larga duración, por cuadro de disnea progresiva hasta hacerse de reposo y queda ingresado en Medicina Interna con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda.

Durante su estancia en urgencias se valoró, se tomaron constantes y se administró el tratamiento adecuado para su proceso.

No está claro qué desencadenó la descompensación, lo cierto es que empeoró tras la cena, según relatan los reclamantes, y el personal acude según consta. Los tiempos de actuación no son fáciles de comprobación, los registrados en las notas de la historia clínica concuerdan con las anotaciones correspondientes. El fragmento de registro de electrocardiograma aportado, de poco más de un minuto (de las 22:54 a las 22:55 horas), no permite hacer una valoración de lo sucedido. Desconocemos si hubo algún otro control electrocardiográfico previamente (además del de urgencias por la mañana), o registro de alguna prueba complementaria con datos horarios que pudiese dar luz sobre la cuestión, en la revisión de la Historia Clínica no hemos encontrado ningún otro (página 35, 36)". Concluye el informe señalando que no se aprecia fundamentación en lo reclamado.

SEXTO.- Mediante oficio de 27 de mayo de 2011 se acuerda un trámite de audiencia y vista del expediente a las partes interesadas, sin que conste su personación ni la formulación de alegaciones.

SÉPTIMO.- El 21 de julio de 2011 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por considerar, de acuerdo con los informes médicos emitidos en el procedimiento, que no se ha acreditado la existencia de infracción a la "*lex artis ad hoc*" en la materia, por lo que, de acuerdo con reiterada jurisprudencia, no existe 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 generar la responsabilidad patrimonial administrativa.

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 reclamantes están legitimados para solicitar indemnización por el daño moral inherente al fallecimiento de su familiar.

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, vistas las fechas del fallecimiento del paciente 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"*.

En el mismo sentido, 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"*.

Por tanto, debe concluirse que sólo si se produce una infracción de la *"lex artis"* responde la Administración de los daños causados y que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables, en una relación jurídicamente adecuada de causa a efecto a los fines indemnizatorios pretendidos, a la atención sanitaria pública, y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente, ello sin perjuicio de la eventual responsabilidad de terceros ajenos al servicio público.

En consecuencia, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad en la actuación de prestación de medios realizada por parte de los profesionales sanitarios; 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 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 presente caso, los reclamantes imputan el fallecimiento de su familiar, con el daño moral inherente a tal hecho, al anormal funcionamiento de los servicios sanitarios regionales, que concretan en un alegado retraso en la asistencia al paciente por parte de los profesionales sanitarios, en los términos expresados en la reclamación (Antecedente Primero).

Sin embargo, los informes emitidos ponen de manifiesto que de la historia clínica aportada (no ya sólo de los informes emitidos a posteriori por los profesionales intervinientes) se desprenden unos hechos que poco tienen que ver con los relatados por los reclamantes en lo referente al alegado retraso en la asistencia dispensada al paciente, sin que aquéllos aporten prueba alguna de sus afirmaciones. A partir de los hechos consignados en la historia clínica, de los referidos informes se extrae que el paciente estuvo debidamente atendido desde el momento en que comenzó a sufrir las crisis respiratorias, que fueron debidas a las importantes patologías de base que padecía, lo que motivaba que tuviera un delicado estado de salud y que su edad biológica fuera muy superior a la cronológica; patologías que determinaron su muerte súbita a pesar de los esfuerzos realizados por el personal sanitario para evitar el fallecimiento.

En este sentido, y en lo referente a los hechos acaecidos durante la estancia del paciente en la planta del Servicio de Medicina Interna del hospital, que es, como se apunta, lo determinante a los efectos de enjuiciar la presente reclamación, es especialmente expresivo lo reseñado en el dictamen médico de la aseguradora del SMS, en el que, a la vista de la historia clínica, señala lo siguiente:

"La lectura de la reclamación traslada una descripción de los hechos completamente diferente, sobre la que habría que hacer varias consideraciones: (...)

3º. Admitir como cierta la versión de los reclamantes implica la falsificación de varios documentos escritos por las diferentes personas implicadas: Médicos de Guardia, Intensivista, Enfermería de planta. Esto, además de una grave acusación (diferente a la reclamación de mala práctica médica), no tiene ningún sentido. El paciente era una persona con un altísimo riesgo de muerte, en el que los profesionales contaban con que cualquier prolongación de la vida podía suponer un mérito de la asistencia sanitaria. Por el contrario, el fallecimiento sería la consecuencia

del avanzado deterioro que sufría el paciente, a pesar de sus 65 años."

En consecuencia, no puede admitirse que la actuación sanitaria dispensada al paciente en la sanidad pública hubiera infringido de forma alguna la obligación de medios que es exigible de acuerdo con la "*lex artis ad hoc*" sanitaria. Circunstancia que, conforme con lo expresado en la Consideración precedente, implica la inexistencia 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 generar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No concurre 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 generar la responsabilidad patrimonial administrativa cuyo reconocimiento se pretende, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta de este Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.