



ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 23 de diciembre de 2003, D. F. J. M. M., en nombre y representación de D. A. N. Z., presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud por los siguientes hechos, según describe:

El 17 de abril de 2003, el paciente, marido de la reclamante, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca por presentar cuadro de fiebre, cólico, exantema en la piel y dolor en boca, siendo ingresado en el Servicio de Medicina Interna. Pese a que la reclamante advirtió a los facultativos que el médico de cabecera de Lobosillo le había solicitado una serología de hepatitis y VIH, su marido iba empeorando, falleciendo el 18 de abril de 2003, por una parada cardiorrespiratoria según le indicaron, sin que tampoco nadie plantease la conveniencia de realizar una autopsia.

Imputa al funcionamiento del servicio público que no tuviera la vigilancia médica necesaria mientras estuvo hospitalizado ya que, mientras se consumía en la cama del hospital, los médicos pasaban uno tras otro, y no advertían su progresivo decaimiento, su respiración agitada y todos los síntomas de los que se dejó constancia en el control de enfermería durante el Viernes Santo.

Asimismo reprocha a los facultativos que le atendieron en el Hospital que no dispusieran de la analítica sobre la serología realizada, y la tardanza en el envío de sus resultados al Centro de Salud de Lobosillo (el 24 de abril de 2003), cuando ya había fallecido el esposo de la reclamante.

SEGUNDO.- Por el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud se dictó resolución de admisión a trámite el 4 de febrero de 2004, la cual se notificó a las partes interesadas, a la vez que se solicitó la historia clínica del paciente, e informe de los facultativos que le atendieron en el Hospital Virgen de la Arrixaca.

TERCERO.- El 23 de marzo de 2004, la parte reclamante presenta escrito de proposición de prueba; como documental, la petición del historial médico en el Centro Médico de Lobosillo y Hospital Virgen de la Arrixaca, orientada a comprobar las fecha de petición de los análisis de hepatitis y VIH, y de recepción de sus resultados, así como si fueron tenidos en cuenta por los facultativos del Hospital, y la razón por la cual no le fue practicada autopsia; también propone que se incorpore al expediente el informe médico de la empresa y el reconocimiento del paciente en el Centro Médico de la Caridad; y, como testifical, la declaración de la reclamante.

CUARTO.- Consta la historia clínica del paciente en el Consultorio de Lobosillo, remitida por la Gerencia de Atención Primaria, transcrita en los folios 101 y ss., así como la obrante en el Hospital Virgen de la Arrixaca, acompañada de un informe del Jefe de Servicio de Medicina Interna, de 9 de septiembre de 2004 (folio 95), que señala:

"1) La atención dispensada tanto en la Puerta de Urgencias como posteriormente durante su ingreso en planta por el personal médico de guardia, por tratarse de un día festivo, como de enfermería se ajusta a los cánones de la buena práctica médica. Cada vez que se requirió su presencia en la planta ésta se puso de manifiesto con presencia física y a las pocas horas de su ingreso incluso con una detallada historia clínica y exploraciones físicas y complementarias.

Además, al acabar su turno reglamentario de guardia, la médica que valoró inicialmente al enfermo pasó a comprobar cómo había evolucionado, sin necesidad de ser requerida para ello.

2) A la afirmación de que en la planta le retiraron el tratamiento y le cambiaron el diagnóstico cualquier comentario resulta ocioso, puesto que esa fue la nueva impresión que la evolución del enfermo le sugería a los médicos.

3) Respecto a la afirmación del nivel de gravedad del enfermo y su desconocimiento por parte de la demandante, llama la atención, dados los antecedentes que comenzaron muchos meses atrás de deterioro progresivo del estado general como lo demuestra el tratamiento crónico al que estaba sometido, la situación de prolongada baja laboral, el que su Médico de Cabecera le solicitara análisis serológicos muy específicos, y que dada su evolución desfavorable lo remitiera para su ingreso con carácter urgente en este centro hospitalario.

4) Según se desprende de las anotaciones del personal de enfermería (ver observaciones en el apartado tardes del día 18/04 "sobre las 18 horas llamo al internista de guardia por petición familiar, manifiestan que aunque lo ven mejor quieren que lo vea el Médico..."). En la anotación de la visita que respondía a esta petición está recogida la frase "la familia reconoce mejoría".

5) Respecto a la que parece ser la principal queja de la demandante acerca de por qué no se recogieron los resultados de la serología de la hepatitis y del VIH, previamente solicitados por su Médico de Cabecera, cabe señalar que, de acuerdo a las características clínicas del enfermo y a su evolución, en modo alguno hubieran cambiado el tratamiento ya instaurado".

QUINTO.- La Inspección Médica emite informe el 2 de agosto de 2005, alcanzando la siguiente conclusión:

"No existió mal funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. La asistencia sanitaria tanto a nivel de atención primaria, como durante el ingreso hospitalario, fue en todo momento la adecuada, ajustándose a la sintomatología y demandas realizadas (...) se propone la desestimación de la presente reclamación indemnizatoria".

SEXTO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes, la aseguradora Z. E. aporta dictamen pericial, realizado conjuntamente por tres especialistas en medicina interna, el cual concluye:

"1.- D. J. A. M. ingresó en el Hospital Virgen de la Arrixaca por un exantema maculopapular y fiebre. El diagnóstico de exantema en probable relación con fármacos es correcto y la retirada de los potencialmente implicados es la actitud recomendada en la literatura.

2.- El seguimiento del paciente durante su ingreso fue continuado pese a coincidir el mismo con días festivos.

3.- La evolución del enfermo, como señala la propia familia, fue favorable, por lo que la aparición de la parada cardiorrespiratoria que finalmente condujo al fallecimiento, resultó inesperada, no pudiendo descartar que la causa de la misma fuera una patología coronaria que debutó de esa forma y que nada tendría que ver con el motivo del ingreso del enfermo.

4.- El tiempo que se invirtió en la realización de la serología frente al VIH y su confirmación es el habitual, al tratarse de técnicas con cierto grado de complejidad.

5.- Desconocemos si los médicos del Hospital Virgen de la Arrixaca tenían acceso al resultado de la serología frente al VIH, informada un día antes de su ingreso, no siendo habitual que se pueda acceder a este tipo de datos con la misma facilidad con la que se dispone de otros parámetros analíticos.

6.- En todo caso y pese a la afirmación anterior, en nuestro criterio el hecho de haber conocido que el paciente era VIH positivo nada cambia la orientación diagnóstica y/o terapéutica del paciente a su ingreso en el Hospital Virgen de la Arrixaca.

7.- Desconocemos la situación en relación con la infección por el VIH pero determinados datos clínicos y analíticos sugieren que nos encontramos en una situación muy avanzada de la enfermedad.

8.- Los profesionales intervenientes actuaron conforme a la lex artis ad hoc no existiendo indicios de mala praxis".

SÉPTIMO.- El 27 de abril de 2006 se otorga un nuevo trámite de audiencia a la reclamante, compareciendo en las dependencias del Servicio Murciano de Salud el letrado actuante, al que se le hace entrega del dictamen aportado por la Compañía Z., sin que conste que haya formulado alegaciones.

OCTAVO.- La propuesta de resolución, de 28 de diciembre de 2006, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, al estimar que no existe nexo causal entre el resultado producido y la actuación médica que, en todo momento, fue acorde con la *lex artis*, puesto que la asistencia prestada tanto en el Servicio de Urgencias, como en su ingreso en planta, fue la correcta a la vista de los síntomas que presentaba el paciente, careciendo de trascendencia en este sentido los resultados de la serología practicada, que no hubieran modificado el tratamiento.

NOVENO.- Con fecha 19 de febrero de 2007 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

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 de la Región de Murcia, en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

La reclamante, en su condición de esposa del paciente que recibió la asistencia sanitaria, ostentaría la condición de interesada, a tenor de lo dispuesto por 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 (LPAC), en relación con el 4.1 RRP, si bien ha de dejarse constancia que no se acredita documentalmente dicho parentesco en el expediente, sin que tampoco haya sido cuestionado por el órgano instructor.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en cuanto titular del servicio sanitario a cuyo defectuoso funcionamiento se imputa el daño.

En cuanto al plazo para ejercitar la acción de reclamación, empieza a computarse desde la manifestación del evento lesivo, según establece el artículo 142.5 LPAC, y el paciente falleció a primera hora del día 19 de abril de 2003, habiéndose presentado el escrito de reclamación el 23 de diciembre de igual año, dentro del año legalmente establecido.

A la vista de la documentación remitida, puede afirmarse que, en lo sustancial, se ha seguido lo establecido al respecto en la LPAC, y en el RRP, salvo el plazo máximo para resolver previsto en el artículo 13.3 del precitado Reglamento.

TERCERA.- Actuaciones sanitarias seguidas con el paciente.

A la vista del relato de los hechos que realiza la reclamante para inferir la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, el Consejo Jurídico considera de interés relatar las sucesivas actuaciones sanitarias seguidas con el paciente, comprobadas en la historia clínica, y relatadas en el Informe de la Inspección Médica, que no han sido discutidas por la parte reclamante en los dos trámites de audiencia otorgados, en los que no ha comparecido:

1º. El 28 de marzo de 2003, D. J. A. M. acude a su médico de atención primaria Dr. M. S.

refiere "molestias, pérdida de kilos, decaimiento, crisis de estreñimiento y diarrea". El Dr. M. solicita un análisis de sangre: hemograma y bioquímica con estudio hepático y serologías específicas de hepatitis A, B y C y VIH; realiza una hoja para interconsulta a Medicina Interna (no demorable), y ofrece al paciente la incapacidad temporal, que es rechazada, por lo que le hace el justificante del día anterior (folio 102).

2º. El 31 de marzo de 2003 vuelve a la consulta de atención primaria, presentando agudización en cara (enrojecida) y decaimiento, por lo que el médico le da la baja con fecha de la primera consulta.

3º. El día 4 de abril siguiente acude a consulta, pues ha tenido revisión en psiquiatría, aportando el informe y el tratamiento instaurado. Asimismo el día 7 de abril acude anotándose en la historia: "*se encuentra con los ánimos mejor, se encuentra más animado, y manifiesta que estuvo hablando con la psiquiatra y que se encuentra más animado, se le dice que no tome alcohol*". El 10 de abril siguiente se anota: "*Samet 200. Algidol sobres. No alteración a auscultación cardio-respiratoria. No disnea, no estertores, no sibilancia. Se le dice si ha ido a Medicina Interna y dice que no, irritación de garganta*".

4º. El día 14 de igual mes avisan para visita a domicilio por cuadro febril. A la exploración sólo se objetiva enrojecimiento de garganta, recomendando inicie tratamiento con Pantomicina de 500 mg, Efferalgan y observación. A los dos días, el 16 de abril, avisan de nuevo para que acuda a su domicilio, encontrándose desorientado y con cuadro de debilidad. Sigue con el cuadro febril, a pesar del tratamiento instaurado. Está pendiente del estudio serológico de hepatitis y VIH. El Dr. M. hace informe para consulta de atención especializada y deriva urgente al Hospital Virgen de la Arrixaca (folio 41).

5º. El paciente acude al Hospital Virgen de la Arrixaca al día siguiente (17 de abril, jueves santo), a las 14:17 horas, presentando un exantema generalizado y candidiasis oral, siendo ingresado inmediatamente en Medicina Interna, iniciando tratamiento con antifúngicos vía intravenosa y localmente. Se anota en el ingreso que a primeros de abril el médico de cabecera le practica una serología de virus de la hepatitis y VIH.

Ese mismo día, a las 20 h., la temperatura es de 39°C, por lo que avisan al internista de guardia que vuelve a explorar y valorar al paciente. Solicita hemocultivos y urocultivo y, ante la posibilidad de que la sintomatología sea debida a una toxicodemia por fármacos, suspende el tratamiento psiquiátrico que estaba tomando el paciente.

6º. Al día siguiente vuelve a ser valorado por el mismo médico antes de irse "saliente de guardia". Refleja en la hoja de evolución de la historia clínica: "*Mejor subjetivamente, ha eliminado secreciones respiratorias y esta mañana menos fiebre (37,3°C). No disnea. Ayer 1 deposición diarreica (...) Exploración: exantema menos intenso, generalizado*".

Ese mismo día 18 de abril, a las 12:20 horas, avisan de nuevo al internista de guardia porque ha tenido dos deposiciones diarreicas; tras valoración de la situación y exploración abdominal, ajusta de nuevo el tratamiento con dieta absoluta y aumenta la sueroterapia.

Por la tarde sigue la fiebre de 38,5-39°C, y aunque los familiares lo observan mejor (según anotaciones del registro de enfermería, folio 77), quieren que lo vea un médico, por lo que avisan al internista de guardia, que refleja en la historia: "*19:35 horas. La familia reconoce mejoría*" y en la exploración: ACP: Rítmico a 128 lpm., y roncus bilaterales. Se indica Pro-Efferalgán iv, a la espera de ver la evolución.

7º. A las 23:50 sufre parada cardiorrespiratoria en planta y se inician maniobras de RCP. Se deriva el enfermo a UCI donde se realiza RCP reglada durante 35 minutos, sin conseguir recuperar la actividad hemodinámica.

Finalmente se anota el siguiente juicio clínico en el informe de ingreso y alta del Hospital Virgen de la Arrixaca (folio 65 y ss.):

- Exitus
- Candidiasis oral.
- Fiebre y exantema generalizado.
- Dermatitis seborreica.
- Alcoholismo crónico.
- Hábito tabaquero.
- Infección por VIH.

CUARTA.- Concurrencia de los requisitos que determinan la responsabilidad patrimonial.

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 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.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y ss. LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
- b) Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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 puede esperar de los poderes públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de poner todos los medios posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de medios. La actuación del médico ha de llevarse a cabo 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 (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (SAN, Sección 4^a, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002).

La reclamación se centra básicamente en tres aspectos: una inadecuada asistencia médica en el Hospital Virgen de la Arrixaca, el retraso en la recepción de los resultados de la serología de hepatitis y VIH, y la ausencia de realización de la autopsia.

1º) En relación con la primera de ellas, una inadecuada asistencia médica en el Hospital Virgen de la Arrixaca, las imputaciones de la reclamante no han ido acompañadas de la correspondientes pruebas periciales cuando se reprocha al profesional de la sanidad pública

errores en una actuación sanitaria (Dictamen del Consejo Jurídico núm. 29/2006) y, frente a sus manifestaciones, existen las valoraciones técnicas de la asistencia prestada por parte de la Inspección Médica y otros facultativos de la sanidad pública, además de los peritos de la aseguradora, que concluyen en su adecuación a la "*lex artis*", y que no han sido cuestionadas por la reclamante en los dos trámites de audiencia otorgados, en los que no ha presentado alegaciones.

A este respecto conviene destacar que, pese a coincidir el ingreso con días festivos (jueves y viernes santo), existe constancia en la historia clínica de un seguimiento continuado del paciente durante su hospitalización, como resalta el Jefe de Servicio de Medicina Interna (folio 95):

"La atención dispensada tanto en la Puerta de Urgencias como posteriormente durante su ingreso en planta por el personal médico de guardia, por tratarse de un día festivo, como de enfermería, se ajusta a los cánones de la buena práctica médica. Cada vez que se requirió su presencia en la planta ésta se puso de manifiesto con presencia física, y a las pocas horas de su ingreso, incluso con una detallada historia clínica y exploraciones físicas y complementarias. Además, al acabar su turno reglamentario de guardia, la médico que valoró inicialmente al enfermo pasó a comprobar cómo había evolucionado, sin necesidad de ser requerido para ello".

También conviene destacar la observación que contiene el informe de la Inspección Médica, relativa a que no favoreció el progreso de la enfermedad y el desarrollo de la infección el retraso del paciente en acudir al hospital para la instauración del tratamiento específico, existiendo una tardanza de 24 horas, desde que fue remitido, de forma urgente, por el médico de cabecera.

Sobre la valoración del paciente, y el tratamiento dispensado en el Servicio de Urgencias, que luego se completa en la planta de Medicina Interna, se establece en el informe clínico de ingreso y alta (folio 6) que, ante la presencia de un exantema máculo papuloso generalizado, con afectación de mucosas y fiebres, se planteó la sospecha de toxicodermia producida por fármacos, así como otras posibilidades, como una viriasis o vaculitis en paciente con etilismo crónico y dermatitis seborreica. También los peritos de la aseguradora manifiestan: *"en esta valoración queda establecido que el paciente presenta un cuadro exantemático maculopapular y eritematoso, acompañando de fiebre y que ha aparecido tras la introducción de diversos fármacos en un periodo de unas dos semanas antes de su ingreso. En esas circunstancias y teniendo en cuenta la afectación de palmas y plantas (...) la etiología más probable es la medicantosa. El hecho de que en el momento de ingreso se hubiera conocido que el paciente era VIH positivo no cambia la orientación diagnóstica del caso"*.

2º) En cuanto al retraso en la recepción de los resultados de la serología, y si hubiera variado el tratamiento si se hubiera conocido que el paciente había dado positivo al VIH, tanto el Jefe de Servicio de Medicina Interna, como la Inspección Médica, coinciden en que el tratamiento se habría realizado de idéntica forma en el supuesto de conocer los resultados de los análisis (folios 95 y 133), como detalla la propuesta de resolución, por lo que la actuación sanitaria en relación con la serología que se practicó al paciente, aun cuando se le pudiera achacar de cierto retraso, pese a la opinión de los peritos de la aseguradora que sostienen que el tiempo es el habitual, al tratarse de técnicas de cierto grado de complejidad, no incidió en el tratamiento dispensando al paciente según sostienen los informes médicos obrantes en el expediente.

Por otra parte, dicho parecer no ha sido cuestionado por la parte reclamante, tras los trámites de audiencia otorgados, y previa retirada del informe de los peritos de la aseguradora en el último de ellos, según consta en el expediente.

3º. En cuanto a la falta de realización de la autopsia, la Inspección Médica señala que "la práctica de la autopsia se realiza cuando el médico lo solicita y los familiares del fallecido lo consienten, o existe un interés familiar y el médico responsable de su solicitud considera justificada su realización".

Concluye que la realización de autopsias clínicas es un criterio clínico y no "una posibilidad de realización", y que en todo caso puede ser solicitado por los familiares, hecho que no se produjo en el caso que nos ocupa.

Resulta igualmente de interés reproducir la observación a este respecto de los peritos de la aseguradora:

"Aunque es evidente que hubiera sido interesante desde el punto de vista clínico realizar dicho estudio necrótico, debemos recordar que el fallecimiento se produce el Viernes Santo. En los hospitales en los que trabajamos no se puede realizar estudios necróticos los fines de semana y/o días festivos, lo que suponía tener que mantener el cadáver al menos hasta el lunes en las dependencias del hospital, con el trastorno que una actitud como ésta genera en la familia, que no puede velar ni enterrar a su ser querido hasta 3-4 días después de su fallecimiento, por lo que salvo que existan una necesidad clara de realizar la necropsia, en circunstancias como ésta es habitual que no se realice".

En todo caso, la realización o no de la autopsia no incide en el daño que se alega por la reclamante.

En consecuencia, no existiendo elemento probatorio que acredite que los servicios sanitarios no actuaron conforme al estándar de atención médica exigible a las circunstancias del caso, ha de estarse al parecer de la Inspección Médica, dado el carácter eminentemente técnico de la misma (Dictámenes núms. 133/04 y 56/2005 del Consejo Jurídico), que no aprecia infracción de la *lex artis*, según se transcribe en el Antecedente Quinto, concluyendo que la asistencia prestada se ajustó a la sintomatología y demandas realizadas, sin existir relación de causalidad entre el funcionamiento del sistema público de salud y el fallecimiento del paciente.

A mayor abundamiento la atención médica que el ciudadano puede esperar de los poderes públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, y en el presente supuesto el servicio sanitario puso todos los medios posibles para la curación del paciente en el sentido expuesto por la STS, Sala 3ª, de 16 de marzo de 2005: "*A la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. Esto es así porque lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente (...).*"

Tampoco ha concretado la reclamante la cuantía indemnizatoria reclamada, lo que aboca, igualmente, a la desestimación de su pretensión.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución, al no constar acreditados los requisitos para reconocer la responsabilidad patrimonial de la Administración regional en materia sanitaria.

No obstante, V.E. resolverá.