



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen **53/2014**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 24 de febrero de 2014, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 23 de mayo de 2013 sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **195/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 31 de julio de 2012 (fecha de certificación en la Oficina de Correos), el letrado x, en representación de x, que actúa a su vez en nombre propio y en el de sus dos hijos menores de edad, x, y, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Consejería competente en materia de sanidad.

Describen los hechos del siguiente modo:

1º) El paciente, x, esposo y padre de los reclamantes, en la madrugada del día 6 de septiembre de 2011 mientras se encontraba dormido presentó un cuadro con ronquido intenso (muy fuerte) y un fuerte dolor de cabeza, quedándose con los ojos en blanco y sin poder moverse. Al despertar estaba aturdido y no se acordaba de nada. Objetivado este hecho por su esposa, decidieron acudir al Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Castillo, de Yecla, siendo atendido a las 5.12 horas. Se informó al facultativo de los síntomas que presentaba, ronquido, dolor de cabeza, inconsciencia, confusión, ojos en blanco con imposibilidad de moverse y haciendo lo que neurológicamente se denomina "*la moto*" con los brazos abiertos (crisis epiléptica).

Con este cuadro, lo ingresan en una cama en la puerta de Urgencias con monitorización cardiaca y de tensión arterial. Se le realizan análisis, electrocardiograma y radiografía. Sin más, afirman los reclamantes, el médico informa que todo está bien y lo único que presenta es la tensión arterial alta. En ese momento, y con el diagnóstico principal de HTA crónica descompensada, la reclamante le comunicó a los facultativos su preocupación, porque los síntomas que presentaba su esposo no eran normales, por lo que, tras insistir, horas después (a las 9 horas) le solicitan una TAC, que es realizado a las 10.30 horas con los datos clínicos de probable ACVA isquémico.

Una vez realizada la TAC lo suben a planta quedando a cargo del Servicio de Medicina Interna, y sobre las 15.15 horas presentó un cuadro de similares características al anterior y, además, con una tensión arterial 215/115 y desviación ocluocefálica hacia arriba y rigidez en las extremidades.

En unos segundos supera la crisis y se tranquiliza, pero seguidamente presenta una segunda crisis con parada cardiorrespiratoria. Se inicia reanimación cardiopulmonar, se le intuba por el anestesista, se le efectúan varias descargas eléctricas sin respuesta (se continuó con el masaje cardíaco durante 45 minutos) y a las 15.55 horas se certifica su muerte.

Consideran que la atención sanitaria fue deficiente, incompleta y decisiva, que condujo a realizar un juicio diagnóstico inicial como de probable ACVA isquémico, no realizando los estudios para descartar una patología orgánica como era el inicio brusco del dolor de cabeza, mareos, confusión e inconsciencia. No se aplicaron los protocolos del ictus en la Región de Murcia, no se clasificó el tipo de cefalea y no se realizaron los estudios pertinentes para descartar un proceso neurológico agudo ante los síntomas evidentes que presentaba (cefalea sin antecedentes sumado a la tensión arterial alta). Se sostiene que hubo falta de tratamiento médico porque se le tenía que haber realizado una TAC craneal urgente (en menos de 30 minutos según los protocolos consultados) y no se realizó una adecuada exploración (se le tendría que haber valorado específicamente el fondo del ojo, la presencia de signos meníngeos y la rigidez de la nuca). Tras la realización de la TAC se le tendría que haber derivado de forma urgente al Hospital Virgen de la Arrixaca en el que había neurocirujanos y neuroradiólogos intervencionistas, iniciando el tratamiento adecuado. La cirugía temprana previene el resangrado y permite el tratamiento intensivo de espasmo.

Se concluye que no se actuó con la debida diligencia médica, y de haberse aplicado el tratamiento oportuno se podría haber evitado el fallecimiento del paciente, por lo que en opinión de los reclamantes concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial, por cuanto existe una relación causal directa e inmediata entre la actuación sanitaria (falta de tratamiento, demora diagnóstica, deficiencia asistencial, demora terapéutica y retraso excesivo e imperdonable) y los efectos (fallecimiento del paciente).

Por todo lo expuesto solicitan una indemnización a tanto alzado de 450.000 euros, así como el pago de los intereses correspondientes, proponiendo medios de prueba, concretamente la historia clínica, el protocolo de ictus del Hospital y que se traslade la reclamación a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

Se acompañan los documentos que obran en los folios 20 a 78 del expediente.

SEGUNDO.- El 7 de septiembre de 2012, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución de admisión a trámite, que es notificada a la parte reclamante y a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, a través de la correduría de seguros --.

Al mismo tiempo se solicita la copia de la historia clínica y los informes de los facultativos que atendieron al paciente a la Gerencia de Área de Salud V (Altiplano).

TERCERO.- Desde la Gerencia de Área de Salud V se remitieron copias de la historia clínica de Primaria y

Especializada (folios 94 a 158), del flujograma del "Programa de atención al Ictus en la Región de Murcia 2009-2011" (folio 94), que es el que se sigue en todos los Centros del Servicio Murciano de Salud, e informes de la Jefa de Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Castillo (folio 90), del Dr. x, facultativo que le atendió cuando llegó a Urgencias y que analiza la asistencia que le fue prestada y la sintomatología que presentaba (folios 88 y 89), y de la enfermera que se encontraba también en Urgencias (folio 91).

Con posterioridad, se remitió mediante comunicación interior un cd rom conteniendo las radiografías del paciente (folio 159).

CUARTO.- Con fecha 11 de octubre de 2012 se solicitó informe a la Inspección Médica y se remite copia del expediente a la Compañía Aseguradora --.

QUINTO.- El 21 de noviembre de 2012, x comparece en las dependencias del órgano instructor para retirar copia de parte de la documentación (folios 87 a 160), que incluye todo el historial más los informes evacuados.

SEXTO.- Por la Compañía Aseguradora -- se remite informe médico pericial suscrito por la x, médico especialista en neurología, que concluye:

"- Que x ingresó en el Hospital Virgen del Castillo el 6-9-11 tras haber sufrido en su domicilio una crisis de cefalea intensa, palidez y náuseas, acompañado de movimientos espasmódicos de miembros superiores y, muy probablemente, pérdida de conciencia.

- Que a su ingreso en el centro no mostraba focalidad neurológica alguna, con resto de exploración también normal excepto una hipertensión de 200/103.*
- Que no existían criterios para activar un código ictus.*
- Que se pautó de inmediato tratamiento para la hipertensión y se realizaron pruebas diagnósticas que incluyeron analítica, radiología, ECG, TAC craneal y ecografía de TSA.*
- Que mediante estas pruebas se descartó la existencia de un proceso cerebral agudo (tumor, hemorragia, infarto, etc.), por lo que se procedió al ingreso para completar estudio.*
- Que tras su ingreso el paciente presentó una serie de nuevas crisis, interpretadas como epilépticas, la última de las cuales se acompañó de fibrilación ventricular que no pudo ser revertida pese a las maniobras de reanimación, causando su fallecimiento.*

- Que las actuaciones médicas fueron correctas y adecuadas a la Lex Artis.

- Que se trató de una muerte de causa desconocida para cuya comprensión se solicitó la autopsia.
- Que la familia del paciente se opuso a la única prueba concluyente que podía aclarar el diagnóstico".

SÉPTIMO.- Dado que a fecha 25 de marzo de 2013 no se había recibido el informe de Inspección Médica, y habiendo transcurrido en exceso el plazo de tres meses, existiendo en el expediente suficientes elementos de juicio para adoptar una decisión según expresa el órgano instructor, se continúa con la tramitación del expediente administrativo, de acuerdo con el Protocolo de Agilización del Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por Acuerdo del Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud en su sesión de 27 de mayo de 2011, y con el Dictamen de este Consejo Jurídico núm. 193/2012.

OCTAVO.- Otorgado un trámite de audiencia a las partes interesadas, ninguna de ellas formula alegaciones.

NOVENO.- La propuesta de resolución, de 2 de mayo de 2013, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por no reunir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial, habiéndose valorado la actuación sanitaria como adecuada a la *lex artis* y no estar acreditado el nexo causal.

DÉCIMO.- Con fecha 23 de mayo de 2013 se ha recabado el Dictamen preceptivo de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

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 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC) y 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. La reclamante, en su condición de esposa del paciente fallecido, ostenta la condición de interesada para deducir en su propio nombre y en el de sus hijos menores de edad, la presente reclamación de responsabilidad patrimonial objeto de este Dictamen, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 LPAC, en relación con el artículo 4.1 RRP.

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 LPAC, no puede oponerse objeción al respecto, vista la fecha del fallecimiento del paciente (6 de septiembre de 2011) y la fecha de la presentación de la reclamación (31 de julio de 2012).

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.

Por último, la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez trascurrido en exceso el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión del informe por la Inspección Médica, aparece justificada en la propuesta elevada, basándose para ello en la existencia de elementos suficientes de juicio para adoptar la decisión, conforme a lo señalado en nuestro Dictamen núm. 193/2012.

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 (SSTS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001 y de 23 de marzo de 2011).

III. 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 el presente caso, en ausencia de prueba pericial aportada por la parte reclamante, se cuenta para la valoración de la asistencia prestada con los informes de los profesionales intervinientes y con la pericial de una especialista en neurología aportada por la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

CUARTA.- Relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación.

Se imputa al funcionamiento del servicio público sanitario una deficiente asistencia sanitaria, porque no le realizaron al paciente una adecuada exploración ni los estudios para descartar un proceso neurológico agudo ante los síntomas que presentaba, ni se aplicó el protocolo de ictus en la Región de Murcia, con el consiguiente retraso en la realización de una TAC craneal urgente; tampoco se le derivó de forma urgente al Hospital Virgen de la Arrixaca, que disponía de especialistas para iniciar el tratamiento adecuado, que previene el resangrado y permite el tratamiento intensivo de espasmo.

Sin embargo, no se aporta por la parte reclamante informe alguno que respalde la infracción de la *lex artis* de la actuación sanitaria, ni tan siquiera se formulan alegaciones que cuestionen las consideraciones médicas del informe de la perito de la Compañía Aseguradora, pese a que se le otorgó un trámite de audiencia a su representante para formular alegaciones (folio 176 y 176 bis).

Así pues, la imputación sobre la existencia de relación de causalidad entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público no viene avalada por criterio médico alguno, cuando, como se ha indicado anteriormente, 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 (por todos, Dictamen núm. 97/2013 de este Consejo Jurídico).

Frente al vacío probatorio de la mala *praxis* médica cuyas consecuencias son atribuibles a la parte reclamante, la perito especialista en neurología de la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud destaca los siguientes aspectos de la asistencia sanitaria cuando el paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Castillo:

-La exploración clínica fue completamente normal, incluida la neurológica en la que no se detectó ninguna focalidad. Añade que el único dato patológico fue la tensión arterial (200/103) por lo que se inició de inmediato el tratamiento, consiguiéndose que en 30 minutos se redujera a 163/101. Tras ello se llevaron a cabo diferentes pruebas complementarias, que incluyeron ECG, analítica y TAC craneal. A este respecto señala que *"el que transcurran 3 ó 3 y ½ horas (la TAC se realizó a las 9 horas según el folio 32 del escrito de reclamación) hasta la realización de una TAC en un paciente cuyo único dato clínico es una hipertensión arterial, es perfectamente normal. No había ninguna razón médica que hiciera sospechar un ictus ni ninguna otra patología que precisara un diagnóstico inmediato.*

Para apoyar esta afirmación solo cabe remitirse al resultado de dicha TAC, que no mostraba ninguna patología que requiriera un diagnóstico urgente".

-Destaca que para activar un código ictus deben cumplirse unos requisitos entre los cuales, el más importante sin duda, es la existencia de focalidad neurológica, algo que el paciente no presentó a su ingreso. Se afirma de forma contundente que:

"El paciente había presentado en su domicilio un cuadro que tanto podría corresponder a una crisis convulsiva como a un síncope convulsivo (de origen cardiogénico), todo ello en el contexto de una hipertensión arterial.

En ningún momento, pese a que se considerara inicialmente como una hipótesis diagnóstica (aunque desconocemos la razón, porque no existían criterios para ello), el paciente presentó un cuadro clínico que sugiriera la existencia de un ictus. Es importante repetir que NO existía ninguna focalidad neurológica, dato imprescindible para sospechar un ictus.

Una vez realizada la TAC se constató que no existía ninguna zona de infarto ni hemorrágica; es decir, se constató que no existía ningún ictus. Los cambios descritos en la sustancia blanca "de probable origen isquémico evolucionado" se refieren a cambios de la sustancia blanca de años de evolución (por pequeños infartos lacunares evolucionados); en absoluto describen una evolución de horas o de días y no guardaban relación alguna con la situación actual".

-Respecto a la aseveración del escrito de reclamación de que la TAC mostraba un signo de la arteria cerebral media hiperdensa o "signo de la cuerda", lo que indicaba que existía una trombosis de la arteria cerebral media contesta la perito lo siguiente:

"No es posible imaginar en que se basa semejante afirmación ya que el informe de la TAC no lo menciona en absoluto, ni existía ningún criterio clínico para suponerlo.

Como explicamos anteriormente, la trombosis de la arteria cerebral media da lugar a un cuadro neurológico grave y con clínica florida que el paciente en absoluto presentaba".

Concluye finalmente:

"Lo cierto es que el paciente ingresó tras haber sufrido una crisis de causa desconocida (epiléptica, hipertensiva, cardiogénica...) acompañada de una hipertensión arterial, y que tras su ingreso, además de tratar dicha hipertensión, se llevaron a cabo todas las pruebas diagnósticas disponibles (analítica, radiografías, TAC craneal, ecografía de TSA) que no mostraron patología aguda (no tumor, no hemorragia, no ictus). Tras haber descartado dicha patología aguda, lo que procedía era ingresar al paciente y completar el estudio que permitiera conocer la causa de dicha crisis.

Estas actuaciones médicas deben considerarse correctas y adecuadas; en aquel momento no había ningún dato que hiciera pensar en una patología aguda que pudiera requerir otro tipo de pruebas diagnósticas urgentes.

Poco después de ingresar en planta presentó una nueva crisis que se interpretó como epiléptica, aunque el hecho de coexistir con unas cifras elevadas de tensión arterial obligó igualmente a tratar ésta. La exploración neurológica NO mostró ninguna focalidad tampoco en esta ocasión. Se repitió el ECG (sin cambios) y se mantuvo monitorización. De forma prácticamente inmediata el paciente presentó una nueva crisis que pareció ceder con medicación, pero que se siguió de otra que se acompañó de pupilas midriáticas y arreactivas (por lo que se inició reanimación) y de una fibrilación ventricular que produjo el fallecimiento pese a la reanimación cardiopulmonar.

La causa de la muerte era por tanto desconocida, razón por la cual se solicitó la realización de una autopsia que fue rechazada por la familia del paciente y que hubiera sido la única prueba concluyente".

En suma, no puede considerarse acreditada la existencia de infracción a la "*lex artis ad hoc*" y, por tanto, no concurre la adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, requisito legalmente imprescindible para declarar la responsabilidad patrimonial administrativa, ni concurre la antijuridicidad del daño (artículo 141.1 LPAC). Tampoco se ha motivado la cuantía del daño reclamado, que se limita a una cantidad a tanto alzado, lo que también aboca a la desestimación de la reclamación.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no haberse acreditado los requisitos necesarios para el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

No obstante, V.E. resolverá.

