



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen 101/2014

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 14 de abril 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 Excmra. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 27 de agosto de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 297/13), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 1 de junio de 2012 (registro de entrada), x, abogado de la Asociación El Defensor del Paciente, en nombre y representación de x, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud por el fallecimiento de x, al considerar que fue consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria dispensada por el Servicio de Urgencias del Servicio Murciano de Salud.

La reclamación se fundamenta en los siguientes hechos según se describe:

El 19 de noviembre de 2012, x, de 43 años, con antecedentes de insuficiencia renal y diabetes, comenzó a presentar síntomas febriles y vómitos con dificultad en la movilidad de sus miembros, llegando a sufrir desmayos, motivo por el cual se dio aviso al Servicio de Urgencias 112.

A la llegada de la ambulancia al domicilio, a las 23,30 horas, por el reclamante se informó del cuadro que presentaba su progenitora, así como de los antecedentes de diabetes e insuficiencia renal, haciéndose constar por el médico interviniendo en la hoja de asistencia lo siguiente: "*Fiebre hasta 39º C desde hace 2-3 días, odinofagia. Tos seca ocasional...Probable viriasis...TA 160/100. SAT O2 95. FC 120. Glucemia: 256. Primperán más Nolotil... Paracetamol, Suero hiposódico... Si empeora, traslado al hospital*". Se sostiene por el reclamante que "*todo ello, a pesar de que la madre del reclamante no podía ni moverse lo más mínimo para ingerir la medicación*".

Al empeorar la paciente, se da nuevo aviso al 112 a las 2,20 horas del día 20 de noviembre de 2011, solicitándose en otra llamada telefónica producida siete minutos después que, en atención a la gravedad de su estado, acudiera para su asistencia una UCI móvil.

Expone el reclamante que "*llegaron entonces dos ambulancias: una medicalizada y otra no. Los médicos de la primera le dijeron al hijo que se trataba de un ataque de ansiedad, e incluso reprocharon a la paciente que no se pudiese mover, diciéndole que era cuentitis, todo ello a pesar de los síntomas de extrema gravedad*".

Según el reclamante, finalmente se decidió el traslado de la paciente en ambulancia no medicalizada al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), al que llegó consciente, siendo ingresada en el Servicio de Urgencias, en el que entró en parada cardiorrespiratoria y murió. En la autopsia practicada a la fallecida, que se aporta con la reclamación, se establece como causa de la muerte la insuficiencia renal crónica más diabetes.

Considera el reclamante que ha existido un funcionamiento anormal del servicio público porque el daño fue previsible y evitable y además antijurídico por defectuosa asistencia sanitaria, concluyendo que:

"-Respecto de la asistencia de urgencias del día 19, ya la paciente debía haber sido derivada al HUVA, dadas sus constantes y antecedentes de IRC y diabetes, sumada a un proceso infeccioso (diagnosticado) por el que llevaba varios días de fiebre alta.

-Respecto de la segunda asistencia, transcurren 33 minutos desde que se llama a Urgencias hasta que se persona la ambulancia.

-A pesar de la gravedad y antecedentes, y de disponer de una UCI móvil in situ, los facultativos disponen el traslado en ambulancia no medicalizada.

-Todo lo anterior provocó que una paciente que desde el primer momento (23,30 horas del 19/11/2011) requería asistencia médica de urgencias para evitar su muerte, no la recibió hasta cuatro horas después (3,24 horas del 20/11/2011), ya con parada cardiorrespiratoria y cuando no se pudo evitar su muerte".

Se solicita una indemnización por el daño moral, que se cuantifica en la cantidad de 120.000 euros a tanto alzado, debiendo ser actualizada a la fecha de su cobro bien por aplicación del artículo 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC en lo sucesivo) o del artículo 20 de la Ley del Contrato del Seguro en el supuesto de que el Servicio Murciano de Salud tenga asegurada la indemnización del daño.

Por último, se propone la prueba documental que detalla en el folio 4 y suscriben el escrito de reclamación tanto el reclamante como su representante legal.

SEGUNDO.- Con fecha 11 de junio de 2012, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución de admisión a trámite, que se notificó a las partes interesadas en el procedimiento.

TERCERO.- Asimismo por oficio del órgano instructor de 11 de junio de 2012, se solicitó a la Gerencia de Área I (HUVA) copia de la historia clínica de x, e informes de los facultativos que la atendieron relativos a los hechos objeto de la reclamación. Del mismo modo se solicitó la citada documentación a la Gerencia de Emergencias 061, junto con el registro sonoro de las llamadas de urgencias al 061 y 112 correspondiente a los días 19 y 20 de noviembre de 2011.

Dichos requerimientos fueron cumplimentados por la Gerencia de Emergencias 061, que remitió con fecha 26 de junio de 2012 la documentación solicitada (folios 43 a 50 bis); y posteriormente por el Director Gerente del HUVA, con fecha 17 de julio de 2012, se envió la historia clínica de la paciente, e informes del facultativo del Servicio de Urgencias (folios 51 a 61).

De la documentación aportada se destacan los siguientes informes:

1. El evacuado por los facultativos de la UME Alcantarilla, firmado por el Dr. x, y la enfermera x (folios 44 y 45), que expresan:

"Avisan por paciente de 43 años con posible dificultad respiratoria.

A nuestra llegada, en 8 minutos desde que nos pasa el aviso el centro Coordinador, según registro de historia clínica, me comentan en el domicilio que la señora es una persona con síndrome ansioso-depresivo, sin otros antecedentes médicos personales y que "debe tener otra crisis de-nervios", como le viene ocurriendo desde hace unos meses, que ha sido vista por un compañero médico hace unas horas, indicando que si no cedía el cuadro, fuese trasladada al hospital.

La paciente, a nuestra llegada, se encontraba acostada en un sofá (postura incompatible con cuadro de disnea), procedimos a monitorizarla y se sentó para una correcta exploración y adecuado interrogatorio. De forma habitual, el técnico-celador de nuestro equipo procede a indicar a los vecinos que abandonen la habitación, quedándose uno o dos familiares, con la intención de realizar una exploración física de la forma más respetuosa para la paciente y siempre con una persona allegada presente.

La paciente me comenta que se encuentra decaída y nerviosa, sin dolores ni otra sintomatología clara. En la exploración, como así queda reflejada en la Historia Clínica presenta una auscultación cardiaca y pulmonar

normales, sin arritmias ni ruidos patológicos, eupneica con una frecuencia respiratoria de 15 respiraciones por minuto (normal y adecuada a su edad), con cifras de oxígeno en sangre normales (98 %), según pulsioximetría. Pulsos normales. Abdomen y exploración neurológica sin alteraciones con pupilas isocóricas y normorreactivas. En cuanto a las constantes vitales clínicas, también registradas y anotadas, se aprecia una frecuencia cardíaca de 80 latido por minuto (normal), puntuación en la escala de Glasgow de 15 (normal, repetida, en varias ocasiones) y tensión arterial de 99/50 (normal para su edad), todo según registro de Historia Clínica.

Dado que se aprecia que presentaba discreto aumento de temperatura corporal (38,0°) y una glucemia de 310 mg/dl junto al cuadro subjetivo de sensación de decaimiento, no objetivable, decido su traslado a hospital para su diagnóstico.

Según el cuadro que presentaba en domicilio, con constantes vitales dentro de rangos normales, salvo t^a 38,0°C y glucemia de 310 mg/dl, exploración física normal, y que con esos parámetros, sin signo ni síntoma alguno de gravedad, como puede apreciarse en la Historia Clínica, no era esperable, previsible ni sospechable su fallecimiento, ni tan siquiera la gravedad, decidiendo su traslado más adecuado a hospital en ambulancia (sin demora alguna, ya que ésta se encontraba en el domicilio), de acuerdo con médico anterior de urgencias y el del centro coordinador, no en su vehículo, quedando de esta forma operativo para una nueva asistencia sanitaria. La paciente fue asistida en unos 8 minutos desde que nos pasaron el aviso y derivada a hospital en unos 10 minutos desde nuestra llegada.

Así mismo, según Protocolo de Traslado Sanitario que posee este Servicio de Emergencias Sanitarias de la Región de Murcia, utilizado igualmente en todo el territorio nacional, sistema de valoración de pacientes para el transporte sanitario, escala Moreno Millán et, que adjunto, la paciente, según los datos objetivos apreciables en la Historia Clínica, poseía una puntuación de 0, con lo que en ningún caso debería haber sido trasladada en ambulancia medicalizada, sino en vehículo no medicalizado, como así se hizo.

Por tanto, consideramos que, ni habiendo datos objetivos de gravedad, ni disponiendo en ese momento de otro antecedente personal que síndrome ansioso depresivo, pues era desconocedor de otros, como de esa forma quedó registrado en la Historia Clínica y según Protocolos aceptados mundialmente el traslado, aunque indicado, no era preceptivo de realizarse en ambulancia medicalizada".

En relación a dicho informe, por el letrado que actúa en representación del reclamante se presentó escrito (folio 65), mediante el que solicitaba que "se requiera al médico de la UME Dr. x, que complete su informe que obra a los folios 44 y ss. en el sentido de aclarar si de haber conocido al recibir el aviso los antecedentes de diabetes, insuficiencia renal, amoratamiento, dificultad respiratoria, paralización del cuerpo, etc. de la paciente hubiera barajado otro diagnóstico diferencial y hubiera dispuesto el traslado en la UME de la enferma al HUVA". Dicha solicitud fue denegada por innecesaria (folios 66 y 67), al considerar el órgano instructor que "Los síntomas descritos por el reclamante en su petición de informe aclaratorio no se corresponden con el contenido del Informe, de fecha 25 de junio de 2011, emitido por el médico x (Folio 44), cuya decisión de derivación de la paciente en ambulancia al Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca se fundamenta, como relata dicho facultativo, en la anamnesis y exploración física que realizó a la paciente en su domicilio, de forma presencial según consta en la historia clínica".

2. El informe emitido por la Dra. x, médico del SUAP-3, de 9 de julio de 2012, que señala:

"El día 19 de noviembre de 2011, asistí en su domicilio a la paciente (...), de 43 años de edad. Los datos de dicha asistencia médica son los siguientes:

ENFERMEDAD ACTUAL.

A nuestra llegada, la paciente refirió presentar fiebre hasta 39°, de 2 o 3 días de evolución, odinofagia, tos seca ocasional y diarrea acuosa.

ANTECEDENTES PERSONALES.

Según referían los familiares, la paciente era alérgica a la penicilina y tenía insuficiencia renal y diabetes. Se les requirió algún informe médico de alta hospitalaria o de revisiones en nefrología, que no presentaron. Los familiares aportaron como prueba complementaria una analítica de hace unos años (2007??) en la que la creatinina era de

1,7 mgr/dl y el afloramiento de creatinina se situaba entre 40-60 ml/min.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

La enferma presentaba una tensión arterial de 160/100 mmHg, una saturación de oxígeno de 95 %, una glucemia de 256 mgr/dl y una frecuencia cardíaca de 120 lpm. Durante toda nuestra estancia, la paciente tenía buen estado general, sin sensación de enfermedad grave ni signos de deshidratación.

La exploración cardiopulmonar y abdominal era normal. Únicamente se observó una faringe levemente hiperémica.

JUICIO CLÍNICO.

Probable viriasis, síndrome gripal.

TRATAMIENTO.

En su domicilio se le aplicó por vía intramuscular una ampolla de Primperan 10 mgr/2 ml y media ampolla de Nolotil 2 gr/5 ml.

Como tratamiento domiciliario se le pautó hidratación con Sueroral Hiposódico, paracetamol 1 gr. 1 comprimido cada 8 horas y 1 comprimido de primperam 10 mgr. cada 12 horas.

Finalmente, se les indicó a los familiares que debía de permanecer en observación domiciliaria, y que si empeoraba la trasladaran, dejándoles una copia de la asistencia".

3. El informe del Dr. x, Jefe de Sección de Urgencias General, de 9 de julio de 2012, sobre la atención prestada en el HUVA (folio 52):

"A la paciente x con historia clínica en HUVA nº 802144, la recibí traída rápidamente por mis celadores desde la ambulancia que la trajo en una camilla, pasando a la Hemodinámica de las camas urgencias HUVA, en torno a las 3,55 horas del 20-11-2011, cianótica, inconsciente, en parada respiratoria y con actividad cardíaca eléctrica sin pulso. Iniciamos maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada; en los primeros instantes su ritmo cardíaco pasó a asistolia: tras 45 minutos de reanimación no hubo respuesta alguna a dichas maniobras.

Su exitus lo comunique al médico forense pues no tenía un diagnóstico de su causa de defunción".

CUARTO.- Con fecha 18 de septiembre de 2012 (registro de salida) fue solicitado informe a la Inspección Médica sobre la reclamación objeto del presente procedimiento, que tras valorar la documentación contenida en el expediente, formuló el correspondiente informe (folios 68 a 73), de fecha 14 de enero de 2013, en el que se contienen las siguientes conclusiones:

"1. Paciente de 44 años de edad y antecedentes personales de insuficiencia renal y diabetes sin constatar, que demanda asistencia sanitaria al 061 por fiebre, odinofagia, tos seca y diarrea.

2. Evaluada por SUAP no presenta signos clínicos en ese momento de patología de gravedad.

3. Tres horas después por empeoramiento se solicitó ambulancia para traslado al hospital, la paciente no mostraba signos ni síntomas clínicos específicos y tenía las constantes vitales dentro de la normalidad.

4. El traslado se realizó en ambulancia convencional siguiendo el protocolo establecido en la CARM para determinación del tipo de transporte; la paciente durante el traslado mantuvo el mismo estado de decaimiento acompañado de dificultad respiratoria.

5. A su llegada al hospital la paciente presentó hipotensión extrema seguida de parada cardíaca que no

pudo restituirse pese a las maniobras de reanimación.

6. El resultado de la autopsia indica como causa fundamental de la muerte la insuficiencia renal y la diabetes aunque no establece claramente la causa última de la muerte.

7. Se puede concluir que se trató de una muerte imprevisible de causa no establecida, que no puede adjudicarse a una incorrecta asistencia sanitaria".

QUINTO.- Por la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud, x, se aportó dictamen pericial (folios 82 a 86), de fecha 15 de octubre de 2012, sobre el contenido de la reclamación, en el que tras relatar el objeto de la misma y formular las oportunas consideraciones médicas, se expresan las siguientes conclusiones:

"-Que x solicitó asistencia domiciliaria el 19 de noviembre de 2011 a las 23:30 horas por fiebre, odinofagia, tos seca y diarrea.

- Que el estado general y la exploración física realizadas resultaron normales excepto una hiperemia faríngea, ligera hipertensión, taquicardia e hiperglucemia, con saturación de O₂ también normal.
- Que no existen signos clínicos que hicieran sospechar, en dicho momento, patología alguna de importancia.
- Que se recomendó observación y traslado al hospital en caso de empeoramiento del estado general.
- Que alrededor de tres horas después se produjo un empeoramiento por lo que se solicitó una ambulancia para el traslado al hospital.
- Que en este caso la paciente se manifestaba decaída y nerviosa sin signos ni síntomas clínicos específicos y con constantes dentro de los parámetros normales, motivo por el que el traslado se realizó en ambulancia convencional siguiendo el protocolo establecido y la escala de valoración para transporte secundario.
- Que durante el traslado se mantuvo el mismo estado de decaimiento acompañado de dificultad respiratoria.
- Que a su llegada al centro Hospitalario la paciente presentó hipotensión extrema seguida de una parada cardíaca que no pudo revertirse pese a las maniobras de reanimación.
- Que se realizó autopsia forense que, aunque tomando como causa fundamental de la muerte la diabetes y la insuficiencia renal, no establecía claramente la causa última que la había precipitado.
- Que se trató de una muerte inesperada que no pudo preverse ni en la primera ni tan siquiera en la segunda visita.
- Que dado que la propia autopsia no pudo establecer claramente la causa de la muerte no es posible que en ese espacio de tiempo se hubiera podido alcanzar ni un diagnóstico ni un tratamiento eficaz.

- Que no existe relación causal entre el fallecimiento y una actuación sanitaria inadecuada".

SEXTO.- Con fecha 22 de marzo de 2012 fue otorgado trámite de audiencia a las partes en el procedimiento (folios 88 a 91), a efectos de que formularan las alegaciones y presentaran los documentos que estimaran convenientes en el plazo de 10 días desde su notificación. Dentro del indicado plazo, se presenta escrito el 11 de abril de 2013 por el letrado que representa al reclamante (folio 97), solicitando que se suspenda el trámite de audiencia porque el expediente está incompleto, debiéndose aportar documentos fundamentales, tales como los electros realizados por el equipo de la UME de Alcantarilla y por el equipo de Urgencias del HUVA. Dichos documentos fueron solicitados por el órgano instructor según los folios 98 a 107.

SÉPTIMO.- Consta en el expediente que el reclamante interpuso recurso contencioso administrativo ante el Juzgado de lo Contencioso Administrativo núm. 8 de Murcia (Procedimiento Ordinario 8/2013) frente a la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial (folios 74 a 81), y que se remitió a dicho Juzgado el expediente original y se instó el emplazamiento a los interesados.

En el curso de dicho procedimiento, por el Juzgado Contencioso Administrativo núm. 8, mediante oficio de 5 de abril de 2013 (folio 92), fue requerida al Servicio de Murciano de Salud, a instancia del recurrente, la documentación consistente en "*Electro realizado por el equipo de la UME de Alcantarilla; y electro y análisis de la paciente realizado por el equipo de urgencias del HUVA*", siendo cumplimentado el mismo con la remisión de la documentación correspondiente en fecha 6 de mayo siguiente.

OCTAVO.- Mediante sendos oficios de 20 de mayo de 2013 se otorgaron trámites de audiencia a las partes interesadas, al obrar en el expediente nueva documentación, sin que se hiciera uso de ese derecho en el plazo de 10 días concedido al efecto.

NOVENO.- Por Auto del Juzgado de lo Contencioso Administrativo núm. 8 de Murcia, 24 de junio de 2013, se acuerda tener por desistido al recurrente, declarando la terminación del recurso contencioso administrativo frente a la desestimación presunta (PO 8/2013) , al que no se oponen las partes.

DÉCIMO.- La propuesta de resolución, de 26 de julio de 2012, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

UNDÉCIMO.- Con fecha 27 de agosto de 2013 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 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 artículo 142.3 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. El reclamante, en su condición de hijo de la paciente fallecida según el certificado de nacimiento obrante en el folio 12, ostenta la condición de interesado para ejercitar la acción de reclamación conforme a lo dispuesto en los artículos 139.1, en relación con el 31, ambos LPAC.

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

Asimismo, la STS, Sala 3^a, 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 1^a, de 24 de mayo de 1999, entiende que "*los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida*".

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

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis 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 intervenientes, 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 entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación.

El reclamante imputa un incumplimiento de la *lex artis* a la actuación de los servicios sanitarios de urgencias, que atendieron a su progenitora en su domicilio, porque en la primera asistencia del día 19 debía haber sido derivada al HUVA y en la segunda transcurrieron 33 minutos desde que se avisa hasta que llega la ambulancia. También sostiene que a pesar de la gravedad de la paciente y de que disponían de una UCI móvil *in situ*, se opta por trasladarla en una ambulancia no medicalizada. Concluye que hubo un retraso en la asistencia médica para evitar su muerte, que fue recibida por la paciente 4 horas después ya con parada cardiorrespiratoria, cuando no se pudo evitar.

Sin embargo, la parte reclamante no aporta informe alguno que respalde sus imputaciones de mala *praxis* médica en la asistencia recibida y, en cambio, los informes realizados por la Inspección Médica y por la perito de la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud analizan el proceso asistencial seguido, y consideran que no se incurrió en mala *praxis* sanitaria a la vista de sus consideraciones que son reproducidas por la propuesta elevada. La falta de prueba de la inadecuada asistencia la resume el siguiente párrafo del informe de la Inspección

Médica (folio 72):

"El retraso que fija el reclamante no concuerda con la realidad, ya que ni en la primera ni en la segunda consulta presentaba la paciente sintomatología ni signos clínicos para una evacuación urgente al no presentar datos clínicos sugestivos de gravedad. Podemos concluir que se trató de una muerte imprevisible de causa no establecida, que no puede adjudicarse a una incorrecta asistencia sanitaria".

En cuanto al traslado en ambulancia convencional también la Inspección Médica sostiene que se siguió el protocolo establecido en la Comunidad Autónoma para determinar el tipo de transporte (conclusión 4, folio 73).

Probablemente a la vista de tales informes, el reclamante no presentó escrito de alegaciones sobre las cuestiones de fondo y desistió del recurso contencioso administrativo interpuesto en su día contra la desestimación presunta de su reclamación.

Ello implica que no pueda 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. En consecuencia, no procede reconocer la responsabilidad patrimonial pretendida.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No se ha acreditado la existencia de la adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización, que es jurídicamente necesaria para generar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, por las razones expresadas en la Consideración 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.