



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 141/2014

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 19 de mayo 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 7 de octubre de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 349/13), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 20 de diciembre de 2012, x presenta reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que dice haber sufrido como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del Servicio Murciano de Salud (SMS).

Relata la reclamante que el día 21 de diciembre de 2012 (sic, debería decir 2011) acudió al Centro de Salud de Molina de Segura con una tos muy fuerte, recetándole su médico de cabecera, sin ninguna exploración previa, un medicamento denominado "StopCold", que es un antihistamínico incompatible con varias de las enfermedades que padece (hipertensión arterial, diabetes, DLP, arritmia, esquizofrenia paranoide, encefalopatía vascular, ictus, demencia mixta vascular y degenerativa, así como hipotiroidismo).

El 24 de diciembre, ante el empeoramiento de la tos que le produce un fuerte dolor abdominal, acude a Urgencias del Hospital "Morales Meseguer", donde se le diagnostica de neumonía y hematoma de pared abdominal, motivo por el que permanece ingresada hasta el 30 de diciembre.

Debido al hematoma tuvieron que retirarle el Sintrom que tomaba de manera crónica y, a consecuencia de ello, comienza a notar dolor en la pierna y pie derechos. Acude al indicado Hospital el 2 de febrero de 2012 dándole el alta al día siguiente, para volver a ser ingresada el día 9 por empeoramiento de la pierna, que le impide caminar, situación que persiste a la fecha de presentar la reclamación.

La actora considera que su médico de atención primaria cometió un error al no diagnosticar la neumonía que padecía, recetándole un medicamento contraindicado con sus patologías de base y que conocía, pues la trataba desde hacía años. Al no mejorar la tos, se le produjo un hematoma abdominal que obligó a retirarle el Sintrom, lo

que ocasionó un problema de circulación sanguínea en las piernas, que ha dado lugar a que se encuentre en silla de ruedas.

Comoquiera que aún no se ha recuperado, afirma no poder establecer el montante económico de la indemnización que le corresponde, por lo que solicita ser valorada por un médico a tal efecto.

Junto con su reclamación acompaña diversa documentación médica y la relación de los medicamentos recetados entre diciembre de 2011 y marzo de 2012.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por resolución del Director Gerente del SMS de 15 de enero de 2013, se ordena su instrucción al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a comunicar a la actora la información prescrita por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Asimismo, comunica la reclamación a la Dirección General de Asistencia sanitaria, a la Dirección de los Servicios Jurídicos y a la aseguradora del SMS, al tiempo que recaba de la Dirección Gerencia del Área de Salud VI-Vega Media del Segura, copia de la historia clínica de la paciente, correspondiente a la atención dispensada en el centro de salud y en el Hospital "Morales Meseguer", así como informe de los facultativos que la asistieron.

TERCERO.- Remitida la documentación solicitada, se evacuan los siguientes informes:

- El del médico de atención primaria a quien la reclamante imputa el error de diagnóstico, que es del siguiente tenor literal:

"La paciente x, de 81 años de edad, y DNI..., fue atendida en mi consulta el día 21 de diciembre de 2011 por un cuadro de tos y rinorrea acuosa (sin fiebre ni otra sintomatología). Al tratarse de un cuadro presumiblemente leve y autolimitado, y en el contexto de una paciente polimedicada (diabetes, HTA, etc.), le prescribí tratamiento con Stop Cold en pauta corta. Como suelo indicar a los pacientes, le dije que volviese en caso de no mejoría".

- El de la especialista en Medicina Interna que la atendió en el Hospital "Morales Meseguer" y firmó el alta hospitalaria, que se expresa en los siguientes términos:

"Paciente valorada por primera vez en planta de hospitalización de Medicina Interna, el pasado día 25 de Diciembre del año 2011.

Dicho ingreso estuvo motivado por una neumonía retrocardiaca y un hematoma de la vaina de los músculos rectos abdominales.

La paciente tenía los siguientes antecedentes personales:

1. Alergia a penicilina.
2. Hipertensión arterial.
3. Diabetes mellitus tipo 2.
4. Dislipemia.
5. Fibrilación auricular crónica anticoagulada con acenocumarol
6. Accidente cerebrovascular hacia 8 años.
7. Hipotiroidismo
8. Polivalvulopatía cardíaca: Estenosis aórtica moderada severa.
9. Insuficiencia aórtica moderada e insuficiencia tricuspídea moderada- severa con hipertensión pulmonar ligera.
10. Esquizofrenia paranoide en seguimiento en el Centro de Salud Mental de Molina.
11. Demencia mixta degenerativa y vascular.
12. Intervención previa de un adenocarcinoma de endometrio.

Situación basal: Se trataba de una paciente dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria, con un deterioro cognitivo moderado-severo, consciente pero desorientada en espacio y tiempo, con un nivel de atención francamente disminuido, no colaboradora pero sin déficit neurológico focal.

Tratamiento con el cual ingresó en esta fecha: Somazina 1000 mg/diA, Emconcor Cor 5 mg/diA, DiAnnben 850 mg / 12 horas, Seroquel 100 mg por la noche, Higrotona 50 mg/día, Atacand 16 mg/día y Sintrom según calendario de Hematología.

En cuanto a la enfermedad actual, referida en todo momento por su hija puesto que la paciente apenas era capaz de comunicarse (respondía únicamente con monosílabos y no siempre que era interrogada): refería su hija tos de unos 5 días de evolución, que en los dos días previos a su ingreso se había acompañado de dolor abdominal en hipogastrio.

A su ingreso se detecta una neumonía retrocardíaca y un hematoma de la vaina de los rectos abdominales, junto con un INR de 12'06. Por este motivo, se suspende anticoagulación durante su ingreso, siendo dada de alta 5 días después con tratamiento antiagregante hasta revisión ambulatoria.

Comentarios:

- En ningún caso, la aparición de dicho hematoma estaría relacionada con la administración los días previos de una medicación indicada como antitusígena, ya que sería la propia tos junto con la sobredosificación de acenocumarol los que podrían haber precipitado la aparición del hematoma, que, por otra parte, en gran parte de los casos se puede presentar de forma espontánea en pacientes anticoagulados o que reciben heparina de bajo peso molecular, incluso a dosis profilácticas.

- La administración de fármacos como "Stop-Cold", que contienen cetirizina y pseudoefedrina, no está contraindicada en pacientes anticoagulados, aunque, como el resto de todos los fármacos del mercado, debe tenerse precaución en su administración en este tipo de pacientes. Es más, cualquier fármaco antitusivo que se hubiera administrado a esta paciente habría ayudado a disminuir la cuantía del hematoma. De hecho, durante su hospitalización, la paciente recibió codeína para evitar en lo posible la tos que empeorara el sangrado.

- En ningún caso se debe continuar la administración de fármacos anticoagulantes ante la presencia de un sangrado activo de tal envergadura como ante el que nos encontramos.

Evolución posterior: Es citada para revisión en consultas externas de MI previa realización de ecografía abdominal con motivo de valorar reinicio de acenocumarol según evolución del hematoma.

- No llega a realizarse dicha consulta, ya que la paciente ingresa el día 2/2/2012 por astenia, siendo diagnosticada de nuevo de bronconeumonía.

En dicho ingreso se descartan tanto la existencia de trombosis venosa profunda de miembros inferiores como la trombosis pulmonar, y se realiza una ecografía evolutiva del hematoma abdominal, que demuestra que todavía está presente, no pudiéndose por este motivo reiniciar tratamiento anticoagulante.

Durante dicho ingreso, su hija detecta frialdad en la pierna y el pie derechos, no detectándose entonces signos de isquemia aguda, aunque sí ausencia de pulsos distales en relación con posible isquemia arterial crónica, por dicho motivo es dada de alta manteniendo su tratamiento antiagregante y tras explicar a sus familiares la imposibilidad de reiniciar anticoagulación por presencia de hematoma residual y peligro de sangrado.

En dicho ingreso es dada de alta pendiente de nueva reevaluación ambulatoria, y ya se apunta a valorar el reinicio de tratamiento anticoagulante según el estado mental de la paciente. Dado que su hija refería dolor lumbar, se realiza Rx de columna lumbar, con fractura severa, de L1.

- Ingresa de nuevo el día 9/2/2012 por frialdad y dolor en el pie derecho, siendo remitida a Cirugía Cardiovascular de la Arrixaca, que indica tratamiento conservador con heparina de bajo peso molecular, pentoxifilina y ácido acetilsalicílico.

Se recomienda reinicio de anticoagulación oral, el cual es rechazado por la familia (su hija), dado el antecedente reciente de hematoma abdominal.

Antes del alta, el día 27/2/2012, se realiza una ecografía abdominal, y tras mostrar la misma una buena evolución del hematoma es dada de alta, de nuevo anticoagulada con acenocumarol".

CUARTO.- Solicitado, el 12 de abril de 2013, informe a la Subdirección de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria (Inspección Médica), no consta que haya llegado a evacuarse.

QUINTO.- Por la aseguradora del SMS se une al procedimiento informe médico-pericial que alcanza las siguientes conclusiones:

"- Que x, afecta de hipertensión arterial diabetes mellitus tipo II, dislipemia, arritmia cardiaca con fibrilación auricular en tratamiento con Sintrom desde hace 8 años, ACVA 8 años antes, esquizofrenia paranoide, encefalopatía vascular, demencia mixta e hipotiroidismo, acudió a urgencias el 4-12-11 (sic) por dolor abdominal.

- Que en el último mes se había tenido que modificar en varias ocasiones la pauta anticoagulante.

- Que desde cinco días antes presentaba tos para la cual se le había recetado un antitusígeno.

- Que en la analítica se detectó un INR de 12 y se diagnosticó un hematoma abdominal.

- Que se suspendió el Sintrom y se trató la anticoagulación hasta cifras normales.

- Que posteriormente precisó ingreso por deterioro del estado general, apreciándose ausencia de pulsos en extremidades inferiores aunque sin signos tróficos ni de TVP y diagnosticándose una isquemia arterial crónica.

- Que el 9-2-12 la paciente ingresó nuevamente por dolor y frialdad en pie derecho, siendo diagnosticada de isquemia arterial subaguda.

- Que el origen del problema es la variabilidad en la respuesta de la paciente a las dosis de Sintrom, que provocó una elevación excesiva del INR y un estado de riesgo de hemorragia.

- Que por otra parte, la paciente presenta una arteriopatía crónica secundaria a su pluripatología que continuará

progresando independientemente del tratamiento con Sintrom".

SEXTO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados, comparece la reclamante acompañada de su hija, a quien otorga su representación, ratificándose en la solicitud formulada en su día.

SÉPTIMO.- Con fecha 20 de septiembre de 2013, se elabora propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar el órgano instructor que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, pues no se ha acreditado actuación contraria a la *lex artis* que pudiera situar la causa de las dolencias de la paciente en el error de diagnóstico alegado o en la inadecuada prescripción del antitusígeno.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 7 de octubre de 2013.

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 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 las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante, en su condición de paciente que sufre el daño alegado, ostenta la condición de interesada para deducir la 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 de estabilización de las lesiones alegadas, que coincidiría con el alta hospitalaria de 27 de febrero de 2012, toda vez que las actuaciones médicas posteriores no varían el cuadro secuelar de la paciente. En consecuencia, la presentación de la reclamación el 20 de diciembre de ese mismo año ha de considerarse temporánea.

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 transcurrido 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 3^a, 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 intervenientes y con la pericial médica aportada por la 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 en su centro de salud no se diagnosticó a la paciente, de 81 años de edad, la neumonía que padecía y se le pautó tratamiento con un antitusígeno que estaba contraindicado por las múltiples patologías que la afectaban. A consecuencia de ello, la tos empeoró, provocándole un hematoma abdominal que determinó la supresión de la anticoagulación oral que tomaba (Sintrom), lo que a su vez le produjo un problema cardiovascular con dolor e impotencia funcional en la pierna y pie derechos, impidiéndole caminar.

Sin embargo, no se aporta por la reclamante informe alguno que respalte 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 aseguradora, pese a que se le otorgó un trámite de audiencia para formular alegaciones.

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, el médico de atención primaria señala que la paciente consulta por un cuadro de tos y rincorrea, sin fiebre ni otra sintomatología, por lo que consideró que se trataba de un cuadro presumiblemente leve y autolimitado, recetándole el antitusígeno en pauta corta y con la indicación de volver a consultar si no experimentaba mejoría.

El informe del médico actuante no indica si, en contra de lo alegado por la interesada, el 21 de diciembre de 2011 efectuó una exploración básica a la paciente con auscultación torácica, sin que ninguno de los informes médicos que valoran la asistencia prestada a la paciente se detenga en analizar si esta omisión o la ausencia misma del diagnóstico de la patología pulmonar podía considerarse contraria a la *lex artis*, salvo la afirmación, referida al conjunto del proceso asistencial, de adecuación a *normopraxis*, contenida en el informe pericial aportado por la seguradora del SMS. Como se ha dicho, tampoco la reclamante aporta prueba pericial alguna que permita entender que ante síntomas tan inespecíficos como la tos (de evolución no superior a 24 horas, según se desprende del relato efectuado al ingreso en el Hospital) y la rincorrea y en ausencia de otros, como la fiebre, fuera preceptiva la realización de pruebas diagnósticas adicionales, de modo que su no realización o la omisión del diagnóstico de la neumonía pudiera calificarse de mala *praxis*.

En cualquier caso dicha cuestión no deja de ser accesoria, pues la reclamante no vincula causalmente la ausencia de diagnóstico precoz de la neumonía (se le diagnostica y trata cuatro días después en el Hospital "Morales Meseguer") con la patología arterial que le afecta al miembro inferior derecho, sino que sitúa la causa de ésta en la, a su entender, errónea prescripción de un antitusígeno incompatible con sus múltiples enfermedades, lo que habría empeorado la tos, desencadenando el mecanismo del daño antes descrito con producción del hematoma, supresión de la anticoagulación y consecuente problema vascular.

Sin embargo, frente a dicha apreciación, la especialista en Medicina Interna del Hospital "Morales Meseguer" que la asistió tras su ingreso el 24 de diciembre, es tajante al afirmar que "*en ningún caso, la aparición de dicho hematoma estaría relacionada con la administración los días previos de una medicación indicada como antitusígeno, ya que sería la propia tos junto con la sobredosificación de acenocumarol (Sintrom) los que podrían haber precipitado la aparición del hematoma, que, por otra parte, en gran parte de los casos se puede presentar de forma espontánea en pacientes anticoagulados o que reciben heparina de bajo peso molecular, incluso a dosis profilácticas*".

Niega, además, que la administración de fármacos como el pautado por el médico de cabecera esté contraindicada en pacientes anticoagulados. *De hecho*, afirma que "*cualquier fármaco antitusivo que se hubiera administrado a esta paciente habría ayudado a disminuir la cuantía del hematoma*".

La perito de la aseguradora del Servicio Murciano de Salud, por su parte, destaca que la paciente padecía una fibrilación auricular crónica que ya le había ocasionado un embolismo cerebral con anterioridad, por lo que estaba plenamente indicado el tratamiento con Sintrom, para regular la coagulabilidad de la sangre. Este factor, medido en términos de INR (International Normalised Ratio, es decir, cociente internacional normalizado), varía en atención a múltiples circunstancias (enfermedades concomitantes, otra medicación, alimentación, etc.) y en la paciente, las mediciones de INR habían variado en el último mes anterior a la atención sanitaria a la que se imputa el daño. De hecho, al ingresar en el Hospital "Morales Meseguer" presentaba un INR de 12, cuando ya con valores superiores a 4 existe un riesgo cierto de hemorragia. Por ello, un INR de 12 supone una situación crítica de riesgo de hemorragia, de modo que, aun cuando la presencia de la tos pudiera favorecer el aumento del hematoma, con la cifra de INR indicada, era casi imposible que no se produjera una hemorragia, con o sin tos.

En presencia del hematoma y para favorecer su reabsorción, era necesario suprimir el Sintrom. Sin embargo, niega la perito que ello fuera determinante de la patología arterial que manifestó la paciente en su pierna derecha, cuya causa habría de buscarse más bien en la hipertensión arterial, la diabetes y la dislipemia que la paciente presentaba desde hacía años, de modo que la isquemia arterial fue una patología subaguda sobrevenida a una patología crónica que afectaba a ambas extremidades inferiores.

A modo de síntesis, señala el indicado informe pericial que *"el problema de esta paciente radicó en su habilidad para adaptar las dosis de Sintrom; esto provocó que la cifra de INR se elevara de forma muy importante, dando lugar a un estado de hipocoagulación que favorecía la aparición de hemorragias que, en su caso, se tradujo en un hematoma de pared abdominal. En cuanto a la medicación antitusígena que se le pautó antes del inicio del problema, no tiene ninguna contraindicación que pudiera afectar a la paciente o al resto de su tratamiento. El razonamiento de que, como estaba contraindicada (¿por qué?) aumentó la intensidad de la tos, no se sostiene desde el punto de vista médico. Un antitusígeno podrá ser más o menos eficaz, pero en ningún caso provocará un aumento de la tos y, por otra parte, tampoco en este caso se produjo ningún efecto no deseado que pudiera tener relación con el resto de su tratamiento (con esa supuesta contraindicación). Las actuaciones médicas en este caso fueron acordes a la Lex Artis; se utilizaron en cada momento los medios diagnósticos y terapéuticos adecuados: la paciente estuvo bien controlada desde el primer momento y los medios se fueron adaptando a su pluripatología".*

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 llegado a valorar en términos económicos el daño reclamado, si bien dicha falta de concreción es en buena medida imputable a la instrucción, al guardar silencio ante la solicitud de la paciente, efectuada con ocasión del escrito inicial de reclamación, de ser valorada por un médico a efectos de poder fijar la cuantía de la indemnización.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución que desestima la reclamación al no considerar acreditada la concurrencia de los requisitos establecidos por el ordenamiento jurídico para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas

No obstante, V.E. resolverá.

