



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen **189/2014**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 23 de junio 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 31 de octubre de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, en su propio nombre y en representación de su hijo menor de edad, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **370/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 17 de mayo de 2012 (registro de entrada en la Delegación del Gobierno en Murcia), x, en nombre propio y en representación de su hijo menor, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Murciano de Salud, en la que expone lo siguiente:

Su esposo, x, ingresó el 26 de mayo de 2011 en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) para ser sometido a una panendoscopia con biopsia a ciegas a fin de descartar la existencia de un tumor de cavum, intervención que no tenía un riesgo excesivo. Durante la inducción a la anestesia general previa a la intervención quirúrgica, y sin que exista explicación para ello, el anestesista detectó una serie de alteraciones en el monitor cardíaco, que reflejaban una elevación de segmento ST y T con bradicardia extrema y asistolia refractarias a las maniobras de reanimación cardiopulmonar que se practicaron, produciéndose el fallecimiento de su marido a las 10,30 horas del 27 de mayo de 2011, como consecuencia de una cardiopatía isquémica.

Manifiesta la reclamante que solicitó la práctica de la autopsia por parte del Instituto de Medicina Legal de Murcia, emitiéndose por parte del médico forense, x, un informe de 19 de diciembre de 2011, en el que se señala que su marido falleció de muerte súbita, entendiéndose que la actuación médica fue correcta, ajustándose los facultativos a los protocolos. Sin embargo este informe, ni tampoco los obrantes en el historial, explican cuál fue la causa de la parada cardíaca, entendiéndose la reclamante que fue probablemente debida a un problema de falta de oxígeno, cuyo origen no ha sido aclarado por este informe, siendo la causa más habitual la mala intubación, lo que sí permitiría hablar de mala *praxis* médica. De otra parte, si el informe de la forense también pone de manifiesto que el paciente tenía una patología cardíaca crónica, entiende que tales riesgos pasaron desapercibidos en el estudio preoperatorio, por lo que los facultativos no los tuvieron en cuenta, lo que denotaría una falta de diligencia.

Sostiene que existe una clara relación de causalidad entre el fallecimiento de su marido y la actuación de los facultativos que le trataron.

Además, afirma que se trata de un daño desproporcionado, puesto que siendo la panendoscopia una intervención sin riesgo, el resultado de fallecimiento es claramente desproporcionado, máxime si se produce en la fase previa al inicio de la intervención, esto es, en la fase de anestesia, puesto que las posibilidades de fallecimiento eran excepcionales según el documento de consentimiento informado.

Por lo expuesto, solicita una indemnización de 319.731,16 euros para ella y 149.887,98 euros para su hijo menor, aplicando el sistema de valoración de daños por accidente de tráfico.

Por último, solicita la apertura de un periodo probatorio, proponiendo la documental que acompaña y las testificales del personal sanitario del HUVA que identifica.

Entre la documentación que acompaña, figura el informe médico forense (Diligencias Previas 2845/2011), que recoge como conclusiones:

"1. Etiología Médico-Legal: muerte natural. Muerte súbita inesperada (excepto m.s. lactante).

2. La causa inmediata de la muerte ha sido: asistolia.

3. La causa inicial o fundamental de la muerte ha sido: cardiopatía isquémica.

4. Data de la muerte: 10,30 horas del día 27-05-11.

5. Codificación internacional de la causa inicial de la muerte según el CIE 10: Enfermedades del sistema circulatorio (1064), Enfermedades isquémicas del corazón (1067). Enfermedad isquémica crónica del corazón (125).

6. Estas conclusiones no están pendientes de estudios que podrían suponer una variación del contenido de las mismas.

7. Se considera que la actuación médica fue correcta y adecuada a la situación clínica del paciente según la Lex Artis".

SEGUNDO.- Con fecha de 20 de junio de 2012 se requirió a la reclamante para que en un plazo de 10 días subsanara los defectos advertidos respecto a la acreditación de su legitimación, aportando copia compulsada del Libro de Familia y del certificado de defunción (folios 25 y 26).

TERCERO.- Por Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud de 20 de septiembre de 2012, se

admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, que fue notificada a los interesados.

En la misma fecha se notificó la reclamación a la Correduría --, a efectos de su comunicación a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud y al letrado de la Comunidad Autónoma, a efectos de que informara sobre la existencia de antecedentes judiciales.

Asimismo se solicitó a la Gerencia del Área de Salud I copia de la historia clínica del paciente e informes de los facultativos que le atendieron, documentación que fue recibida, incorporándose al expediente dos CD con el historial, así como los informes evacuados por el personal sanitario (folios 40 a 65).

Posteriormente, se remite por el Director Gerente del HUVA otro CD con la ecocardiografía realizada al paciente (folio 66).

CUARTO.- Por oficio de 16 de enero de 2013, el órgano instructor informa a la parte reclamante que la prueba testifical propuesta, consistente en las declaraciones de los facultativos identificados en el escrito de reclamación, se considera innecesaria, puesto que constan en el expediente los informes de aquellos que asistieron al paciente.

Consta que la reclamante compareció en las dependencias del Servicio Murciano de Salud para solicitar copia del expediente completo y de los 3 CD enviados por el HUVA (folio 72).

QUINTO.- Con fecha de 17 de enero de 2013 se solicita informe a la Subdirección de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria y se remite el expediente a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

SEXTO.- Con fecha de registro en la Delegación del Gobierno en Murcia de 16 de abril de 2013, la reclamante solicitó la emisión de certificado acreditativo del silencio administrativo. Dicho certificado fue expedido con fecha 23 de abril siguiente.

SÉPTIMO.- La Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud, --, aporta dictamen pericial, de fecha 13 de febrero de 2013, sobre el contenido de la reclamación, en el que tras hacer un resumen de los hechos y formular las oportunas consideraciones médicas concluye:

"-Que x, diagnosticado de metástasis ganglionar de carcinoma epidermoide, fue programado para una panendoscopia con la intención de localizar el tumor primitivo.

-Que tanto en el estudio preoperatorio (Mallampati II) como tras la primera anestesia realizada (Cormack-Lehane III) el paciente reunía criterios para prever una intubación difícil.

-Que el ECG preoperatorio era normal.

-Que el 27-5-11 se procedió a anestesia general con estos criterios, consiguiéndose la intubación al segundo intento sin otras complicaciones.

-Que tras completarse la intubación este problema desapareció, continuándose la anestesia según pautas habituales.

-Que el paciente se mantuvo durante los veinte minutos siguientes con total estabilidad hemodinámica y respiratoria, manteniéndose la cifra de saturación de O₂ en cifras del 99%.

-Que esto demuestra sin lugar a dudas que el tubo endotraqueal se encontraba correctamente colocado y que el paciente era ventilado con total normalidad.

-Que según recoge la gráfica de anestesia en ningún momento se produjo una hipoxia por falta de administración de oxígeno.

-Que a los veinte minutos de iniciada la anestesia se manifestaron de forma súbita alteraciones en el ECG en forma de elevación del segmento ST, lo que indicaba la existencia de isquemia miocárdica.

-Que la isquemia miocárdica no era reflejo de una hipoxia generalizada por una deficiente ventilación, sino debida a un déficit de riego sanguíneo en una zona concreta del miocardio.

-Que se realizaron maniobras de reanimación avanzada durante una hora sin éxito, certificándose el fallecimiento del paciente.

-Que se realizó autopsia forense en la que se objetivaron una hipertrofia cardíaca y una obstrucción de la coronaria derecha del 75%, considerándose que la causa de la muerte fue debida a una cardiopatía isquémica.

-Que se trató por tanto de una patología intercurrente no relacionada con las maniobras anestésicas.

-Que las actuaciones médicas fueron en todo momento correctas y adecuadas a la Lex Artis".

OCTAVO.- Al no haberse evacuado el informe por la Inspección Médica en el plazo de tres meses y a la vista del

Protocolo de Agilización del Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por Acuerdo del Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud, en su sesión de fecha 27 de mayo de 2011, el órgano instructor acordó continuar con las actuaciones conforme al citado protocolo y al artículo 42.5 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), al existir suficientes elementos de juicio para adoptar una decisión, conforme a nuestra doctrina, citando a este respecto nuestro Dictamen 193/2012.

NOVENO.- Una vez instruido el procedimiento, se otorgaron trámites de audiencia a la parte reclamante y a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, a efectos de que en el plazo de 10 días formularan alegaciones y presentaran los documentos que estimaran convenientes.

Dentro de dicho periodo, la letrada x, en representación de la reclamante, presenta escrito de alegaciones (folios 92 y 93) en el que, en síntesis, se reitera en lo manifestado en la reclamación en cuanto a la existencia de una mala *praxis* médica, que produce un resultado desproporcionado y una vulneración de la *lex artis*. Afirma que no se anotaron en la hoja de quirófano los valores del pulsioxímetro, los cuales siempre se hacen constar para que pueda monitorizarse en cada momento, así como si el informe de la forense hace referencia a una hipertrofia cardiaca y cardiopatía isquémica crónica, pasaron totalmente desapercibidos en el estudio preoperatorio, lo que supone también una mala *praxis*.

DÉCIMO.- La propuesta de resolución, de 15 de octubre de 2013, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por no concurrir los requisitos determinantes de la misma, destacando que la parte reclamante no ha aportado informe pericial alguno que sustente sus alegaciones y permita desvirtuar las valoraciones médicas que figuran en el expediente, sosteniendo que no existe elemento probatorio alguno que acredite un nexo de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado.

UNDÉCIMO.- Con fecha 31 de octubre 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 los artículos 142.3 LPAC y el 12 del Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP), aprobado por RD 429/93, de 26 de marzo.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante, que actúa en su propio nombre y en representación de su hijo, se encuentra legitimada para formular la reclamación de responsabilidad patrimonial 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 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, vistas las fechas del fallecimiento del cónyuge de la reclamante (el 27 de mayo de 2011) y la de la presentación de la reclamación (el 17 de mayo 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, salvo el plazo máximo para resolver que ha excedido en mucho al previsto reglamentariamente (artículo 13.3 RRP).

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el

estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de*

otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".

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.

CUARTA.- Sobre la *praxis* médica y la relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación.

La reclamante sostiene que hubo mala *praxis* médica puesto que la falta de oxígeno (anoxia) pudo ser debida a una mala intubación y los problemas cardíacos del paciente, a los que alude el informe de la médico forense, pasaron totalmente desapercibidos en el estudio preoperatorio. También se sostiene un daño desproporcionado por el fallecimiento del paciente, puesto que la panendoscopia es una intervención sin riesgo y las posibilidades de fallecimiento son excepcionales, según el documento de consentimiento informado.

En primer lugar conviene destacar que las imputaciones formuladas por la parte reclamante no vienen avaladas por criterio médico alguno, cuando se ha indicado de forma reiterada por este Consejo Jurídico que "*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 segundo lugar, en ausencia de prueba por la parte reclamante, los informes obrantes en el expediente no respaldan sus imputaciones de mala *praxis* médica en la asistencia recibida del HUCA, conforme a lo que seguidamente se expone en relación con cada una de sus imputaciones:

1. La intubación del paciente y su relación con las complicaciones ulteriores.

Para la reclamante, la parada cardíaca del paciente pudo deberse a una falta de oxígeno (anoxia), cuyo origen no

ha sido aclarado en el expediente, por lo que cabría atribuirse a una mala intubación.

Frente a ello, el informe pericial de la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud señala que tanto el estudio preoperatorio, como la experiencia en la intervención más reciente a la que había sido sometido el paciente, ponían de manifiesto que éste reunía criterios para prever una intubación difícil, pero posible. La intubación se llevó a cabo con éxito al segundo intento, es decir, ni tan siquiera podría considerarse técnicamente una intubación difícil (más de tres intentos o 10 minutos). Destaca que durante la inducción, según el informe de anestesia, se pudo ventilar al paciente fácilmente con mascarilla facial, lo que le permite afirmar al perito que el paciente se encontraba adecuadamente oxigenado.

Además expone que una vez completada la intubación, se comprobó mediante auscultación la correcta colocación del tubo y añade que *"el paciente fue ventilado con normalidad, como lo demuestran las cifras de saturación de O2, la frecuencia cardíaca y la tensión arterial. Es del todo imposible que un paciente incorrectamente intubado mantenga una saturación de O2 del 99% durante veinte minutos. Si el tubo endotraqueal no se encuentra en la tráquea no pasan más de dos minutos antes de que la saturación de O2 comience a descender rápidamente y se siga de alteraciones hemodinámicas (primero generalmente taquicardia, seguida de bradicardia, hipotensión y parada cardíaca)"*.

Para concluir que todo ello demuestra que la intubación se realizó de forma correcta y no es posible relacionarla con los problemas que presentó el paciente. A este respecto afirma también el informe pericial aludido:

"En cuanto a la complicación que el paciente presentó, tenemos por una parte la primera manifestación clínica que se produjo y que fue una alteración del ECG con ascenso del segmento ST; esto indicaba, sin duda, la existencia de una isquemia miocárdica que es, a su vez, la alteración inicial que se produce en un infarto agudo de miocardio. No se trataba pues de una isquemia (o hipoxia) generalizada por falta de aporte de oxígeno, sino de una isquemia exclusivamente miocárdica causada por falta de riego en una zona determinada del corazón (dependiendo de la coronaria afectada). El descenso de la saturación de O2 se inició tras las alteraciones electrocardiográficas y no antes".

Concluye que la isquemia miocárdica no era un reflejo de una hipoxia generalizada por una deficiente ventilación, sino debida a un déficit de riego sanguíneo en una zona concreta del miocardio. Reitera que se trató de una patología intercurrente no relacionada con las maniobras anestésicas (folio 84 reverso).

2. En relación con la falta de diagnóstico previo (en el preoperatorio) de la patología cardíaca que reveló la autopsia.

La reclamante también achaca al Servicio Murciano de Salud que los problemas cardíacos de su marido, que detecta el informe de la forense, pasaron desapercibidos en el estudio preoperatorio.

Frente a tal imputación, afirma la especialista en cardiología del HUCA (folio 45) que *"el paciente fue remitido a cardiología -sección de imagen cardíaca- para realización de ecocardiografía ante la sospecha de un derrame pericárdico visualizado en TAC Torácico previo. La citada prueba se realizó el día 15 de abril de 2011, a las 11,31*

horas. Tras revisar el informe y las imágenes almacenadas me ratifico en el diagnóstico emitido: *ecocardiograma normal con función sistólica biventricular normal y ausencia de derrame pericárdico*". En igual sentido, la perito de la compañía aseguradora expresa que el ECG no mostraba signos de que existiera una isquemia, sin que hubieran motivos para sospechar una isquemia miocárdica, por lo no había razón para solicitar otras pruebas diagnósticas, como una coronariografía (folio 84).

3. La actuación médica tras la parada cardíaca.

La médico forense informa que las actuaciones que recibió x tras presentar la parada cardíaca, han sido correctas y adecuadas a su situación clínica y ajustados a los protocolos establecidos para estas situaciones de acuerdo con la *"lex artis"*, no apreciando indicios de negligencia médica (folio 19).

4. Sobre el daño desproporcionado.

A este respecto afirma la reclamante que el resultado de fallecimiento es claramente desproporcionado, porque la panendoscopia es una intervención sin riesgo, dirigida a visualizar mediante instrumento óptico los conductos y cavidades del cuerpo para identificar lesiones con la posibilidad de tomar biopsias.

En el Dictamen 13/2014 señalamos:

"A este fin hemos de recordar que la doctrina jurisprudencial del daño o resultado desproporcionado, trasladada al ámbito de la acción de responsabilidad patrimonial que enjuicia el orden jurisdiccional contencioso-administrativo, se condensa, según señala la Sentencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo de 19 de septiembre de 2012, en la afirmación de que la Administración sanitaria debe responder de un daño o resultado como aquél, ya que por sí mismo, por sí sólo, un daño así denota un componente de culpabilidad, como corresponde a la regla res ipsa loquitur (la cosa habla por sí misma) de la doctrina anglosajona, a la regla Anscheinsbeweis (apariencia de la prueba) de la doctrina alemana y a la regla de la «faute virtuelle» (culpa virtual), que significa que si se produce un resultado dañoso que normalmente no se produce más que cuando media una conducta negligente, responde el que ha ejecutado ésta, a no ser que pruebe cumplidamente que la causa ha estado fuera de su esfera de acción (dicha doctrina es acogida también por la Sentencia de 26 de octubre de 2012 de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia). En consecuencia, la citada doctrina del daño desproporcionado que se trae a colación por la parte reclamante tiene por finalidad establecer un vínculo de causalidad entre la actividad de la Administración y el daño sufrido".

Pero, para que se aplique la teoría o el criterio del daño desproporcionado no basta con la desproporción evidente entre la patología inicial y el resultado finalmente producido, sino que sería necesario que no exista prueba de otra causa de producción de dicho daño desproporcionado.

Por tanto, sería aplicable la doctrina del daño desproporcionado cuando la prueba aportada fuera insuficiente y del análisis y valoración de ésta no pueda extraerse una conclusión clara ni sea posible, con dicha valoración, fijar o rechazar la responsabilidad por la que se reclama.

Sin embargo, en el presente caso el informe de la forense concluye que se ha producido una muerte súbita inesperada, que tiene su origen en una cardiopatía isquémica. Y como concluye el órgano instructor:

"De todo ello se puede concluir que la intubación del paciente se realizó correctamente, que la causa de la muerte de éste fue una cardiopatía isquémica, esto es, una patología no relacionada con las maniobras anestésicas, y que esta patología no pudo ser detectada en el estudio preoperatorio con las pruebas diagnósticas realizadas, pruebas que, al no mostrar signos de su existencia, no justificaban la realización de otras pruebas complementarias. La complicación, una vez producida, fue tratada de forma correcta y adecuada a la lex artis. Ante esta acreditación técnica del informe pericial aportado por la compañía aseguradora, la parte reclamante no ha presentado medio probatorio alguno, salvo sus aseveraciones, que pueda desvirtuar sus conclusiones técnicas, no existiendo elementos de juicio en el procedimiento que lleven a la convicción de que los servicios sanitarios no actuaron conforme al estándar de atención médica exigible a las circunstancias del caso".

De otra parte la reclamante parece colegir la relación de causalidad por el hecho de que el informe de la médico forense no exprese la verdadera causa que provocó la parada cardíaca, si bien, como expresa la STS, Sala 3ª, de 7 de octubre de 2011, la responsabilidad objetiva de la Administración se atempera en supuestos como el presente con el principio de la *lex artis ad hoc*. Es decir, la Administración no responde cuando los facultativos a su servicio actuaron conforme al modo en que les era exigible según el estado de la ciencia y pese a ello se produjo el fatal desenlace.

En suma, en el presente caso 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.

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 de responsabilidad patrimonial, por no concurrir los requisitos determinantes de la misma.

No obstante, V.E. resolverá.