



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen **44/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 18 de febrero de 2015, 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 17 de junio de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **186/14**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha de registro de entrada en el Servicio Murciano de Salud de 18 de abril de 2013, x, en nombre y representación de x, y, z..., según acredita con la escritura de poder que acompaña, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento del esposo y padre de sus mandantes, respectivamente, en la que expone lo siguiente:

1º) x, de 79 años, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca (HUVA), de Murcia, el 22 de marzo de 2012 por deterioro cognitivo y dolor en el hipocondrio derecho. Sus antecedentes personales eran hipertensión arterial en tratamiento, diabetes mellitus tipo 2 insulinizada, fibrilación auricular anticoagulada con sintrom, demencia incipiente e hipoacusia.

Se le realizó una TAC que informó de mínima hemorragia subaracnoidea en surcos de convexidad izquierda. Consultado con el neurocirujano de guardia, éste desestimó tratamiento neuroquirúrgico en el momento dado que la hemorragia no había sido traumática, ni cumplía los criterios de sospecha de lesión aneurismática o de otro tipo malformativo. Se le dio de alta con los diagnósticos de deterioro neurológico, hemorragia subaracnoidea en surcos de convexidad izquierda, dolor abdominal autolimitado (a descartar cólico hepático) y con la indicación de suspender la toma de sintrom durante 3 días y valorar por el médico de cabecera y el cardiólogo de zona suspender o mantener sintrom según riesgo-beneficio.

Al paciente se le dio cita para el médico de cabecera para el 27 de marzo, en la que le prescribieron clexane 40 por indicación de hematología. El mismo día 27 se cursó interconsulta con cardiología en el Centro de Especialidades Dr. Quesada Sanz, siendo citado para el 30 siguiente (se acompañan copias de ambas actuaciones sanitarias como documentos números 2 y 3).

2º) El paciente no llegaría a ser visto en consultas externas de Cardiología dado que el 29 de marzo fue ingresado en el Servicio de Urgencias del HUVA por debilidad en extremidades derechas. Se le realizó un TAC craneal, que informó de infarto isquémico masivo subagudo fronto-parieto-temporo-occipital izquierdo. Tras 15 días de ingreso se decidió no realizar técnicas invasivas endovasculares, y no reiniciar anticoagulación por alto riesgo de transformación hemorrágica (a valorar a partir de un mes). Fue dado de alta el 12 de abril de 2012 (se acompaña el informe como documento núm.4) con el diagnóstico de *"ictus isquémico masivo en territorio de la arteria cerebral media de perfil cardioembólico. Ateromatosis severa de troncos supraaórticos. Fibrilación auricular crónica"*.

3º) El paciente falleció el 19 de abril de 2012 como consecuencia de las secuelas producidas por el ictus.

Respecto a la imputación al Servicio Murciano de Salud, expone que el paciente debió quedar ingresado el día 22 de marzo *"para ser controlado por el hematólogo y tratado farmacológicamente según evolucionara"*.

Por lo expuesto, solicita una indemnización de 111.458,8 euros.

Con posterioridad, el letrado actuante presenta nuevo escrito para acompañar el certificado de defunción del paciente y la copia del libro de familia, a requerimiento del órgano instructor.

SEGUNDO.- Por Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud de 1 de julio de 2013, se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, que fue notificada a las partes interesadas, entre ellas a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, a través de la Correduría --.

TERCERO.- En esta misma fecha, 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 e incorporada al expediente.

De esta documentación remitida destaca la propuesta elevada el informe emitido por el Jefe del Servicio de Neurología del HUVA, en el que se hace constar lo siguiente (folios 84 a 86):

"(...)

Consideraciones y conclusiones

- 1. Se sugiere que el paciente debía haber quedado ingresado el día 22 de marzo para control hematológico, pero dado el buen estado general y neurológico, el Médico de Urgencias consideró que el paciente podía ser tratado adecuadamente en el ámbito extra-hospitalario por su Médico de Familia y por el Cardiólogo de Zona si bien, de haberse sabido entonces cómo iba a evolucionar el paciente, sin duda habría quedado ingresado, pero ello no era previsible en ese momento.*

2. *No hay que olvidar que se trata de un paciente con diversas patologías, todas ellas graves, lo que induce a pensar, que la evolución ulterior no fue debida a una asistencia deficiente, o a un control más estricto de su anticoagulación, sino a la evolución natural de su grave y avanzada enfermedad cerebral y vascular preexistentes.*

3) *Dado que se realizaron los estudios disponibles en un Servicio de Urgencias y tras la evolución inicial favorable del paciente, en mi opinión, no existe motivo justificado para esta reclamación".*

También consta el informe de la Dra. x, médica adjunta de neurología (folio 82).

CUARTO.- Con fecha de 27 de septiembre 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

QUINTO.- La Compañía Aseguradora -- aporta dictamen pericial de una especialista en neurología, de fecha 6 de noviembre de 2013, en el que tras hacer un resumen de los hechos y formular las oportunas consideraciones médicas concluye que:

"1º.- El paciente x, en tratamiento con sintrom por cardiopatía, fue diagnosticado en el Hospital Virgen de la Arrixaca de hemorragia subaracnoidea leve en convexidad izquierda. Se suspendió el sintrom durante tres días y se dio de alta a control domiciliario. Pasados tres días se reinstauró la anticoagulación mediante heparina de bajo peso molecular en espera de valoración por Cardiología.

2º.- Dos días después el paciente ingresó de nuevo, con un importante cuadro neurológico siendo diagnosticado de infarto cerebral masivo que acabó causando su fallecimiento.

3º.- En presencia de una hemorragia cerebral es obligado suspender temporalmente la anticoagulación para prevenir en lo posible la repetición del sangrado, aunque ello conlleva un riesgo de tromboembolismo que puede dar lugar a infarto cerebral.

4º.- En este caso el infarto se produjo una vez reinstaurada la anticoagulación con heparina de bajo peso molecular por lo que no puede atribuirse a falta de prevención.

5º.-La estancia del paciente en el hospital no habría evitado el infarto cerebral.

6º.- La actuación médica fue correcta y conforme a la Lex Artis".

SEXTO.- En aplicación 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, y transcurrido el plazo máximo de tres meses para la emisión de informe por la Inspección Médica, el órgano instructor acordó la continuación del procedimiento al considerar que existen suficientes elementos de juicio para adoptar una decisión.

SÉPTIMO.- Otorgado un trámite de audiencia a las partes interesadas, no consta que los reclamantes formularan alegaciones, tras lo cual se formula propuesta de resolución desestimatoria porque el órgano instructor considera que resulta acreditado que la actuación de los profesionales implicados en el caso fue totalmente correcta, cumpliendo en todo momento con la *lex artis*. De otra parte, destaca la carencia probatoria de la parte reclamante que no ha presentado medio probatorio alguno salvo sus aseveraciones, no existiendo elementos de juicio en el expediente que lleven a la convicción de que los servicios sanitarios no actuaron conforme al estándar de atención médica exigible a las circunstancias del caso.

OCTAVO.- Con fecha 17 de junio de 2014 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 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC) y 12 del Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP), aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

1. En principio, la legitimación activa, cuando se trata de un paciente fallecido, recae en el cónyuge y en los hijos del finado, al ostentar la condición de interesados para deducir la reclamación de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 LPAC, en relación con el artículo 4.1 RRP.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que titular del servicio público de atención sanitaria a la población, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

2. La acción resarcitoria ha de considerarse temporánea, toda vez que se ejercitó el 18 de abril de 2013, en el límite pero antes del transcurso del año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 142.5 LPAC, toda vez que el *dies a quo* para el cómputo de dicho plazo ha de fijarse en el del óbito del paciente, el 19 de abril de 2012.

3. 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 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

podrían 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.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento del servicio público sanitario.

Según los reclamantes, el paciente debió quedar ingresado el día 22 de marzo de 2012 cuando acudió al Servicio de Urgencias del HUVA para ser controlado por hematólogo y tratado farmacológicamente.

Los términos tan genéricos en los que se expresa la reclamación, la ausencia de informes periciales para sustentar la inadecuada *praxis* médica y la falta de personación en el trámite de audiencia conferido por la instrucción en este procedimiento en vía administrativa, para discutir las apreciaciones técnicas que obran en el expediente y que afirman la adecuación a *normopraxis* de todas las actuaciones sanitarias desarrolladas sobre el paciente, excusan el análisis exhaustivo de la *praxis* médica desarrollada, el cual, no obstante, ya se contiene tanto en la propuesta de resolución, como en los informes médicos obrantes en el expediente y cuya reproducción, al menos en sus términos esenciales, se ha acometido en los antecedentes de este Dictamen.

Basta, por tanto, señalar que de las actuaciones practicadas durante la instrucción del procedimiento, se desprende que la actuación de los facultativos intervinientes fue ajustada a *normopraxis* y que el fallecimiento del paciente no se debió a una deficiente asistencia médica o a la falta de un control más estricto de su anticoagulación, sino a la evolución de su grave y avanzada enfermedad cerebral y vascular preexistentes. A este respecto la perito especialista de la Compañía Aseguradora destaca que cuando se produjo el infarto cerebral, el paciente ya volvía a estar anticoagulado con heparina de bajo peso molecular y que, por tanto, el infarto se desencadenó a pesar de la anticoagulación pautada (folios 95 y 96).

En consecuencia, al no existir otros elementos de juicio aportados por los reclamantes -a quienes corresponde la carga de la prueba de sus imputaciones ex artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil-, que lleven a la convicción de que los servicios sanitarios no actuaron conforme al estándar de atención médica exigible a las circunstancias del caso, este Órgano Consultivo dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, concurriendo igualmente como motivo para ello la falta de justificación de la cuantía reclamada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- La propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente, ya que no se han acreditado los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

No obstante, V.E. resolverá.

