



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **53/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 25 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 5 de agosto de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **237/14**), aprobando el siguiente Dictamen.

## **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** Con fecha 8 de mayo de 2009 x, y, z, actuando en su propio nombre y derecho y el último de ellos, además, en el de su hijo menor de edad x, presentan una reclamación de indemnización fundamentada en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establece en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LPAC).

De conformidad con lo que acreditan, los reclamantes son la viuda, los hijos y el nieto, respectivamente, de x, que falleció a las 16:00 horas del día 11 de enero de 2009 en el Hospital "*Morales Meseguer*", de Murcia.

Según relatan los interesados en su escrito, x comenzó a sentirse mal hacia las 12:00 horas de ese día y a experimentar síntomas de cansancio y malestar general. Por esa razón, a las 12:45 horas llamaron a los Servicios Médicos de la Consejería para comunicar el grave estado patológico en el que se encontraba y el hecho de que sufría pérdidas de consciencia. Manifiestan que el facultativo que les atendió por teléfono les comunicó que de manera inmediata enviaría a su domicilio una ambulancia con equipo médico.

Sin embargo, a las 14:00 horas, dado que x empeoraba y que la ambulancia no llegaba, realizaron una segunda llamada al citado servicio médico. Quince minutos después llegó la ambulancia con una médico que le tomó al enfermo la tensión arterial, le miró los pies e intentó tomarle el pulso sin encontrarlo. Después de explorarlo, la facultativa concluyó que padecía "*depresión*".

Los reclamantes manifiestan que, no conformes con el diagnóstico emitido, aclararon a la doctora que su familiar padecía un carcinoma de faringe y que estaba en tratamiento con quimioterapia, cuya última sesión recibió el día 8

de enero de 2009. A pesar de ello, señalan que la facultativa consideró que la situación del enfermo no era de gravedad y que les explicó que en quince minutos enviaría otra ambulancia.

Sin embargo, exponen que el enfermo se desplomó cinco minutos después de que se marchase la dotación de la primera ambulancia. Así pues, volvieron a llamar al Servicio de Emergencias 112 y regresó la misma ambulancia con el mismo equipo médico, que le administró oxígeno a su familiar. En ese intervalo de tiempo llegó otra segunda ambulancia, aunque sin dotación médica alguna.

Según manifiestan, fue entonces cuando la médico advirtió la gravedad del paciente, que seguía sin reaccionar, y decidió trasladarlo en su ambulancia al Hospital "*Morales Meseguer*", donde llegaron a las 14:50 horas.

Debido a las razones que han quedado expuestas, los reclamantes entienden que pudo haber existido negligencia médica en la exploración del paciente, en la emisión del diagnóstico y en la asistencia que se le dispensó.

También apuntan que en las pruebas médicas que se le realizaron a su familiar cuando ingresó en el Servicio de Urgencias del centro hospitalario mencionado se produjo una confusión en la analítica, al enviar como "*arterial*" una muestra que podía corresponder a "*sangre venosa*", lo que arrojó resultados contradictorios. Según les informó el personal del propio hospital, se produjo una interferencia en los resultados de la muestra hemolizada, ya que su volumen era insuficiente, lo que pudo influir en que los resultados estuvieran "*artefactados*". Debido a esa circunstancia, manifiestan que los propios sanitarios propusieron "*valorar una nueva extracción*", aunque no tienen constancia de que se realizase. En consecuencia, concluyen que las muestras no eran las adecuadas para conseguir unos resultados fiables. Así pues, el estudio de la patología que sufría x se apoyó en resultados inexactos, lo que impidió que la misma se pudiera determinar y, en consecuencia, que su familiar se pudiera curar.

Con objeto de llegar a determinar el importe que les pueda corresponder en concepto de indemnización por el daño moral sufrido, solicitan la práctica de los siguientes medios de prueba: La remisión de copia autorizada del expediente administrativo que se incoe; la declaración testifical de la médico de la unidad medicalizada que asistió al paciente en su domicilio familiar; la declaración testifical de los médicos que le asistieron en el hospital desde su ingreso hasta el momento de su fallecimiento; la emisión de un dictamen por especialista del Servicio Murciano de Salud en el que se determine la corrección de la praxis médica dispensada por los profesionales sanitarios que asistieron al enfermo, así como la influencia que dicha actuación pudo tener en su fallecimiento por los retrasos y por el inadecuado seguimiento de su tratamiento; la documental consistente en la remisión de un certificado de las llamadas telefónicas que se hicieron al Servicio 112 desde el teléfono titularidad de x, con determinación de la hora en que se produjeron; la documental consistente en la remisión de una certificación literal de las conversaciones a las que se ha hecho anterior referencia; una pericial de naturaleza psicológica que permita acreditar las secuelas emocionales que padecen los propios reclamantes desde el fallecimiento de su familiar así como cualquier otra prueba pericial médica que se considere necesaria con el fin de probar las causas del fallecimiento del paciente.

Junto con el escrito de reclamación los interesados acompañan copia del Libro de Familia, acreditativa de su relación de familiaridad con el fallecido y diversa documentación clínica.

**SEGUNDO.-** Con fecha 11 de junio de 2009 el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución por la que se admite a trámite la reclamación de responsabilidad formulada por los interesados y se designa

instructora del procedimiento, lo que es debidamente notificado a la parte reclamante junto con un escrito en el que se contiene la información a la que se hace referencia en el artículo 42.4 LPAC.

**TERCERO.-** El día 12 de junio de 2009 se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección de los Servicios Jurídicos, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros "---" con el propósito, en este último caso, de que lo comunicara a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

**CUARTO.-** También con esa misma fecha, por medio de un oficio de 5 de junio, se solicita de la Gerencia del Hospital "*Morales Meseguer*" copia de la historia clínica del familiar de los reclamantes e informes de los facultativos que le atendieron, relativos a los hechos descritos en la reclamación.

De igual forma, se solicita de la Dirección del Centro de Coordinación de Emergencias 112 que remita "*certificación de las llamadas telefónicas que se hicieron al 112 desde el teléfono (...), del que es titular x, determinando con exactitud la hora, minuto y segundo de cada una de ellas*" y certificación literal del contenido de dichas conversaciones.

**QUINTO.-** Con fecha 2 de julio de 2009 se recibe la comunicación del Director Gerente del Hospital "*Morales Meseguer*", de 29 de junio anterior, con la que acompaña copia foliada y compulsada de la historia clínica del fallecido y copia de las notas interiores, con fecha 25 de junio de 2009 en los dos casos, enviadas a los Servicios de Oncohematología y de Otorrinolaringología y en las que se solicitaba que informasen acerca de los hechos descritos en la reclamación.

Con fecha 31 de julio de 2009 el órgano instructor reitera de la Gerencia del mencionado centro hospitalario la solicitud de que se remitan dichos informes.

**SEXTO.-** El día 30 de julio de 2009 se recibe la Nota interior, del día anterior, del Coordinador Médico de Equipos del Servicio de Emergencias 112, por autorización del Director Médico. Con ella, se acompaña la certificación expedida por el Subdirector General de Emergencias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, el día 28 de julio de 2009.

En dicha certificación se hace constar que el día 11 de enero de 2009 se atendieron tres llamadas en el Centro de Coordinación de Emergencias que fueron realizadas, desde el teléfono con el número referido por los reclamantes, a las siguientes horas:

- Primera llamada, atendida a las 12:47 horas.
- Segunda llamada, atendida a las 14:00 horas.
- Tercera llamada, atendida a las 14:33 horas.

Asimismo, se pone de manifiesto en la certificación que del contenido de las citadas llamadas se dio aviso inmediato al Servicio de Emergencias Sanitarias 061, dependiente del Servicio Murciano de Salud, que es el servicio competente para la prestación de la asistencia sanitaria solicitada.

Por último, se acompañan las transcripciones literales de las conversaciones telefónicas a las que se ha hecho mención.

**SÉPTIMO.-** El día 7 de septiembre de 2009 se recibe el oficio del Director Gerente del Hospital "Morales Meseguer", de 26 de agosto anterior, con el que acompaña el informe emitido por el Doctor x, Jefe de Hematología y Oncología Médica, de fecha 31 de julio de 2009, dado que no presta sus servicios en la actualidad en ese Centro la Doctora x, Oncóloga, que fue la facultativa que atendió al paciente en el Servicio de Urgencias el día 11 de enero de 2009. En dicho documento se hace constar que:

*"El paciente x de 60 años estaba siendo visto en nuestro Servicio desde marzo de 2008 con el diagnóstico de carcinoma epidermoide de faringe T3mN1M0 multicéntrico, con afectación de oro-hipofaringe lateral, orofaringe posterior y rinofaringe. Fue valorado con el comité de tumores de ORL, y se consideró tumor de carácter irresecable, indicando tratamiento quimiorradioterápico, que inició de forma inmediata.*

*En noviembre de 2008 se valoró la evolución y respuesta a tratamiento, no alcanzando una respuesta suficiente para indicar intervención quirúrgica. El comité consideró el tumor irresecable por lo que se decide tratamiento paliativo con quimioterapia con Taxol semanal, siguiendo su control periódico en las consultas ambulatorias de nuestro Servicio.*

*El 11 de enero de 2009 al paciente lo traslada una ambulancia al Servicio de Urgencias del Hospital, siendo atendido por los médicos de urgencias y la facultativa del Servicio Hematología y Oncología Médica la Dra. x. Tal como aparece en su informe, el paciente viene en situación muy grave, con dilatación pupilar bilateral y arreactivas a estímulos lumínicos. Hipoglucemia severa y un Glasgow de 3. Se solicita la analítica pertinente en estos casos y dada la situación de extrema gravedad del paciente se consulta con la UCI la posibilidad del hipotético beneficio de su ingreso en esta unidad. Dada la gravedad del cuadro clínico, por deterioro irreversible del proceso y signos clínicos de daño cerebral irreversible, se desaconseja su traslado a la UCI. El paciente fallece al poco tiempo después, atribuyéndose su muerte a un shock séptico.*

*Respecto a la posible "inexactitud" de la analítica obtenida por "muestra insuficiente" o procedencia "venosa en vez de arterial" es clínicamente irrelevante ante la gravísima situación irreversible del paciente. Solamente indicar que en pacientes en estado de shock, con hipotensión, etc, como se encontraba x, es frecuente que las extracciones de sangre puedan ser dificultosas. Finalmente, indicar que el resultado de la analítica no podía interferir el pronóstico (que ya conocía la familia) y/o modificar el tratamiento aplicado al paciente.*

*En definitiva, revisadas las actuaciones médicas, analíticas solicitadas y procedimientos utilizados en la atención del paciente, debo de indicar que toda ellas fueron correctas, y se consideran los procedimientos a realizar con pacientes en estas situaciones de extrema gravedad".*

**OCTAVO.-** El día 11 de noviembre de 2009 el órgano instructor informa a los reclamantes sobre las decisiones que ha adoptado en relación con la admisión de los medios de prueba propuestos. Así, se les da a conocer que se ha incorporado al expediente la prueba documental que se aportó junto con el escrito de reclamación inicial.

De otro lado, se les comunica a la parte interesada que se ha solicitado copia de la historia clínica del paciente al Hospital "*Morales Meseguer*", así como los informes de los facultativos que le asistieron en el citado centro hospitalario. Además, se les señala se ha solicitado del Centro de Coordinación de Emergencias 112 la certificación literal de las conversaciones que se mantuvieron. También se informa de que dichos elementos probatorios ya obran en el expediente, por lo que se estima innecesaria la práctica de la prueba testifical de los distintos facultativos que también se solicitó.

De igual modo, se le hace saber a los peticionarios que se va a solicitar el informe de la Inspección Médica acerca de su reclamación y que se admite la práctica de la prueba pericial propuesta, consistente en un informe médico en el que se efectúe una valoración del daño moral sufrido, si bien se les informa de que deberá ser aportado por esa parte y a su costa. Por último, se les comunica la apertura del correspondiente período de práctica de prueba.

**NOVENO.-** El día 23 de diciembre de 2009 se recibe un escrito firmado por x, de esa misma fecha, con el que acompaña el Informe Psiquiátrico Pericial elaborado por la Doctora x, Médico Psiquiatra, el día 2 de diciembre, en el que concluye que la interesada padece una "*Depresión Mayor en el contexto de Duelo Complicado*".

**DÉCIMO.-** Con fecha 25 de enero de 2010 el órgano instructor solicita del Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias que emita un informe valorativo de la reclamación formulada.

**UNDÉCIMO.-** Obra en el expediente administrativo un dictamen médico suscrito por cinco médicos especialistas en Medicina Interna el día 6 de mayo de 2010, a instancias de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, en el que se describe, como antecedente médico del paciente, que presentaba un carcinoma epidermoide de faringe (T3mN1M0), irresecable y multicéntrico con afectación de oro-hipofaringe lateral, orofaringe posterior y rinofaringe. De igual modo, se señala que se encontraba en tratamiento quimioterápico paliativo.

En relación con la atención dispensada por el Servicio de Urgencias extrahospitalarias (Servicio 112), se concluye en el informe que fue adecuada, y la misma consideración se repite con referencia a la asistencia que se le dispensó al paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital "*Morales Meseguer*".

Por otra parte, en el informe explica que los pacientes que reciben quimioterapia presentan un riesgo muy elevado de sufrir neutropenia, es decir, una disminución por debajo de la cifra normal de un tipo de glóbulos blancos o leucocitos llamados neutrófilos. Esas células constituyen el primer mecanismo de defensa, en especial contra las infecciones bacterianas. Precisamente, se expone que cuando se destruyen los glóbulos blancos los pacientes se tornan vulnerables a las infecciones e incluso las más leves pueden comprometer su vida, y se reitera que la causa principal de neutropenia es la quimioterapia.

Por otro lado, también se señala en el informe que cuando un germen ataca al organismo de forma que afecta a todo el organismo se dice que el paciente padece un sepsis y se determina que, en este caso, el familiar de los

reclamantes falleció probablemente como consecuencia de un shock séptico. Así, se apunta que su fulminante evolución influyó de forma determinante la inmunosupresión asociada a la neoplasia (extensión del tumor) que padecía y a su tratamiento quimioterápico. En el informe se destaca que los datos del hemograma tomado en la consulta del Servicio de Urgencias muestran que el paciente sufría una neutropenia muy grave.

Además, se pone de manifiesto en el informe pericial que, aunque se desconocen algunos datos clínicos del enfermo correspondientes a las cuarenta y ocho horas previas a la consulta médica, se señala sin embargo en el informe médico de exitus que el paciente no presentaba fiebre, quizá por haber tomado algún fármaco antitérmico o analgésico. Se explica que ese tipo de medicina es usada de forma habitual en el tratamiento de los pacientes oncológicos y que, en ocasiones, ello puede encubrir la fiebre como síntoma de infección aguda.

Por ello, se apunta que es muy probable que la infección permaneciera oculta durante horas o incluso días, siendo los síntomas de ella inespecíficos. Además, se señala en el informe que cuando se produjo la consulta el día 11 de enero de 2009, el paciente se encontraba en una situación irreversible. Su estado de confusión y de dificultad para caminar estaban en relación con la infección generalizada que padecía y se apunta que ese diagnóstico de presunción se confirmó en el Servicio de Urgencias al objetivarse hipotensión grave, Glasgow 3 (esto es, la peor puntuación que puede atribuirse a un enfermo de acuerdo con el sistema de valoración neurológica en los Servicios de Urgencia, ya que denota la existencia de un coma profundo), hipoglucemia grave y neutropenia grave.

Por ello, se afirma en el dictamen médico-pericial, sobre la base de los datos disponibles, que la atención extrahospitalaria recibida fue correcta y que se ajustó a los protocolos habituales de funcionamiento. Además, se apunta que en ningún caso puede considerarse que la actuación de los servicios de urgencias extrahospitalaria tuviera alguna influencia pronóstica en el curso de la enfermedad que el paciente padecía.

De acuerdo con ello, en el informe se ofrecen las siguientes

#### "CONCLUSIONES

- 1. La actuación de los Servicios de Urgencias extra hospitalarias fue adecuado y se ajustó a la lex artis.*
- 2. La actuación del Servicio de Urgencias fue adecuada y se ajustó a la lex artis.*
- 3. El paciente falleció probablemente como consecuencia de un shock séptico asociado a una neutropenia muy grave.*
- 4. En la fulminante evolución del paciente influyó de forma determinante la neoplasia terminal que padecía y el tratamiento quimioterápico paliativo que estaba recibiendo".*

Por último, interesa destacar que en el último párrafo del apartado del informe relativo a las "Consideraciones Médicas" se señala que *"Algunos de los argumentos esgrimidos por los reclamantes son de escasa trascendencia en el análisis pericial del caso que nos ocupa. La supuesta confusión de una gasometría arterial con una gasometría venosa no supone modificación en el planteamiento global del caso. La no repetición de una muestra sanguínea, por un error en su procesamiento, resulta a sí mismo sin consecuencias en la toma de decisiones que los facultativos llevaron a cabo en el Servicio de Urgencias"*.

**DUODÉCIMO.-** Con fecha 26 de marzo de 2014 se recibe el Informe emitido el día 21 anterior por el Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales con relación al procedimiento de responsabilidad patrimonial. En el informe se describe pormenorizadamente la grave situación médica del paciente, que padecía un carcinoma epidermoide multicéntrico de seno piriforme y orofaringe, T3N1, con infiltración de supraglotis tanto de cartílago epiglótico como tiroides, considerado irreseccable. Se demostró progresión neoplásica hipofaríngea a nivel local y adenopática en noviembre de 2008. Se señala que, después de realizarle una biopsia, se informó al paciente de que presentaba una recidiva (esto, es, una reproducción del tumor) irreseccable el día 9 de diciembre de ese año.

Además, en el apartado de dicho informe referido a "Juicio Crítico" se destaca que el paciente se encontraba en fase terminal y en tratamiento quimioterápico paliativo. Se apunta asimismo que su fallecimiento era esperado y que había sido informado de su proceso y de su pronóstico por el Servicio de Oncología del Hospital "Morales Mesguer", en el que estaba recibiendo cuidados.

En el informe se describen los síntomas físicos y psíquicos más comunes que suelen presentar los pacientes que se encuentran en fase terminal, entre los que se encuentran el dolor, la fatiga, el insomnio, la anorexia, la disnea, la depresión, la ansiedad e incluso las náuseas y los vómitos. También se explica que suele ser normal que padezcan el síndrome de confusión terminal.

Por último, en el informe se contienen las siguientes

#### "CONCLUSIONES

*Paciente que sufría proceso neoplásico terminal al que se habían ofrecido durante el año que estuvo a tratamiento todas las posibilidades de cuidados que el servicio de salud tiene a su disposición. No respondió a la terapéutica utilizada y empeoró.*

*Aunque el rechazo a los tratamientos inútiles es una medida legal y ética, no ha sido el caso, ya que se trasladó al paciente al hospital, ofreciéndole en este entorno los últimos cuidados, no siendo estos la causa de fallecimiento del paciente.*

*No se aprecian razones para indemnización".*

**DECIMOTERCERO.-** Obra en el expediente administrativo una ampliación de dictamen médico suscrito el día 29

de abril de 2014 por cuatro de los cinco peritos médicos que emitieron su dictamen médico el día 6 de mayo de 2002, a instancia de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, y al que se ha hecho referencia en el Antecedente Undécimo anterior.

En este nuevo documento se añade un nuevo punto 3 dentro del apartado relativo a *"Consideraciones médicas"*. En él se hace alusión al concepto de enfermedad terminal y se describen tres situaciones clínicas del enfermo al final de la vida. Así, se hace referencia a la enfermedad incurable avanzada, a la enfermedad terminal y a la situación de agonía.

Acerca de la tercera situación descrita, se apunta que se trata de *"La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días"*.

Por último, se modifican las Conclusiones 1ª y 3ª del anterior dictamen. Así, la Conclusión primera aparece redactada de la siguiente forma: *"La actuación de los Servicios de Urgencias extrahospitalarias fue correcta y se ajustó a la lex artis"*. De otro lado, la Conclusión tercera ofrece ahora la siguiente redacción: *"El paciente falleció probablemente como consecuencia de un shock séptico asociado a una neutropenia muy grave, que condicionaba una inmunosupresión grave"*.

**DECIMOCUARTO.-** Con fecha 26 de junio de 2014 se confiere a la parte reclamante y a la compañía aseguradora el correspondiente trámite de audiencia a los efectos de que pudiesen formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que tuviesen por convenientes.

La parte reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que manifiesta que mantienen su petición de indemnización por la negligencia médica que se había cometido en la asistencia que se dispensó a su familiar y solicitan que se dicte resolución por la que se acuerde otorgarles la indemnización solicitada como forma de reconocimiento del daño causado.

**DECIMOQUINTO.-** El día 25 de junio de 2014 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria que se le prestó al paciente por el Servicio de Emergencias del 112 y por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario *"Morales Meseguer"*.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el pasado 5 de agosto de 2014.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

## CONSIDERACIONES

**PRIMERA.-** Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante 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 el artículo 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

**SEGUNDA.-** Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamación ha sido interpuesta por personas interesadas como son la esposa, los hijos y el nieto del fallecido, cuya condición acreditan por medio de copia compulsada del Libro de Familia.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. Desde el punto de vista temporal, la reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que la Ley concede para que los perjudicados deduzcan su pretensión ante la Administración (artículo 142.5 LPAC). Así, consta acreditado que x falleció el día 11 de enero de 2009 y que la reclamación de responsabilidad patrimonial se presentó el día 8 de mayo de 2009, dentro por tanto del plazo de prescripción al que se ha hecho referencia.

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 en lo que se refiere al plazo máximo para resolver, de conformidad con lo previsto en el artículo 13.3 RRP, a lo que ha contribuido en gran medida la tardanza en la emisión de informe por parte de la Inspección Médica (poco más de cuatro años).

A pesar de que este Consejo Jurídico viene poniendo de manifiesto en diversos Dictámenes y en sus Memorias correspondientes a los años 2008 y 2011, respectivamente, la importancia que ofrece ese informe en este tipo de procedimientos, también resulta necesario reconocer que la garantía de los derechos de los administrados y la exigencia de una buena administración reclaman que su emisión no se demore hasta el punto de que traspase límites razonables. Atendida esa consideración, se puede apreciar que, en el presente supuesto, se ha producido una dilación tan prolongada que ha dado lugar a un retraso de todo punto indeseable en la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la

responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, según el cual *"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.

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

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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 del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *"lex artis"* como modo para 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 (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *"lex artis"*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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 u otros análogos.

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 (LEC)-, 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).

#### **CUARTA.-** Sobre el fondo del asunto.

Como se ha puesto de manifiesto en el presente Dictamen, la parte reclamante efectúa una doble imputación a los servicios sanitarios regionales acerca de la asistencia que se le proporcionó a su familiar el día 11 de enero de 2009.

Así, por un lado, entienden que pudo haber existido negligencia médica en la exploración del paciente, en la emisión de diagnóstico y en la asistencia que se le dispensó por parte del Servicio de Emergencias Sanitarias 061 ya que, según exponen, en la primera consulta que la facultativa de dicho Servicio realizó al paciente no advirtió la gravedad de su estado y llegó a manifestar incluso, como única valoración reseñable, que se encontraba depresivo. Consideran, por esa razón, que se produjo un retraso en su traslado al centro hospitalario que pudo provocar que su familiar falleciera en él poco después.

De otro lado, también apuntan los interesados que cuando el enfermo ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital "*Morales Meseguer*" se le realizó una prueba analítica de manera equivocada, lo que también pudo provocar un error en la determinación de la patología, un seguimiento inadecuado del tratamiento y presentar una grave incidencia sobre el estado del paciente.

i) Respecto de la primera imputación resulta necesario señalar que se advierte en la parte reclamante un claro error de apreciación acerca de la verdadera situación en la que se encontraba su familiar, una vez analizada la documentación médica que obra en el expediente administrativo. Así, ha quedado acreditado que al paciente, que tenía 60 años en el momento de su fallecimiento, se le había diagnosticado por el Servicio de Oncología del Hospital "*Morales Meseguer*", desde el mes de marzo de 2008, un carcinoma de faringe multicéntrico, con afectación de oro-hipofaringe lateral, orofaringe posterior y rinofaringe. Fue valorado además por el comité de tumores del Servicio de Otorrinolaringología, que consideró que se trataba de un tumor de carácter irresecable. Por esa razón, comenzó un tratamiento quimiorradioterápico de manera inmediata.

En el mes de noviembre se valoró su evolución y su respuesta al tratamiento y se consideró que no alcanzaba un grado suficiente para indicar intervención quirúrgica. El comité consideró el tumor irreseccable, por lo que se decidió administrarle un tratamiento paliativo con quimioterapia con Taxol semanal, cuyo último ciclo concluyó el día 8 de enero de 2009. En el informe de la Inspección Médica se detalla que después de realizarle una biopsia, el día 9 de diciembre de 2008 se informó al paciente de que presentaba una recidiva. Se apunta asimismo que el fatal desenlace era esperado y que el Servicio de Oncología del hospital le había informado de su proceso y de su pronóstico.

Se pone de manifiesto en el informe médico pericial que, en esa situación, el paciente presentaba un riesgo muy elevado de sufrir neutropenia, es decir, una disminución muy acusada en el nivel de neutrófilos, y que ello pudo determinar que se volviera muy vulnerable a cualquier tipo de infección, como se considera que así efectivamente sucedió. En el caso que nos ocupa, se llega a señalar que la infección pudo permanecer oculta en los momentos anteriores a la grave crisis que experimentó el día 11 de enero de 2009 si se administró al familiar de los reclamantes algún fármaco antitérmico o analgésico en los momentos anteriores a que se desencadenara.

Precisamente, en dicho informe se determina que el paciente falleció como consecuencia de un shock séptico, asociado a una neutropenia muy grave, que condicionaba una inmunosupresión grave (Conclusión 3ª de la ampliación del dictamen pericial). De hecho, en ese informe se destaca que los datos del hemograma tomado en la consulta del Servicio de Urgencias muestran que el paciente sufría una neutropenia muy grave. Además, se apunta que en la fulminante evolución que experimentó el enfermo influyó de forma determinante la inmunodepresión asociada a la neoplasia terminal que padecía y al tratamiento quimioterápico paliativo que estaba recibiendo (Conclusión 4ª del informe pericial).

Por esa razón, se señala también en el informe pericial que cuando se produjo la consulta de urgencia el paciente se encontraba ya en una situación irreversible. Su estado de confusión de dificultad para caminar se encontraba en relación con la infección generalizada que padecía. Por ello, se apunta que es muy probable que la infección permaneciera oculta durante horas o incluso días, y que sus síntomas pudieron ser inespecíficos.

Se expone también que ese diagnóstico de presunción se confirmó en el Servicio de Urgencias hospitalario, cuando se apreció que el paciente había ingresado en una situación muy grave, en estado de coma profundo (Glasgow 3), con dilatación pupilar bilateral y arreactivas a estímulos lumínicos, con hipotensión grave, hipoglucemia grave y neutropenia grave. En la anamnesis que se contiene en el informe del Servicio de Urgencias se recoge un *"Deterioro progresivo en las últimas 36 horas con negativa a la ingesta, sin fiebre. En la mañana de su ingreso presenta pérdida progresiva del nivel de conciencia"*.

De hecho, la situación del paciente era tan extremadamente complicada (realmente puede hablarse de agonía) que, después de ser valorado, se desestimó que fuese ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Como se refleja en el informe del Dr. x, se desaconsejó su traslado a dicha Unidad como consecuencia de la gravedad del cuadro clínico que presentaba, por deterioro irreversible del proceso y por la existencia de signos clínicos de daño cerebral irreversible.

Además, el examen del expediente administrativo permite llegar a la conclusión de que esta situación terminal del paciente era perfectamente conocida por sus familiares más próximos. De manera concreta, ello se desprende del contenido de la conversación que mantuvo la hija del enfermo con el operador de llamadas del Centro de Emergencias 112 el día 11 de enero de 2009, a las 12:47 horas, en la que explica que tiene cáncer y que está recibiendo tratamiento quimioterápico. Así, en el curso de dicha comunicación la reclamante dice en una ocasión

*"Y tiene un cáncer y está ya que pierde el conocimiento, no se puede mover". En otro momento posterior, manifiesta "Pues ayer empezó a ponerse muy mal. Como es un cabezón no quería ir al médico y ahora, pues está muy mal. Esta peor ya".*

Todo lo que se ha puesto de manifiesto hasta el momento sirve para explicar los síntomas que comenzó a experimentar el enfermo en el transcurso del día de su fallecimiento. Así, en la llamada que realizaron al Servicio de Urgencias Extrahospitalarias a las 12:47 horas, sus familiares relatan que se encuentra semiconsciente, que lleva una semana que casi no duerme, que no puede hablar y que le cuesta respirar. En la conversación que mantuvieron a las 14:00 horas señalaron que el paciente se encontraba peor y que presentaba signos cianóticos. Por último, en la llamada que efectuaron a las 14:33 horas manifestaron que había empeorado, que se encontraba inconsciente y que se estaba asfixiando.

En el informe de la facultativa que le atendió en su domicilio se apunta *"Ca garganta/Inconsciente"* y se recoge como dato *"Dolor de hemitórax izquierdo"*. Se hace alusión asimismo a una tensión arterial 105/60 y se refiere asimismo que el paciente presentaba cianosis y edema de miembros inferiores. Como juicio diagnóstico, se señala que se encontraba hipotenso y depresivo. Atendidas esas circunstancias, se decide su traslado al Servicio de Urgencias del hospital al objeto de estabilizarlo.

Como se ha señalado por la Inspección Médica todos ellos son síntomas físicos y psíquicos que suelen mostrar de modo general los pacientes que se encuentran en fase terminal, que era la situación en la que lamentablemente se encontraba el familiar de los reclamantes. Como se ha puesto de manifiesto con anterioridad, se trataba de una situación conocida por el propio paciente y por los interesados, que no debían ignorar que el proceso que afectaba a x no podía sino concluir con su fallecimiento, puesto que no había reaccionado favorablemente al tratamiento que se le había administrado y que había experimentado, por el contrario, una progresión neoplásica muy importante.

Debido a esas circunstancias, se debe considerar que la atención que se le dispensó en esos últimos momentos de vida fue la adecuada, que se actuó de modo correcto y que no se produjo ninguna infracción de la *"lex artis"*, como se señala en el informe de la Inspección Médica y en el dictamen pericial. También cabe entender, atendida la situación de agonía en la que se encontraba el enfermo en aquel momento, que el retraso que pudo producirse en su traslado al centro hospitalario no ofreció ninguna incidencia en la evolución posterior del paciente, ni agravó su situación, de modo que no puede considerarse que constituya la causa de su muerte, que desgraciadamente se hubiera producido de igual forma. Por el contrario, se puede considerar, como destaca la Inspección Médica en su informe, que en los momentos finales que el paciente pasó en el hospital se le ofrecieron todos los cuidados que su situación requería y que se le dispensó una asistencia sanitaria adecuada.

ii) Con relación al segundo título de imputación, esto es, la realización de una prueba analítica de modo incorrecto, conviene recordar que el Doctor x, Jefe de Hematología y Oncología Médica del referido centro hospitalario apunta en su informe de 31 de julio de 2009 que la alegación acerca de la posible inexactitud de dicha prueba, obtenida por *"muestra insuficiente"* o procedencia *"venosa en vez de arterial"*, es clínicamente irrelevante ante la gravísima situación irreversible en la que se encontraba el paciente. Añade que la extracción de sangre a pacientes que se encuentran en esa situación (*estado de shock, hipotensión, etc.*) puede ser dificultosa. Por último, concluye que el resultado de la analítica no podía interferir el pronóstico, que ya conocía la familia, ni modificar el tratamiento aplicado al paciente.

En el mismo sentido, en el apartado relativo a las *"Consideraciones Médicas"* del dictamen médico-pericial

aportado por la compañía aseguradora se destaca que esta alegación de mala praxis ofrece una escasa trascendencia en relación con el análisis de lo sucedido. Así, se pone de manifiesto que *"la supuesta confusión de una gasometría arterial con una gasometría venosa no supone modificación en el planteamiento global del caso"* y se concluye que *"La no repetición de una muestra sanguínea, por un error en su procesamiento, resulta a sí mismo sin consecuencias en la toma de decisiones que los facultativos llevaron a cabo en el Servicio de Urgencias"*.

Por todo ello, resulta necesario destacar que no ha quedado acreditado en modo alguno que los daños por los que se reclama puedan imputarse a una infracción, no acreditada por otro lado, de la *"lex artis ad hoc"* empleada en la asistencia sanitaria que se dispensó al familiar de los reclamantes por los servicios de urgencia extrahospitalaria y por el Servicio de Urgencias del Hospital *"Morales Meseguer"*, que puede considerarse ajustada a los estándares de actuación razonablemente exigibles. Por esa razón no puede sostenerse que exista la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el daño referido y el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales. De manera contraria, se puede considerar que la actuación médica fue correcta y acorde con la situación terminal irreversible que el paciente presentaba en el momento en el que fue atendido.

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

## CONCLUSIÓN

**ÚNICA.-** Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada al no haber resultado acreditada la relación de causalidad que debe existir entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama.

No obstante, V.E. resolverá.