



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **172/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 15 de junio de 2015, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. 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 27 de noviembre de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **334/14**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 24 de julio de 2013, x presenta reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración regional por los daños sufridos como consecuencia de la muerte de su madre, x, que imputa a un defectuoso funcionamiento del Servicio Murciano de Salud.

Relata la reclamante que x tenía diagnosticadas diversas dolencias: hipertensión pulmonar, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular crónica anticoagulada, miocardiopatía dilatada, insuficiencia mitral, glaucoma, úlceras en MMII, e insuficiencia respiratoria por la que precisaba oxígeno las 24 horas del día.

La paciente acudió, el 26 de julio de 2013 (sic, en realidad es 2012), a su médico de atención primaria en el Centro de Salud Alcantarilla-Casco, aquejada de fuertes dolores en las piernas. Por el Dr. x se le prescribe "Feliben 35 MCG/H", parches transdérmicos de morfina, 1 parche cada 72 horas, durante 15 días. El fármaco comenzó a aplicarse al día siguiente, el 27 de julio.

El 28 de julio y tras la aplicación del primer parche, x comenzó a sentirse mal, evidenciando síntomas que hasta ese momento no había tenido, por lo que fue trasladada al Servicio de Urgencias del Hospital "Virgen de la Arrixaca" de Murcia, por dificultad para respirar, donde falleció al poco de ingresar.

No se le practicó autopsia, pero refiere la reclamante que se le hizo una analítica cuyo resultado demuestra que el nivel de CO₂ en sangre era de 75 mmHg, casi el doble del nivel máximo de referencia, y el nivel de saturación de O₂ en sangre era de 31.2%, que es la mitad del mínimo del valor de referencia.

"Consultados los profesionales médicos correspondientes", considera la actora que el medicamento prescrito por el Médico de Atención Primaria era incompatible con la insuficiencia respiratoria que tenía su madre, como pone de manifiesto el prospecto del mencionado fármaco, que advierte: "Antes de usar Feliben, tenga usted cuidado si tiene dificultad para respirar" y "Posibles efectos adversos: Trastornos respiratorios del tórax y pulmón (entre otras depresión respiratoria)". De donde infiere que la causa del fallecimiento fue la imprudente prescripción del medicamento que le provocó una depresión respiratoria.

Tomando como referencia el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, solicita una indemnización de 9.288,23 euros por el fallecimiento, cantidad a la que añade 3.000 euros en concepto de daño moral y el 25 % de los gastos del funeral (el total se pagó entre los cuatro hermanos, aunque sólo reclama la actora), lo que asciende a 778,40 euros. Todo ello hace un total de 13.066,63 euros.

Solicita a efectos de prueba que se incorporen al expediente los documentos por ella aportados junto a la reclamación y que, por un perito médico, se haga un informe sobre las consecuencias de la aplicación del tratamiento farmacológico y de cualquier otra circunstancia referida en virtud del historial médico de x. Propone, también, la prueba testifical del facultativo que efectuó la prescripción del opiáceo, de ella misma y de uno de sus hermanos.

SEGUNDO.- Previa subsanación del defecto de acreditación de la legitimación activa de la interesada, se admite a trámite la reclamación por resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, de 19 de septiembre de 2013, que ordena su instrucción al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario. Dicha unidad procede a comunicar la reclamación a la Dirección de los Servicios Jurídicos, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la aseguradora del SMS, al tiempo que procede a recabar de los centros en los que se prestó asistencia sanitaria a la fallecida, la copia del historial clínico e informe de los profesionales que la atendieron.

TERCERO.- Remitida la documentación por la Gerencia del Área I a la que pertenece el Centro de Salud de Alcantarilla-Casco, destaca el informe del Médico de Atención Primaria que prescribió el fármaco al que la reclamante imputa el fallecimiento de su madre. El facultativo se expresa en los siguientes términos:

"En esa quincena del mes de julio de 2012 yo estaba pasando mi propia consulta y la de mi compañera en el Centro Dra. x y, por tanto, estaba atendiendo al doble de pacientes que normalmente, por ese motivo no tuve mucho tiempo de mirar en profundidad cada uno de los problemas de salud de la paciente ya que yo era la primera vez que la atendía, al pertenecer al cupo de la Dra. x.

El día 26/07/2012, tras pedirme la reclamante algún medicamento que aliviara los dolores que sufría su madre y comprobar que ya había tomado paracetamol sin ninguna mejoría y descartar los antiinflamatorios porque podrían empeorarle su insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal, le sugerí probar con un medicamento más cómodo en su uso: Feliben parches de 35 microgramos que, en principio, no está contraindicado para un paciente con bronquitis crónica, que supuse que era lo que tenía la paciente al leer en pantalla que había en la historia un episodio de "Problemas respiratorios".

Pero a raíz de la presente reclamación he repasado la historia con detenimiento y he descubierto que tenía oxigenoterapia permanente y un dispositivo BIPAP por la noche. Si yo llego a tener esa información no hubiera

prescrito esa medicación porque tenía insuficiencia respiratoria y en este caso el medicamento puede llegar a causar depresión respiratoria.

Una vez dicho esto y después de ver los informes hospitalarios de alta, de urgencias y el del día de su fallecimiento se puede afirmar que la paciente no falleció de depresión respiratoria tal como afirma su hija en la reclamación y me baso en los siguientes hechos:

Primero: El medicamento Feliben no es un parche de morfina, como aparece en su escrito, sino de Buprenorfina, un opiáceo con muchos menos problemas de depresión respiratoria tal y como aparece en su ficha técnica: "Debido a su actividad agonista parcial de opiáceos, que limita sus efectos depresores, en especial sobre las funciones cardíaca y respiratoria, buprenorfina posee un amplio margen de seguridad".

En esa misma ficha técnica califica la depresión respiratoria como efecto indeseado raro, (entre uno de cada cien y uno de cada mil pacientes).

Segundo: Le prescribí la presentación menos potente, de 35 microgramos (existen la de 52,5 y la de 70 también) y siempre que prescribo este medicamento recomiendo poner medio parche (cortado con una tijera) y que tome primperan para evitar las náuseas y que vigile si tiene desorientación, somnolencia excesiva o mareos, que son los efectos secundarios más comunes. Y al cuarto día ponerse ya el parche entero si ha tolerado el medio. Al poner medio parche tiene muy poco efecto analgésico pero también muy pocos efectos secundarios.

Tercero: según consta en el Informe de Exitus, cuya copia adjunto, el parche se lo colocó el 27-7-12 e ingresó un día después, el 28-7-12. Lo tuvo puesto 24 horas (supongo que se lo quitaron al sentirse mal).

Depresión respiratoria significa tener menos respiraciones por minuto que normalmente, y su consecuencia es que bajan los niveles de oxígeno en sangre. Lo normal es tener de 12 a 20 respiraciones por minuto en reposo y tener una saturación de oxígeno próximas al 100%.

Literalmente en el examen de entrada en el hospital (Informe de exitus) tenía:

- Frecuencia respiratoria: 18 por minuto.

- Saturación de oxígeno: 96%.

- Buen estado general.

- Nivel de conciencia normal.

Esto descarta que la paciente entrara con depresión respiratoria. Si ello llega a ocurrir hubiera sido derivada a la UCI para estabilizarla, sin embargo, el médico que la atendió le pidió una analítica y le solicitó una radiografía. Se deduce que en el tiempo de espera de las pruebas complementarias alguna complicación debió ocurrirle a la paciente que le hizo fallecer en poco tiempo.

Cuarto: su hija hace constar en su escrito que en la analítica de urgencia tenía una pCO_2 de 75 y una pO_2 de 31,2 aduciendo que el CO_2 está muy elevado y el O_2 está muy bajo y que ello corrobora su depresión respiratoria consecuencia de la aplicación del parche.

En efecto serían cifras llamativas en una gasometría en sangre arterial pero la gasometría que le hicieron a la paciente fue en sangre venosa, en cuyo caso las cifras se pueden considerar normales (Adjunto la analítica de Urgencias de ese día).

En la mayoría de sus muchas asistencias en la puerta de urgencia en el Hospital de la Arrixaca aparecen alteraciones de sus gases sanguíneos. Por ejemplo en el ingreso de 24/11/10 en la gasometría arterial las cifras son de CO_2 de 71 y de O_2 de 23, llamativamente anormales.

En su analítica del día de su fallecimiento, aparecen cifras patológicas que podrían orientar a la causa de la muerte:

- Sodio y Cloro muy bajos y Potasio alto (pueden producir arritmias cardiacas graves).
- Troponina algo elevada que habría que haber repetido unas horas después para descartar infarto de miocardio.
- INR muy elevado en 5'8. Con esa cifra hay peligro de sangrado.

Quinto: Se trata de una paciente con muchos problemas de salud graves, siendo los principales su insuficiencia cardiaca, miocardiopatía dilatada, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica. Hacía tiempo que la controlaban en la unidad de Insuficiencia Cardíaca y los pacientes llegados a esta Unidad tienen una esperanza media de vida de unos dos años. Ha tenido múltiples ingresos por dificultad respiratoria y en todas ellas los niveles de CO_2 y O_2 muy alterados.

En resumen, la paciente cuando llegó a Urgencias de la Arrixaca no tenía criterios clínicos ni de pulsioximetría de depresión respiratoria. Por tanto cabe descartar la aplicación del parche como causa directa de su muerte".

CUARTO.- El 28 de abril se notifica a la reclamante el acuerdo de la instrucción acerca de los medios de prueba propuestos. Se rechazan por innecesarias las testificales del Dr. x, al haberse remitido por éste informe al respecto, así como las de la propia interesada y de su hermano, si bien se le indica que puede aportar por escrito la documentación que estime oportuna. Por último, se aceptan las pruebas documental y pericial propuestas, debiendo ser esta última aportada y abonada por la reclamante.

QUINTO.- Solicitado informe a la Inspección Médica el 30 de octubre, no consta en el expediente que se haya llegado a evacuar.

SEXTO.- Por la aseguradora del SMS se aporta informe pericial que alcanza las siguientes conclusiones:

"x ingresó el 28-07-2012 en la Urgencia del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" por presentar un cuadro presincopal en su domicilio acompañado de disnea. A su llegada al hospital la paciente refiere aumento de su disnea basal y malestar general. La enferma tiene un nivel de conciencia normal. Sat de O2 de 96 % T.A. 125/75 mmHg, Tª 36°C, Pulso, F.R. 18/min, F.C. 75 l.p.m.

- Bruscamente desarrolló un cuadro de insuficiencia respiratoria global que la lleva a una parada cardio-respiratoria de la que no se puede recuperar.

- La paciente había iniciado el día anterior tratamiento transdérmico con Buprenorfina por dolor en miembros inferiores.

- La Buprenorfina puede producir un cuadro de depresión respiratoria pero no de forma tan aguda como fue el caso de la paciente considerando además, que la administración era transcutánea.

- El nivel de conciencia, la frecuencia respiratoria y la cifra de sat O2 permitían en este caso descartar la existencia de una depresión respiratoria.

- La forma aguda en que aparece la insuficiencia respiratoria global y la no recuperación de la paciente a pesar de las medidas de reanimación avanzadas, orientan más a un accidente cerebrovascular o un infarto de miocardio como causa del fallecimiento de la enferma.

- No existe relación causal entre la insuficiencia respiratoria de la paciente y el uso de parches de Buprenorfina".

SÉPTIMO.- Conferido, mediante escritos de 7 de julio de 2014, el preceptivo trámite de audiencia a los interesados, no consta que hayan hecho uso del mismo.

OCTAVO.- Con fecha 10 de noviembre de 2014, el órgano instructor formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el fallecimiento de la paciente, al considerar acreditado que la prescripción del fármaco a cuya acción se imputa dicha muerte no pudo ser la causa de la misma.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remite el expediente en solicitud de dictamen mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 27 de noviembre 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 142.3 LPAC y el 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. Por lo que se refiere a la legitimación activa, la reclamante está legitimada para solicitar indemnización por el daño moral derivado del fallecimiento de un familiar tan cercano como su progenitora.

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. La acción indemnizatoria ha sido ejercitada dentro del plazo anual que para reclamar establece el artículo 142.5 LPAC, pues la muerte de la paciente se produce el 28 de julio de 2012 y la reclamación se presenta el 24 de julio de 2013.

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, constando el preceptivo informe del servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, el trámite de audiencia a los interesados y la solicitud del presente Dictamen.

En relación con la decisión de continuar el procedimiento sin que se haya evacuado el informe la Inspección Médica en el plazo de los tres meses, conforme al Protocolo de Agilización de los procedimientos de responsabilidad patrimonial aprobado por el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud en fecha 27 de mayo de 2011, este Órgano Consultivo muestra su conformidad con tal decisión en el presente caso, puesto que concurre el supuesto considerado en nuestro Dictamen núm. 193/2012: *"sólo cabrá continuar los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto en el artículo 42.5,c) LPAC sin que se haya evacuado el informe preceptivo y determinante, cuando en el expediente existan suficientes elementos de juicio para adoptar la decisión que resuelva el procedimiento, pues de lo contrario la Administración no podría resolver expresamente sobre el fondo hasta tanto no fueran emitidos aquellos informes y cumplidos los demás trámites preceptivos"*. Efectivamente, la decisión contenida en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio técnicos ofrecidos por el facultativo que atendió a la paciente, así como por las valoraciones del informe pericial de la aseguradora, que considera que la prescripción del controvertido fármaco no pudo ser la causa del fallecimiento. Por su parte, la actora no ha presentado prueba pericial alguna que sostenga sus imputaciones.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

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, 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 (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 que se desarrolla 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 Sentencia del Tribunal Supremo, 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 Sentencia del mismo Alto Tribunal, 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 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-, 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). No consta que por la interesada se haya unido al expediente pericia alguna en apoyo de sus alegaciones.

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

Para la reclamante la muerte de su madre se debió a la incorrecta prescripción de parches dérmicos de morfina, lo que era incompatible con la insuficiencia respiratoria que de forma crónica padecía la paciente.

Se imputa pues a la Administración sanitaria una quiebra de la *lex artis* en la prescripción de un fármaco desaconsejado en pacientes con patología respiratoria como la que aquejaba a su progenitora. Como apoyo o soporte de esta afirmación la actora se limita a señalar, de modo genérico, la opinión de profesionales a los que habría consultado, sin llegar a aportar informe de ninguno de ellos, así como las indicaciones del prospecto del medicamento al que imputa el fallecimiento de la paciente, en el cual se advierte de la necesidad de extremar el cuidado en su administración a enfermos con dificultades respiratorias, toda vez que entre sus efectos adversos posibles se enumeran los trastornos respiratorios del tórax y pulmón, con especial mención a la depresión respiratoria.

Tales elementos de prueba resultan insuficientes en orden a generar la convicción de que la administración del opiáceo fue lo que mató a la paciente, máxime si se contrasta con las manifestaciones de los médicos obrantes en el expediente. Así, en primer lugar, las del facultativo de Atención Primaria que efectuó la prescripción, quien aun reconociendo que de haber estudiado con mayor detenimiento la historia clínica de la paciente no habría recetado este fármaco "*porque tenía una insuficiencia respiratoria y, en este caso, el medicamento puede llegar a causar depresión respiratoria*", niega categóricamente que fuera dicho medicamento el causante del óbito de x. Y ello porque de haber sido aquél la causa, la paciente, que se había puesto el parche el día anterior, habría presentado depresión respiratoria al ingreso en Urgencias hospitalarias, lo que resulta incompatible con los datos que constan en el informe de éxitus de dicha unidad. En efecto, según dicho documento, a su llegada a Urgencias la paciente estaba consciente, tenía una frecuencia respiratoria de 18 por minuto y una saturación de oxígeno del 96%, con valores dentro o muy próximos a la normalidad y que no se compadecen con la disminución de la frecuencia respiratoria en que consiste la depresión respiratoria. Del mismo modo, señala que los datos arrojados por la gasometría (pCO₂ de 75 y pO₂ de 31,2) y que la interesada considera como muy anormales e interpreta como

signos de depresión respiratoria, en realidad no lo son, pues se corresponden con una gasometría de sangre venosa, no arterial, lo que hace que los valores mostrados por la analítica puedan ser considerados como dentro de la normalidad.

Del mismo modo, el perito de la aseguradora y con base en la exploración y analítica efectuadas a la paciente en el momento del ingreso en Urgencias, rechaza que sufriera en ese momento una depresión respiratoria, que quedaría descartada tanto por el nivel de conciencia como por los datos de frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno que arrojaban las pruebas practicadas. Continúa manifestando que *"en base a los tiempos que se reflejan en la historia desde el ingreso al fallecimiento, fue con posterioridad a su ingreso y de forma brusca, cuando presentó un cuadro de insuficiencia respiratoria global que la llevó a una parada cardio-respiratoria de la que no se pudo recuperar. Por la pluripatología que tenía la paciente y la forma brusca de presentación del cuadro, el origen más probable está en relación con un infarto agudo de miocardio o un accidente cerebro vascular agudo. El deterioro de la enferma se produce de forma brusca. A su ingreso, máximo 30 ó 40 minutos antes de que ocurra el cuadro agudo, sus constantes y su saturación de O2 eran normales. La depresión respiratoria debida a los opiáceos se establece de forma insidiosa, sobre todo cuando la vía de administración es transcutánea, y habitualmente se acompaña de una alteración del nivel de conciencia que esta paciente no presentaba"*.

En tales circunstancias y aun cuando el médico que prescribió el fármaco admita que, de haber conocido mejor el historial de insuficiencia respiratoria de la enferma no se lo habría recetado, por el riesgo de depresión respiratoria que ello conllevaba, ha de considerarse que dicho riesgo no se materializó en el supuesto sometido a consulta, toda vez que la brusca presentación del cuadro que desembocó en la parada cardio-respiratoria que acabó con la vida de x resulta incompatible con la característica aparición insidiosa de los síntomas que es propia de la depresión respiratoria asociada a la administración de buprenorfina. En consecuencia, no cabe entender acreditado que fuera este fármaco el que provocó el desgraciado fallecimiento de la madre de la interesada, sino que, dada la presentación del cuadro, parece más probable que su causa se encuentre en alguna de las patologías cardiovasculares que la aquejaban desde tiempo atrás.

Corolario de lo expuesto es que, aun advirtiendo que la prescripción del fármaco no fue acorde a normopraxis, dicha actuación no habría causado la muerte de la paciente, por lo que no concurren en el supuesto sometido a consulta los elementos que el ordenamiento jurídico anuda al nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, cuya causa no se encontraría en la actuación del facultativo del SMS que prestó asistencia médica a la paciente, sino en su situación basal.

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 al no apreciar la concurrencia de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial, en particular el nexo causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el daño alegado, cuya antijuridicidad tampoco habría quedado acreditada.

No obstante, V.E. resolverá.

