



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **258/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 14 de septiembre 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 15 de mayo de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otra, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **150/14**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 31 de julio de 2009, x, en nombre propio y en representación, según afirma, de su esposa x, presentó escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio Murciano de Salud (SMS), en el que, en síntesis, expresa lo siguiente (con las matizaciones o correcciones que se añadirán, provenientes del informe de la Inspección Médica).

El 4 de agosto de 2008 su esposa fue encontrada en su domicilio con pérdida de conciencia y fue trasladada al Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste (HCNO) donde se le realizan exploraciones físicas y complementarias, llegando a la conclusión de que presentaba un "*hematoma intracerebral agudo*" y juicio clínico de "*hematoma intraparenquimatoso de ganglios basales izquierdo*". Se le pone tratamiento sintomático, se consulta con el Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario "*Virgen de la Arrixaca*" (HUVA), que sugiere tratamiento conservador, y se decide ingreso en planta.

El siguiente 21 de agosto, dado el deterioro hemodinámico y fracaso renal agudo de la paciente, se consulta su traslado con la UCI del Hospital Virgen de la Arrixaca, desestimándose el ingreso, indicando determinado tratamiento. Posteriormente (en la tarde de ese mismo día, según el informe de la Inspección Médica, IM), tras un mayor deterioro, pues presentaba un neumotórax derecho tras intento de colocación de vía central subclavia derecha, se decide su traslado e ingreso en UCI del HUVA, donde la paciente llega, según el reclamante, cianótica, sin pulso, en asistolia, siendo preciso maniobras de reanimación cardiopulmonar (según la IM, llegó consciente y con desorientación temporo-espacial, y la parada cardiorrespiratoria, estado cianótico, sin pulso y asistolia se produjeron el 27 siguiente), y que a consecuencia de este paro cardíaco, en la fecha de la reclamación la paciente se encuentra en estado vegetativo.

Considera el reclamante que existió un retraso en el tratamiento de la paciente o, en su caso, un error de diagnóstico durante un periodo prolongado de tiempo en el que estuvo ingresada en el HCNO, que determinó,

pese a la posterior atención al paciente en el HUVA, adecuada a su patología, la existencia de determinadas secuelas, pues de haberse actuado adecuadamente al inicio del ingreso el 4 de agosto de 2008, sin esperar al deterioro irreversible producido el 21 de agosto, la paciente no hubiese sufrido el paro cardíaco y la secuela de estado vegetativo, por lo que solicita una indemnización de 900.000 euros, visto el baremo aplicable en materia de accidentes de tráfico, sin mayor especificación.

En su escrito, el compareciente dice adjuntar al mismo un resumen de la historia clínica de la paciente en los citados hospitales, lo que no consta.

SEGUNDO.- Mediante oficio de 22 de septiembre de 2009, el Servicio Jurídico del SMS requirió al compareciente, en primer lugar, para que, en el plazo de diez días, acreditase la representación su esposa, aportando *"los documentos que estime convenientes"*, advirtiéndole de que, de no hacerlo, se le tendría por *"desistido de su petición"*; y, en segundo lugar, le requirió para que acreditase su legitimación como reclamante a título propio, para lo que le solicitaba la presentación del Libro de Familia.

TERCERO.- Previo informe de 18 de noviembre de 2009, el Director Gerente del SMS, por delegación de la Consejera de Sanidad y Consumo, dictó Orden en la que acordó *"inadmitir la reclamación patrimonial presentada por x en su propio nombre y en el de su esposa x, por desistimiento de su petición"*, con indicación de la posibilidad de interponer contra dicha decisión los recursos pertinentes.

CUARTO.- Notificada dicha Orden el 18 de diciembre de 2009, el 8 de enero de 2010 x presentó un recurso de reposición contra dicha Orden, en el que señala que el 28 de octubre de 2009 presentó un escrito en el Registro de la Administración Regional en Cehegín al que adjuntaba copia del Libro de Familia, con lo que consideraba acreditada su legitimación y la representación de su esposa, por lo que solicitaba que se anulase la referida Orden y se continuase con la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial. Junto al escrito de recurso se acompañan los documentos mencionados en aquél.

QUINTO.- El 12 de enero de 2010, el Director Gerente del SMS acuerda *"admitir a trámite la reclamación patrimonial interpuesta por x, incoándose el expediente nº..."*.

En la misma fecha, el instructor del expediente solicita a los citados hospitales la remisión de la respectiva historia clínica de la paciente y la emisión de informes por los profesionales que la atendieron y comunica al interesado la admisión a trámite de su reclamación, requiriéndole para que aportase los documentos que decía adjuntar a su escrito inicial y realizase la proposición de prueba que estimara pertinente, lo que fue contestado por éste mediante escrito presentado el 5 de febrero de 2010, al que adjunta un escrito de resumen de la historia clínica de la paciente en el HCNO y documentación sobre su traslado al HUVA, y propone que se aporten al expediente las respectivas historias clínicas.

SEXTO.- Mediante oficio de 10 de febrero de 2010 el HCNO remite la documentación solicitada por la instrucción, entre la que se destacan los siguientes informes, ordenados según el orden cronológico de la intervención médica de los informantes:

- Informe de 4 de febrero de 2010 del Dr. x, que, en síntesis, expresa que el 4 de agosto de 2008 atendió a la paciente en el Servicio de Urgencias, diagnosticándole, tras TAC craneal, un hematoma intracerebral agudo, contactando con el Neurocirujano de guardia en el HUVA, que le indica que no está indicado tratamiento quirúrgico, sino conservador, por lo que queda ingresada en el Servicio de Neurología, a cargo del especialista en Medicina Interna de guardia.

- Informe de 2 de marzo de 2010 de la Dra. x, que, en síntesis, señala que, en su condición de médico internista de guardia, atendió a la paciente el 21 de agosto de 2008, encontrándola en grave estado con respiración de tipo Kussmaul y estuporosa, pulso taquisfígmico, tendencia hipotensiva, con signos de deshidratación y mala perfusión distal, con anuria, siendo la causa de todo ello la insuficiencia renal y acidosis consecuente, aplicando tratamiento tras consulta telefónica con el HUVA, mejorando su situación, pero al intentar colocarle una vía central se produce un neumotórax derecho, que es drenado, colocándose luego dicha vía, tras lo que se acuerda su traslado al HUVA, estable hemodinámicamente, con adecuada oximetría de pulso y sin necesitar asistencia ventilatoria mecánica, siendo recibida en UCI del HUVA por el Dr. x, según había acordado el Neurólogo tratante, el Dr. x.

- Informes de 8 y 10 de febrero de 2010 de los Dres. x, y, que asistieron a la paciente el 27 y 28 de noviembre de 2008, respectivamente, tras volver la paciente del HUVA en estado vegetativo, en los que se remiten a sus informes realizados tras este reingreso, a los efectos de que la paciente fuese trasladada a un centro de cuidados medios.

SÉPTIMO.- Mediante oficio de 5 de febrero de 2010, el HUVA remitió la documentación solicitada, destacando un informe de los Dres. x, y, del que se destaca lo siguiente:

"En relación a la Reclamación por Responsabilidad Patrimonial de la enferma x y tras estudiar detenidamente los datos de la historia clínica en relación a los hechos reseñados en la propia reclamación, le ampliamos los referenciados en el informe de alta de UCI:

La enferma x, el 4 de Agosto de 2008 fue hallada en su domicilio con deterioro del nivel del conciencia, por lo que fue trasladada al Servicio de Urgencia del Hospital Comarcal del Noroeste, encontrándose la enferma estuporosa, con apertura espontánea de ojos y reflejo de retirada, respondiendo a estímulos dolorosos, con hemiparesia derecha flácida, paresia facial central y pupilas anisocóricas (la pupila derecha mayor que la izquierda), pero reactivas. Posteriormente se procede a realizar TAC craneal que informa de: "Hematoma de ganglios basales izquierdos con edema perilesional y con apertura al sistema ventricular. No se aprecian signos de hidrocefalia". Tras iniciar tratamiento sintomático, se consulta con el Servicio de neurocirugía del HUVA, quien recomienda tratamiento conservador (se desestima, por tanto, actitud quirúrgica alguna), por lo que la enferma queda ingresada en el Hospital Comarcal del Noroeste con un SCG (Glasgow Coma Score) de 10 (V. Normal 15) y hemiparesia derecha.

El 21 de Agosto, estando ingresada en Hospital del Noroeste, la enferma sufre cuadro de diarrea de una semana de evolución, que se acompaña de deterioro de la función renal con oligoanuria, hipotensión y cianosis periférica, por lo que es valorada por anestesista de este hospital, iniciando tratamiento con Sueroterapia, Bicarbonato y Resin-calcio, para lo que se intenta colocación de vía central. Intento que resulta infructuoso. En las exploraciones complementarias destaca una Urea 521 Cr de 5,6, Na 126 K 6,3 y una gasometría arterial de pH 7,29 pCO₂ 14 pO₂ 117 HCO₃' 6. En esta situación se consulta la paciente con UCI y Nefrología de este centro. Desde este servicio recomendamos tratamiento médico con reposición de volumen y corrección de hiperpotasemia. La respuesta inicial de la enferma es de mejoría, conectando algo más con el medio y mostrando signos de estar

mejor perfundida (desaparece la cianosis). A las pocas horas, la paciente se traslada a UCI de HUVA por neumotórax derecho en relación a colocación de vía central subclavia derecha (día 21/08/2008, dato no referenciado en la descripción de los hechos).

El mencionado 21 de Agosto es ingresada la enferma en nuestra Unidad (UCI), en la siguiente situación: (Primer ingreso en UCI): Consciente, desorientada en tiempo y espacio. Afebril con las siguientes constantes: TA: 110/70 SO₂ 100% (Ventimask al 50%) FC 150lpm con perfusión de Dopamina. Se aprecia tubo de drenaje derecho en el tórax (probablemente colocado en H. de Caravaca) y en la analítica se observa un pH 7,50 pCO₂ 24 pO₂ 174 HCO₃' 19 y Lactato 1,7. En la bioquímica se aprecia un Na 139 K 3 urea 406 Cr 3,93 Procalcitonina 98 un ECG con taquicardia sinusal y una Rx de tórax con un tubo de tórax derecho sin evidencia de neumotórax. En esta situación, se retira Dopamina, mejorando la taquicardia, se comprueba diuresis de >100ml/h (400cc durante su estancia en UCI), se aporta Potasio, se inicia Tratamiento antibiótico con Ciprofloxacino y se consulta con nefrología. Al no presentar criterios de hemodiálisis y de acuerdo con internista de guardia, la enferma es dada de alta a planta para continuar con el tratamiento.

El 22 de Agosto la enferma está ingresada en planta de MIR con estabilidad hemodinámica, disfásica y afebril, solicitándose batería de pruebas analíticas.

El 23 de Agosto la enferma es valorada por Cirugía torácica, quien deja pinzado drenaje de tórax derecho con la intención de retirarlo, y al no reproducirse el neumotórax, se retira definitivamente el día 24.

El día 25, todavía en planta, la enferma presenta una diuresis de 4700, estando la enferma con los ojos abiertos, pero poco reactiva con crepitantes bilaterales presentando por la tarde pico febril de 38,5º C.

El día 26, en planta, la enferma sigue febril, con bajo nivel de conciencia, con cifras de urea de 111 y Cr 0,8 y K 2,2. Se solicitan Ags de Legionella, Neumococo, hemo y urocultivos y una analítica completa.

El día 27 de madrugada, la enferma es trasladada a nuestra Unidad en parada cardiorrespiratoria (en clara oposición a lo referido en los hechos, que sitúan la acción en Caravaca), sin que puedan extraerse sus causas de la información de la historia clínica obrante en nuestro poder. Se inician maniobras de RCP avanzada, procediéndose a intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica y, tras 10 minutos de reanimación con aporte de Adrenalina y Atropina, la enferma retoma ritmo sinusal manteniéndose estable hemodinámicamente. La analítica en este segundo ingreso presenta: Hb 8 Hto 24 Leucocitos 11000 Coagulación 19% INR 3,6 BQ: Glucosa 290 Urea 98 Cr 0,96 Na 154 K 2,2 Procalcitonina 0,34 GA: pH 7,006 pO₂ 73 pCO₂ 91 HCO₃' 21 Lactato 10. Rx de tórax sin infiltrados pulmonares ni signos de neumotórax. ECG en ritmo sinusal.

Su estancia en nuestra Unidad hasta su alta el 09/09/2008, queda reflejado en el informe de alta emitido (1)".

El referido informe de alta, de 9 de septiembre de 2008, del Servicio de Medicina Intensiva, concluye con el juicio clínico de "parada cardiorrespiratoria, hematoma ganglios basales izquierdos, acv isquémico hemisferio derecho, sepsis por enterococo faecalis, estado vegetativo persistente y hta.".

OCTAVO.- Obra en el expediente un dictamen médico de 26 de abril de 2010, aportado por la compañía aseguradora del SMS, elaborado por dos especialistas en Neurocirugía, en el que, tras analizar los hechos y realizar diversas consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

"1. Todas las actuaciones médicas, diagnósticas y terapéuticas han sido correctas.

2. La paciente sufrió un hematoma de ganglios basales izquierdo espontáneo cuyo tratamiento fue el correcto.

3. La paciente sufrió un neumotórax iatrogénico que fue resuelto correctamente con drenaje torácico y tratamiento en UCI.

4. La causa fundamental del estado vegetativo persistente de la paciente fue una parada cardiorrespiratoria brusca sufrida tras su alta de UCI, sin causa exacta establecida.

5. La parada cardiorrespiratoria era imprevisible e inevitable. Toda parada cardiorrespiratoria puede causar un daño isquémico cerebral añadido al daño previo causado por el hematoma cerebral.

6. Por todo lo anterior no consideramos justificada la reclamación".

NOVENO.- Solicitado en su día un informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 13 de julio de 2013, en el que, tras analizar los hechos y realizar diversas consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

"1) Paciente de 65 años de edad con antecedentes médicos personales de ACV (accidente cerebro vascular) hace 12 años, HTA (hipertensión arterial), diabetes mellitus tipo 2, artritis seronegativa y no alergia a fármacos, es diagnosticada de HIC (hemorragia intracerebral) en Servicio de Urgencias de Hospital del Noroeste. El procedimiento diagnóstico y el tratamiento aplicado por el Servicio de Urgencias es correcto y adecuado.

2) El Servicio de Neurocirugía (del HUVA), tras consulta telefónica (del Servicio de Urgencias del HCNO) desestima tratamiento quirúrgico y recomienda tratamiento conservador, actuación correcta y adecuada, la paciente no reunía criterios de tratamiento quirúrgico.

3) La paciente sufre como complicación cuadro de diarrea de una semana de evolución, que se acompaña de deterioro de función renal con oligoanuria, hipotensión y cianosis periférica, se consulta con UCI de HUVA, que recomienda con buen criterio tratamiento médico con reposición de volumen y corrección de hiperpotasemia, mejorando el cuadro.

4) La paciente es trasladada a UCI de HUVA por neumotórax derecho, en relación con colocación de vía central subclavia derecha. Es estabilizada en UCI y, al no reunir criterio de hemodiálisis, se traslada a planta.

5) Al sexto día del ingreso sufre PCR (parada cardiorrespiratoria), siendo trasladada a UCI, donde se aplican maniobras de RCP (resucitación cardio-pulmonar) avanzada y, tras 10 minutos de reanimación con aporte de adrenalina y atropina, vuelve a ritmo sinusal, manteniéndose estable hemodinámicamente. La paciente queda en estado vegetativo persistente como secuela de PCR.

6) El 80% de los pacientes con parada cardíaca tienen secuelas neurológicas importantes, está constatado en la literatura médica que muchos pacientes presentan importante deterioro neurológico en las primeras horas tras la recuperación del latido cardíaco espontáneo tras maniobras de RCP en una PCR.

7) La actuación del Servicio de Medicina Intensiva es correcta y adecuada.

8) No hay evidencia de mala praxis".

DÉCIMO.- Mediante oficio de 7 de noviembre de 2013 se acuerda un trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, compareciendo a tal efecto el reclamante el siguiente 25 y presentando escrito de alegaciones el siguiente 29, en el que, en síntesis, reitera lo expresado en su escrito inicial, muestra su disconformidad con los informes emitidos por la aseguradora del SMS y la Inspección Médica y anuncia su intención de presentar un informe pericial que demuestre la mala praxis de los servicios públicos sanitarios.

UNDÉCIMO.- A la vista de lo anterior, mediante oficio de 13 de diciembre de 2013 la instrucción concede al reclamante un plazo de 10 días, presentando éste un escrito de 7 de enero de 2014 en el que solicita la ampliación de dicho plazo, acordando la instrucción, mediante oficio del siguiente 15, una ampliación de 10 días, lo que le es notificado el siguiente 31, sin que hasta la fecha conste la presentación de dicho informe pericial ni la presentación de alegaciones.

DUODÉCIMO.- El 28 de abril de 2014 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación "interpuesta por x en su propio nombre y en el de su esposa x"; en síntesis, por no acreditarse infracción a "lex artis ad hoc" en la asistencia sanitaria pública, por lo que no existe la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama.

DECIMOTERCERO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Sobre la legitimación del reclamante en nombre propio y sobre su alegada representación de su esposa y paciente en la asistencia sanitaria que motiva el presente procedimiento. Necesidad de instrucción adicional para determinar la representación de la paciente. Plazo de la acción resarcitoria.

I. En el presente caso, se advierte que el compareciente, x, formula dos reclamaciones por los mismos hechos (la deficiente asistencia a su esposa por los servicios sanitarios regionales desde su ingreso el 4 de agosto de 2008 en el HCNO hasta su traslado al HUVA el siguiente 21), que acumula en el escrito inicial promotor del presente procedimiento: a) una reclamación en nombre propio, como perjudicado en su calidad de cónyuge de la paciente; b) una reclamación en nombre de su esposa. El hecho de que en el referido escrito termine solicitando una indemnización global de 900.000 euros, sin distinción respecto de una y otra reclamación, no desvirtúa lo anterior, pues, de ser procedentes las reclamaciones, en la resolución final se habría de individualizar la indemnización que, en su caso, correspondiera a una u otra persona. Como vamos a ver, ambas reclamaciones plantean problemas distintos en cuanto a la legitimación y representación, y sólo lo relativo a la legitimación ha sido adecuadamente resuelto en el procedimiento, según se va a ver.

A) En primer lugar, es claro que la legitimación de x para reclamar en nombre propio (al margen ahora, obviamente, de lo que procediera resolver en cuanto al fondo del asunto) deriva de su condición de esposo de la paciente. En estas circunstancias, en el presente caso es claro que, desde la perspectiva del artículo 31.1, a) LPAC, x habrá de considerarse legitimado e interesado en la promoción de una reclamación de responsabilidad a título propio si acredita su condición de cónyuge de la paciente. Y a estos efectos debe decirse que, en la medida en que ni el artículo 70 LPAC ni el 6 RRP exigen que los documentos acreditativos de la legitimación se acompañen preceptivamente con la solicitud o reclamación inicial, la falta de presentación de tales documentos, en tal momento o tras el previo requerimiento realizado por la instrucción, no puede dar lugar al especial desistimiento tácito previsto en el artículo 71.1 LPAC, por lo que en la hipótesis de una eventual falta de acreditación de la condición de cónyuge de la paciente, como título legitimador, habría de motivar una resolución de desestimación de la reclamación (en rigor, el pronunciamiento de "*inadmisión*" no aparece previsto a estos efectos en la LPAC, al menos expresamente) efectuada por el compareciente en nombre propio, por no haber acreditado legitimación al efecto.

En el presente caso, de los Antecedentes se desprende que la Orden de 18 de noviembre de 2009 del Director Gerente del SMS, en la que acordó inadmitir la reclamación por desistimiento del reclamante ex artículo 71.1 LPAC (Antecedente Tercero) resultaba contraria a Derecho en la medida en que declaraba tal desistimiento,

pronunciamiento que era improcedente por lo antes dicho, pero también porque el requerido, antes de la notificación de dicha Orden (notificación que operaba aquí asimismo como acto preclusivo del trámite conferido para acreditar su legitimación, ex art. 76.3 LPAC), había presentado en un Registro de la Administración regional una copia del Libro de Familia acreditativo de su condición de cónyuge de la paciente y, por tanto, acreditativo de su legitimación para reclamar en nombre propio.

Por ello, al presentar el interesado un recurso de reposición contra la referida Orden, éste debía ser resuelto, lo que así se hizo, si bien de forma tácita (debió haberlo sido expresamente), mediante el dictado, por el mismo Director Gerente del SMS, de un acto por el que declaraba la admisión a trámite de la reclamación presentada por x, por lo que no hay, desde entonces, reparo alguno que oponer a la tramitación realizada respecto de dicha concreta reclamación.

B) En cuanto a la reclamación presentada por x en representación de su esposa, han de realizarse otro tipo de consideraciones. En efecto, la Orden antes referida admite la reclamación formulada en representación de x por entender que, al acreditar x su condición de esposo de ésta, ello le confiere tal representación. Sin embargo, ello no es correcto pues, por un lado, el artículo 1.346 del Código Civil (CC) califica como bien privativo *"el resarcimiento por daños inferidos a la persona de uno de los cónyuges o a sus bienes privativos"*, lo que implica que x no puede actuar, en este procedimiento, en representación de la sociedad de gananciales que mantiene con su esposa; y, por otro, el artículo 71 CC establece que *"ninguno de los cónyuges puede atribuirse la representación del otro sin que le hubiese sido conferida"*.

A partir de ello, si se tiene en cuenta que la última información disponible sobre el estado de la paciente y esposa del reclamante se encuentra en el informe de la Inspección Médica de 13 de julio de 2013, que indica que *"la paciente quedó en estado vegetativo persistente como secuela de PCR"* y, si como parece (nada se ha acreditado en contra), la situación actual de la paciente sigue impidiendo que pueda otorgar por sí misma su representación o ratificar acto alguno efectuado en su nombre, su representación sólo puede ser válidamente otorgada en el seno del proceso de incapacidad regulado en la vigente Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC), cuyo artículo 759.2 prevé que en la correspondiente demanda iniciadora de esta clase de procesos se solicite al Juez *"el nombramiento de la persona o personas que hayan de asistir o representar al incapaz y velar por él"*; y como la designación de representante o tutor ha de decidirse en la correspondiente sentencia, que se solicite asimismo al Juez, como medida cautelar, mientras esté pendiente el proceso y al amparo de lo previsto en el artículo 726.1º de dicha ley, que nombre un representante de x a los exclusivos efectos del presente procedimiento administrativo.

Quiere decirse, pues, que, hasta el momento, no puede considerarse acreditada en este procedimiento la válida representación de x. Teniendo en cuenta las peculiares circunstancias del caso y los Antecedentes reseñados, se estima que la instrucción debe comunicar al interesado lo anterior, es decir, la insuficiencia de su condición de esposo de la paciente como título válido para ostentar la representación de su esposa en el presente procedimiento, por las razones antes expresadas. Y, en consecuencia, y a la vista de lo establecido en el artículo 32.4 LPAC, otorgarle asimismo un plazo prudencial (vgr. un mes) para que, al amparo del artículo 759 LEC, acredite haber presentado ante el órgano judicial correspondiente una demanda de incapacitación de x en la que se incluya la solicitud de nombramiento de representante de la misma, incluyendo, como medida cautelar, al amparo del artículo 726.1º LEC, el nombramiento de un representante a los efectos del procedimiento administrativo de referencia (nº 664/2009, tramitado por el Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud), con advertencia por la instrucción de que de no acreditar, en el plazo otorgado, la presentación de dicha demanda en los términos expuestos, se procederá, de acuerdo con lo específicamente previsto *"a sensu contrario"* en el citado artículo 32.4 LPAC, a dictar resolución en los términos del artículo 71.1 LPAC respecto a la responsabilidad patrimonial en nombre de x, sin perjuicio de la resolución que, sobre el fondo del asunto, procediera dictar sobre la reclamación formulada en nombre propio por x.

En el caso de que el interesado cumplimentara lo requerido por la instrucción, y hasta que el mismo pudiera aportar al procedimiento la correspondiente resolución judicial, habría de acordarse la suspensión del plazo para resolver y notificar el presente procedimiento, al amparo y en los términos establecidos en el artículo 42.5, a) LPAC.

Obviamente, lo que resulte de la referida y necesaria actuación instructora adicional condiciona el contenido de la propuesta de resolución que hubiera de formularse, pues, a unos eventuales posteriores efectos jurisdiccionales, no es lo mismo resolver administrativamente en los términos del artículo 71.1 LPAC, en cuanto a la reclamación en nombre de x, que resolver la desestimación de tal reclamación, que implica, obviamente, tenerla por válidamente formulada. Ello con independencia de lo que hubiere de resolverse sobre el fondo de la reclamación formulada por x en nombre propio.

En consecuencia, procede realizar las referidas actuaciones instructoras y, a la vista de su resultado, adoptar el pronunciamiento que proceda sobre la reclamación formulada en nombre de x.

II. Sin perjuicio de lo anterior, por razones de economía procesal y para el caso de que finalmente hubiera de tenerse por formulada reclamación en nombre de x y, en todo caso, para dar respuesta a la reclamación formulada por x en nombre propio, y teniendo en cuenta que no hay óbices temporales en el ejercicio de las acciones resarcitorias ni más objeciones formales que las anteriormente expresadas, se realizarán las siguientes Consideraciones sobre el fondo del asunto.

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

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

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

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.

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

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente 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, entre muchos otros, 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 ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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

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

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

la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos 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).

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Inexistencia.

Según se desprende de los Antecedentes, el reclamante, en su escrito de alegaciones, imputa a la deficiente actuación de los servicios sanitarios regionales el hecho de que su esposa, que recibió asistencia médica pública desde su ingreso en el HCNO el 4 de agosto de 2008 por un ACV (en concreto, advirtiéndose un hematoma de núcleos basales izquierdos con edema perilesional y apertura a sistema ventricular), sufriera el siguiente 27 de agosto una PCR que determinó su actual estado vegetativo persistente. Considera que hubo mala praxis de los servicios médicos del HCNO, pues no trasladaron a la paciente al HUVA en el momento debido, pues en el primero de dichos hospitales la paciente sufrió múltiples infecciones pulmonares, gastrointestinales y de orina, sangrado digestivo, descompensación cardíaca y múltiples broncoaspiraciones, lo que justificaba su traslado al HUVA en una fecha anterior a la que se produjo éste.

Sobre tales alegaciones debe decirse, en primer lugar, que su relato de los hechos resulta erróneo (como ya lo era el contenido en el escrito inicial de reclamación), pues el interesado afirma que la paciente estuvo ingresada en el HCNO desde el 4 al 27 de agosto de 2008, salvo un traslado al HUVA el 21 de ese mes y año, pero que poco después volvió al HCNO (en fecha que no concreta), y que la PCR sufrida el 27 de agosto lo fue en este último hospital. Sin embargo, los informes emitidos, a la vista de la historia clínica, ponen de manifiesto que la paciente, ingresada en el HCNO desde el 4 de agosto de 2008, fue trasladada al HUVA el siguiente 21, siendo atendida primero en la UCI de este hospital y luego en planta a cargo del Servicio de Medicina Interna, donde el siguiente 27 sufre una PCR, volviendo por ello a la UCI de dicho hospital, donde permanece hasta que, una vez estabilizado su estado (con la secuela de estado vegetativo persistente derivado de la citada PCR), el 27 de noviembre de 2008 se la traslada de vuelta al HCNO para su derivación a un centro de cuidados medios.

Por otra parte, y al margen del error del reclamante en los hechos en cuestión, éste no ha aportado informe médico alguno en el que sustente sus afirmaciones sobre la mala praxis que imputa a los servicios sanitarios públicos, a pesar de que en su escrito final de alegaciones afirmó que lo presentaría.

Como hemos señalado en numerosos Dictámenes sobre asuntos análogos al presente, esa falta de presentación de informe médico alguno que razone sobre la presunta mala praxis en la asistencia sanitaria a la paciente ya justificaría sin más la desestimación de la reclamación. Pero es que, además, en el presente caso, tanto el informe de la Inspección Médica como el de la aseguradora del SMS coinciden, con extensos razonamientos médicos y análisis de los hechos, que la asistencia sanitaria dispensada tanto en el HCNO como en el HUVA fue en todo momento ajustada a la "*lex artis ad hoc*", realizándose los tratamientos y adoptando las actuaciones adecuadas a la vista de la evolución del estado de la paciente, sin que la PCR que sufrió en el HUVA se debiera a mala praxis alguna, constituyendo un acontecimiento imprevisible e inevitable, sin que se pueda determinar su concreta causa, más allá del grave estado y los antecedentes de la paciente, a cuyo efecto nos remitimos a las correspondientes consideraciones de dichos informes.

A partir de lo anterior, debe concluirse que no se ha acreditado la existencia de mala praxis médica en la prestación de los servicios sanitarios regionales cuestionados, por lo que entre éstos y los daños por los que se reclama indemnización no existe la adecuada y necesaria relación de causalidad para determinar la responsabilidad de la Administración regional.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Procede que por la instrucción del procedimiento se realicen las actuaciones indicadas en la Consideración Segunda, I, B) para determinar si ha de tenerse por formulada una reclamación de responsabilidad patrimonial en válida representación de x, por las razones allí expresadas.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución objeto del presente Dictamen, en cuanto considera formulada una reclamación de responsabilidad patrimonial en válida representación y nombre de x, se informa en este momento desfavorablemente, debiendo estarse en este punto a lo que resulte de la necesaria actuación instructora adicional, en los términos expresados en la Consideración Segunda del presente Dictamen.

TERCERA.- Sin perjuicio de lo anterior, para el caso de que tras las referidas actuaciones instructoras hubiere de tenerse por formulada reclamación en válida representación de x y, en todo caso, en lo que se refiere a la reclamación formulada en nombre propio por x, se concluye que no se ha acreditado la existencia de mala praxis médica en la prestación de los servicios sanitarios regionales cuestionados, por lo que entre éstos y los daños por los que se reclama indemnización no existe la adecuada y necesaria relación de causalidad para determinar la responsabilidad de la Administración regional, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen. En consecuencia, y sin perjuicio en todo caso de lo expresado en las Conclusiones Primera y Segunda, la propuesta de resolución, en cuanto desestimatoria de las reclamaciones, se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.

