



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen **279/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 5 de octubre 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 18 de febrero de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **68/15**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El día 18 de febrero de 2008 (registro de entrada), x, en representación de x, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud por el fallecimiento de la madre de su representado, x, que atribuye al anormal funcionamiento de los servicios médicos que le atendieron en la Fundación Hospital de Cieza.

Describe los hechos del siguiente modo:

1º) El 19 de junio de 2007, x, nacida el 28 de agosto de 1918, fue asistida en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Abarán al sufrir un fuerte dolor torácico. Explorada por el Dr. x, presentaba el siguiente cuadro clínico: tensión arterial 165/90, palidez y sudoración fría, soplo sistólico y, previo electrograma practicado, T invertida en V1 y V3, síntomas todos ellos, según expresa el reclamante, de un probable infarto. El tratamiento aplicado fue cafinitrina y traslado urgente a la Fundación Hospital de Cieza.

2º) Sobre las 4,45 horas se efectúa el traslado y las molestias iniciales fueron en aumento, agravando de forma notable el estado de la paciente.

Manifiesta que el cuadro clínico que presentaba hubiera exigido, en cumplimiento de la *praxis* médica, su traslado a la Unidad Coronaria de la UCI.

Refiere que el médico que la atendió fue el Dr. x, quien comunicó a su hijo el estado de la madre y que necesitaba

su ingreso inmediato en la UCI.

Señala que resulta inaceptable que no se efectuase tal ingreso, habida cuenta de la obligación del Hospital de proporcionar el tratamiento adecuado y poner los medios necesarios para alcanzar la sanidad.

En cuanto a la relación de causalidad con el funcionamiento del servicio público sanitario, la parte reclamante considera que se cometió una negligencia al no enviar a la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Morales Meseguer, *"mermando, en definitiva las posibilidades de ser tratada adecuadamente y precozmente, no prestándose los medios asistenciales y técnicos que son exigibles según los conocimientos y avances científicos exigibles"*. A tal conclusión se llega, según se expone, tras la lectura de la carta enviada por el Director Gerente del precitado Hospital en la que se afirma que no se procedió al ingreso de la paciente al existir imposibilidad física de ingreso en la Unidad Coronaria debido a la ocupación total de la misma. Tampoco se consultó con otro centro de referencia ante la negativa de su ingreso en el citado Hospital.

En su opinión, la situación padecida por la fallecida desde su ingreso en la Fundación Hospital de Cieza constata un mal funcionamiento debido a la falta de medios, lo que no exime de responsabilidad a la Administración sanitaria. Añade que aunque es cierto que no es posible predecir cuál hubiera sido el resultado de su ingreso, se ha producido una pérdida de oportunidad que aunque sea remota no puede quedar indemne.

Respecto al daño, manifiesta que el fallecimiento de la progenitora (a las 16 horas de su ingreso, a las 20,30 horas, por parada cardiorrespiratoria) le produjo a su representado una profunda depresión de la que no se ha recuperado, cuantificando los daños reclamados, teniendo en cuenta las circunstancias de parentesco y de convivencia, en 40.000 euros a tanto alzado, solicitando también la apertura de un periodo de prueba y el informe de los Hospitales intervinientes.

Acompaña el historial de los hechos descritos y una carta del Director Gerente del Hospital Morales Meseguer, fechada el 13 de noviembre de 2007, en la que se le informa de lo siguiente:

"1- El pasado 19-6-07 existía imposibilidad física de ingreso en nuestra Unidad Coronaria, debido a la ocupación total de la misma, siendo este el motivo fundamental de la negativa a su ingreso.

2.- El tratamiento de un infarto agudo de miocardio, que es lo que refiere sufrió su madre, es posible hacerlo también en planta de hospitalización, cuando son enfermos de edad avanzada y estables. En el caso concreto de su madre, no conocemos la situación exacta en la que se encontraba; en cualquier caso, se podría haber consultado cualquier otro centro de referencia".

También se aportan las solicitudes que el reclamante hubo de realizar a la Fundación Hospital de Cieza para que le entregaran la documentación clínica de la paciente, así como el certificado de defunción.

SEGUNDO.- Por oficio de 29 de febrero de 2008, el órgano instructor solicitó al reclamante la subsanación de los

defectos advertidos en la solicitud, concretamente la fotocopia del Libro de Familia a fin de acreditar la legitimación para reclamar. A su vez, se remitió copia de la reclamación a los distintos Centros Sanitarios, requiriendo historias clínicas e informes de los profesionales intervinientes.

TERCERO.- Con fecha 9 de abril de 2008, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación de responsabilidad patrimonial, que es notificada al letrado que actúa en representación del reclamante.

Igualmente se dio traslado de la reclamación a la correduría de seguros de la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

CUARTO.- Desde la Fundación Hospital de Cieza se comunica que los profesionales que asistieron a la paciente pertenecen a su propia plantilla y se remite, junto con la historia clínica, el informe del Dr. x, médico del Servicio de Urgencias que asistió a la paciente, que señala (folios 221 y 222):

"El día 19 de junio de 2007, cuando llego a las 9.00 h. de la mañana al hospital la paciente x ya se encuentra en una cama de observación y no en un pasillo, como consta en la reclamación.

La paciente tenía un dolor torácico con un aumento de troponina (0.18) que aún siendo significativo, no es una gran elevación, lo cual unido a que no había ascenso del segmento ST del electrocardiograma, me hizo pensar de que no se trataba de una lesión masiva del miocardio, quedando encuadrado su cuadro en lo que se denomina un SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST o IAM no Q).

A partir de ese momento, la paciente comenzó a recibir el tratamiento oportuno en la cama de observación y como en el segundo control enzimático era algo más elevada la troponina (0.62) se comenta el caso con la UCI del Hospital Morales Meseguer.

Tengo que insistir en que la paciente estuvo en todo momento recibiendo el tratamiento adecuado como un síndrome coronario agudo sin elevación del ST que era.

En efecto, la UCI del H. Morales Meseguer tampoco creyó que fuera subsidiaria de UCI dado que no había elevación del ST, que la elevación de troponina no era excesiva y que la paciente no tenía dolor torácico tras comenzar con el tratamiento en el Hospital de Cieza. Así pues, de lo que se habló en esa conversación fue de la paciente, independientemente de que hubiera o no camas libres.

A partir de ahí creí conveniente que se quedara en el área de urgencias, donde la vigilancia del paciente es más estricta, antes que subirla a la planta de hospitalización, quedando la paciente monitorizada, manteniendo su tratamiento y sus controles pertinentes de analítica y electrocardiogramas.

La paciente, ya por la tarde y puesto que se encontraba estable, iba a ingresar en la planta de hospitalización, y así se lo indiqué al familiar, en este caso su hijo.

Antes de que esto ocurriera, pasadas ya las 20.00 h. me avisan de que la paciente ha entrado en parada cardiorrespiratoria por lo que se traslada con urgencia a la sala de paradas, que se encuentra a escasos 10 metros de donde se encontraba ubicada, no en un pasillo, y se inician las maniobras de reanimación, desgraciadamente sin éxito y acaba certificándose su muerte.

He de indicar que durante el intento de reanimación de la paciente, la actividad eléctrica que aparecía en el monitor y que no era suficiente para dotarla de pulso, mostraba claros ascensos del segmento ST, lo que indica que la paciente sufrió un infarto mucho mayor que el primero y que fue fatal.

A partir de aquí, y lamentando mucho lo que sucedió, he de decir que nos encontramos con casos similares a éste en numerosas ocasiones, ya que una patología como ésta se puede llevar con éxito en una planta de hospitalización, y que yo personalmente he tenido síndromes coronarios agudos sin elevación del ST que han acabado ingresados en el hospital de Cieza y que han evolucionado satisfactoriamente, seguramente porque en estos casos no hubo un nuevo infarto que complicara la situación.

En cuanto al problema de falta de camas en la U.C.I. del hospital Morales Meseguer, si hubiera sido el problema fundamental se habría contactado con otros servicios de cuidados intensivos de la región, como se hace siempre en estos casos".

QUINTO.- El 22 de abril de 2008 (registro de salida) se solicita informe a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria (Inspección Médica en lo sucesivo).

SEXTO.- El 29 de mayo de 2009, el Servicio Jurídico de la Dirección de los Servicios Jurídicos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia solicita copia del expediente, notificando que en el Juzgado de Instrucción nº 3 de Cieza se siguen Diligencias Previas 2425/2008 por haber formulado el ahora reclamante querrela por un supuesto delito imprudente en concurso con un supuesto delito de omisión del deber de socorro contra el Director de la Fundación Hospital de Cieza (x) y los doctores x, y.

SÉPTIMO.- El informe de Inspección Médica es evacuado el 30 de junio de 2011 concluyendo lo siguiente:

"1. X de 88 años de edad con antecedentes personales de DMNID, angor, tumor en vejiga acude el 19 de junio de 2007 por dolor torácico al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Abarán donde es evacuada con juicio diagnóstico de IAM al Hospital "Fundación Cieza". La actuación del facultativo del Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Abarán es adecuada y correcta.

2. En el Servicio de Urgencias del Hospital "Fundación de Cieza" tras anamnesis, exploración física, EKG y analítica con enzimas de necrosis cardíaca se establece como juicio diagnóstico IAM no Q, se aplica tratamiento según protocolo. Actuación correcta y adecuada.

3. *El facultativo del Servicio de Urgencias del Hospital "Fundación de Cieza" tras el resultado de la segunda determinación de enzimas decide contactar con UCI del HMM y deciden que al tratarse de un SCASET es posible su tratamiento y seguimiento en el propio Hospital, en función de su evolución.*

4. *Entre los criterios de ingreso para un SCASEST no siempre es imprescindible el ingreso en una UCI sino que su tratamiento y seguimiento puede realizarse en planta hospitalaria o sala de observación del área de urgencias previo al ingreso en Servicio de Cardiología en función de la evolución de los pacientes tras la estratificación del riesgo.*

5. *Es cierto que se contactó con UCI del HMM pero no es menos cierto que se diagnosticó a la paciente y se aplicó tratamiento y seguimiento de acuerdo al protocolo de la patología y no se puede afirmar indubitativamente que la paciente fuera exitus por no ingresar en una UCI, sino por una complicación típica en el contexto de su patología".*

OCTAVO.- La compañía aseguradora -- aporta informe pericial, realizado colegiadamente por los doctores x, y, z., todos ellos especialistas en medicina interna y con experiencia en atención en Servicios de Urgencias. Este informe finaliza con las siguientes conclusiones (422 a 442):

"1. La atención en el Servicio de Urgencias del HFC fue correcta. Toda la asistencia se ajustó a la lex artis. No encontramos argumentos que sustenten una mala práctica médica.

2. El tratamiento que recibió la enferma en el Servicio de Urgencias fue el mismo que hubiera recibido en una Unidad de Cuidados Intensivos.

3. La paciente no fue trasladada a una Unidad de Cuidados Intensivos porque no se consideró que se beneficiara del ingreso en dicha Unidad. Esta decisión se tomó de forma colegiada e individualizada de acuerdo a la situación de la enferma y a su evolución médica.

4. La falta de respuesta a las medidas de reanimación cardiopulmonar avanzada iniciadas de forma inmediata implica un pésimo pronóstico del proceso de base.

5. No podemos olvidar que la enfermedad coronaria se produce en una paciente de edad muy avanzada y con varias enfermedades crónicas".

NOVENO.- A petición del órgano instructor, desde la Dirección de los Servicios Jurídicos de la Comunidad Autónoma se informa acerca del procedimiento penal que se inició en el Juzgado de Instrucción nº 3 de Cieza, remitiendo copia de los antecedentes el 16 de noviembre de 2011.

DÉCIMO.- En esa misma fecha se dicta resolución por el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, suspendiendo la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial hasta que recaiga resolución judicial en

el procedimiento penal. Esta resolución es notificada a las partes interesadas los días 20 y 21 de diciembre de 2011.

UNDÉCIMO.- El Juzgado de Instrucción núm. 3 de Cieza dicta el Auto de 8 de noviembre de 2013, por el cual se acuerda el sobreseimiento provisional de las diligencias previas 2425/2008 (folios 548 a 552).

DUODÉCIMO.- El 26 de mayo de 2014, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución por la que se alza la suspensión de la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial iniciado a instancias de x. Esta resolución es comunicada a los interesados.

DECIMOTERCERO.- Mediante sendos escritos de 11 de junio de 2014 se comunica a las partes la apertura del trámite de audiencia, constando que un representante del reclamante tuvo vista del expediente el día 24 de junio de 2014 (folio 565).

DECIMOCUARTO.- El reclamante presenta escrito de alegaciones, en la oficina de Correos en Murcia el día 30 de junio de 2014, reiterando los argumentos que sostenía en su escrito inicial. Solicita además que un perito informático proceda a examinar todas las bases de datos de la Asesoría Jurídica del Servicio Murciano de Salud con el fin de hallar una supuesta propuesta indemnizatoria que, según refiere, se le hizo desde la misma.

DECIMOQUINTO.- El órgano instructor, mediante oficio de 7 de julio de 2014, comunica al reclamante la denegación de la prueba propuesta, al no haber existido propuesta indemnizatoria alguna desde el Servicio Murciano de Salud, ya que a la vista de los informes que constan en el expediente los profesionales que asistieron a la paciente habían actuado de forma correcta.

DECIMOSEXTO.- Consta un nuevo trámite de audiencia a las compañías aseguradoras --, sin que presentaran alegaciones (folios 569 y ss.).

DECIMOSÉPTIMO.- La propuesta de resolución, de 6 de febrero de 2015, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al no existir relación de causalidad entre el fallecimiento de la paciente y la asistencia que le fue prestada por los distintos profesionales que la trataron. Destaca que los informes médicos obrantes en el procedimiento coinciden en que la actuación de los profesionales que atendieron a la paciente se ajustó a la *lex artis*, sin que haya evidencia de ninguna actuación que pudiera considerarse negligente.

DECIMOCTAVO.- Con fecha 18 de febrero de 2015 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el artículo 12 del Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP), aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

1. En principio, la legitimación activa, cuando se trata de un paciente fallecido, recae en el cónyuge y en los hijos del finado, al ostentar la condición de interesados para deducir la reclamación de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 LPAC, en relación con el artículo 4.1 RRP. En el presente caso resulta acreditado que el reclamante es hijo de la paciente fallecida de acuerdo con la copia del Libro de Familia aportada al expediente (folio 40).

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que titular del servicio público de atención sanitaria a la población, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño, así como al Centro Sanitario concertado en el que se le prestó la asistencia (Fundación Hospital de Cieza) por derivación del Servicio Murciano de Salud, conforme a nuestra doctrina (por todos, Dictamen 109/2015).

2. La acción resarcitoria ha de considerarse temporánea, puesto que se ejercitó *ad cautelam* el 18 de febrero de 2008, antes del trascurso del año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 142.5 LPAC, toda vez que el fallecimiento de la paciente se produjo el 19 de junio de 2007, y sin tener en cuenta la incidencia del proceso penal previo en las actuaciones administrativas como más adelante se expondrá.

3. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, sin perjuicio de destacar el exceso en el plazo de resolución del procedimiento (art. 13 RRP).

TERCERA.- Incidencia del proceso penal en la presente acción de responsabilidad patrimonial.

1. Sobre la interrupción del plazo de prescripción.

El artículo 142.5 LPAC establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motiva la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En el presente caso la acción de responsabilidad

patrimonial se presentó tomando el interesado como *dies a quo* la fecha del óbito; no obstante, ya se ha indicado reiteradamente por este Consejo Jurídico (Dictamen 19/2013) que al sustanciarse actuaciones penales a instancia de la querella presentada por el ahora reclamante (Procedimiento Abreviado núm. 2425/2008), el *dies a quo* sería la fecha de la firmeza de las actuaciones penales previas, conforme a la doctrina de este Consejo Jurídico (por todos Dictamen núm. 46/98), que recoge el criterio tradicional sostenido por la jurisprudencia de que el proceso penal, por su carácter atrayente y prevalente, interrumpe el plazo de prescripción para ejercitar la acción de responsabilidad administrativa, cuando la fijación de los hechos en el orden penal es necesaria para la determinación de la responsabilidad patrimonial (artículo 146.2 LPAC).

Esta incidencia del proceso penal fue tomada en cuenta por el órgano instructor, puesto que se acordó, mediante resolución de 16 de noviembre de 2011, la suspensión del procedimiento de responsabilidad patrimonial hasta tanto recayera la correspondiente resolución judicial en vía penal, dado que la determinación de los hechos en este orden jurisdiccional puede ser decisiva para la decisión administrativa. Dicha suspensión fue alzada mediante resolución de 26 de mayo de 2014, una vez que fue notificado el Auto del Juzgado de Instrucción núm. 3 de Cieza, de 8 de noviembre de 2013, que acuerda el sobreseimiento provisional de la causa penal (folio 554).

Al hilo de lo señalado, conviene centrarse en qué otros efectos tiene también en este procedimiento la fijación de los hechos y la valoración de la *praxis* médica en el orden penal.

2. Sobre la vinculación del proceso penal previo.

Sobre la incidencia del proceso penal en el posterior procedimiento de responsabilidad patrimonial y, en concreto, sobre la vinculación fáctica, el Tribunal Constitucional ha clarificado su alcance en la Sentencia 77/1983, de 3 de octubre, al enjuiciar el principio *non bis in idem*. En efecto, esta Sentencia viene a considerar que cuando un ordenamiento permite una dualidad de procedimientos, y en cada uno de ellos ha de producirse el enjuiciamiento y la calificación de unos mismos hechos, el enjuiciamiento y la calificación que en el plano jurídico pueda producirse puede hacerse con independencia si resulta de la aplicación de normativas diferentes, pero no puede ocurrir lo mismo en lo que se refiere a la apreciación de los hechos, pues es claro que unos mismos hechos no pueden existir y dejar de existir para los órganos del Estado.

En este mismo sentido, el Consejo de Estado ha recogido en su doctrina (Dictamen 2.554/94, de 16 febrero de 1995) que el relato de los hechos, considerados por el Tribunal como probados, tiene una eficacia que trasciende del proceso penal para vincular en el procedimiento administrativo, de tal modo que de tales hechos probados hay que inferir si los mismos permiten sostener la responsabilidad de la Administración. La misma idea subyace en el artículo 146.2 LPAC.

Pues bien, en la formulación de la reclamación ante la Administración regional la parte reclamante reitera el sustrato fáctico de la querella interpuesta frente al facultativo que atendió a la paciente en la Fundación Hospital de Cieza y al Director Gerente del citado Centro Hospitalario, cuyas imputaciones fueron refutadas en el Auto de 8 de noviembre de 2013, sin que se aporten nuevos elementos de imputación distintos a los que fueron ya examinados en la vía penal previa.

Sirva como ejemplo de lo señalado, frente a las imputaciones contenidas en el escrito de reclamación acerca de que se ha producido una negligencia toda vez que la paciente no fue derivada a la Unidad de Cuidados Intensivos

del Hospital Morales Meseguer, limitándose el uso idóneo de los medios que se disponen prefiriéndose otros más precarios, se señala en el referido Auto del Juzgado de Instrucción núm. 3 de Cieza, de fecha 8 de noviembre de 2013, tomando en consideración el informe pericial (Fundamento de Derecho Primero):

"(...) Mantener a la paciente en la unidad de observación de la fundación hospital de Cieza no la privó de recibir todo el tratamiento recomendado por las guías medicas europeas y americanas para estos casos, consistente en tratamiento con triple antiagregación (se añade a la aspirina, clipidogrel, además de inhibidores de la glucoproteína (Ib-IIa), junto con anticoagulación completa con enoxapirina, betabloqueantes y vasodilatadores, además de mantener, como señalábamos anteriormente, un nivel de cuidados (monitorización cardíaca y de constantes) adecuados a su enfermedad y situación)".

También toma en consideración el referido Auto, a mayor abundamiento, el informe médico forense que reproduce en sus últimos párrafos (sic): *"atendiendo a las recomendaciones de la guía y habiendo examinado las medidas aplicadas en el servicio de urgencias del hospital de Cieza, puede observarse que a la paciente se le administró conforme a la clínica que presentaba, orientativa de un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (la forma de presentación del infarto más frecuente en ancianos), el tratamiento adecuado: se le administró medicación antiisquémica y analgésica, anticoagulante y antiagregante (antitrombótica), oxígeno, monitorización electrocardiográfica y desfibrilador próximo, toma de vía venosa, sueroterapia, control de constantes, mediciones analíticas seriadas de marcadores de daño cardíaco, así como analítica general básica y radiografía de tórax, etc. A juicio de la informante y con fundamentos en las recomendaciones de la Sociedad de Cardiología, las medidas que se habrían tomado con la paciente durante este primer periodo de observación en una unidad coronaria o UCI no habrían sido distintas a las aplicadas en el servicio de urgencias. La paciente estaba adecuadamente controlada, con el tratamiento correcto y dentro del plazo establecido para su evaluación y enfoque de estrategias terapéuticas posteriores (48 horas). Se consiguió la desaparición del dolor y la estabilidad clínica, quedando pendiente su traslado a planta de hospitalización (en el hospital de Cieza existe servicio de cardiología). Antes de que esto ocurriera, sufrió un reinfarto con parada cardiorrespiratoria subsiguiente, que no pudo resolverse a pesar de las maniobras terapéuticas aplicadas".* Seguidamente la resolución judicial destaca la conclusión del informe médico forense: *"de lo anteriormente expuesto se concluye que el tratamiento médico aplicado a x por parte de los facultativos del servicio de urgencias del hospital de Cieza, fue adecuado a la dolencia que presentó la paciente, no observándose signos indicativos de mala praxis (...)".*

En el fundamento de derecho segundo del referido Auto se concluye:

"(...) Por ello, el personal sanitario actuó siguiendo correctamente los protocolos sanitarios (...) Como ya se ha dicho anteriormente la médico forense declaró en sede judicial que el tratamiento que se aplicó a la paciente fue el adecuado, que el tratamiento no hubiera sido distinto si hubiera sido ingresado en UCI, que el preinfarto que se trató en el Hospital de Cieza la paciente estaba monitorizada y medicada y que no se observa ninguna irregularidad".

CUARTA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Consideraciones generales.

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

reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

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

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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

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

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: "*ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso*

producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente".

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

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".*

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

QUINTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento del servicio público sanitario en la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Para el reclamante, la situación padecida por la fallecida, desde su ingreso en la Fundación Hospital de Cieza, constata un mal funcionamiento debido a la falta de medios, lo que no exime de responsabilidad a la Administración sanitaria, y si bien es imposible predecir cuál hubiera sido el resultado del ingreso de la paciente en la UCI, lo que es en su opinión seguro que se hubieran tenido más oportunidades de salvar su vida, produciéndose con el actuar administrativo una pérdida de oportunidad que aunque sea remota no puede quedar indemne.

Sin embargo, habiéndose rechazado en la vía penal previa las imputaciones de *mala praxis* en la asistencia prestada a la paciente por la Fundación Hospital de Cieza con los argumentos ya expuestos (Consideración Tercera), y sin que por la parte reclamante se hayan aportado nuevos informes periciales que sustenten la

reclamación de responsabilidad patrimonial, frente a los informes médicos evacuados en el presente procedimiento, que coinciden todos ellos en la adecuación de la asistencia sanitaria a la *lex artis*, sin que tampoco adviertan una pérdida de oportunidad susceptible de ser indemnizada, resulta conforme la propuesta de resolución desestimatoria sometida a Dictamen de este Consejo Jurídico, dado que se formula sobre la base de las siguientes valoraciones médicas que niegan el nexo causal entre la asistencia y el daño por el que se reclama:

1. La Inspección Médica considera que las actuaciones llevadas a cabo con la paciente, de 88 años de edad, por el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Abarán y de la Fundación Hospital de Cieza son adecuadas y correctas, señalando en su conclusión 4 (folios 419 y 420) que *"entre los criterios de ingreso para un SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación del ST) que es el caso que nos ocupa, indican que no siempre es imprescindible el ingreso en una UCI sino que su tratamiento y seguimiento puede realizarse en planta hospitalaria o sala de observación del área de urgencias previo al ingreso en Servicio de Cardiología en función de la evolución de los pacientes tras la estratificación del riesgo"*. También destaca en la conclusión 5 que se aplicó el tratamiento y seguimiento de acuerdo con el protocolo de la patología, y que su fallecimiento se debió a una complicación típica en el contexto de su patología.

2. El informe de los especialistas de medicina interna aportado por la compañía de seguros del Ente Público, señalan que todo el proceso diagnóstico fue adecuado y ajustado a la *lex artis* (folios 438 y siguientes):

"(...) De forma inmediata al diagnóstico, como hemos podido confirmar tras la revisión de la documentación aportada, la paciente comenzó a recibir el tratamiento para su enfermedad. Toda la terapia pautada fue la adecuada y la que se recomienda en las guías de tratamiento para SCASEST.

(...)

La enferma no hubiera recibido ningún cuidado, ni tratamiento diferente al que recibió en una Unidad de Cuidados Intensivos.

(...)

En las Unidades de Observación de Urgencia, el ratio de enfermería no suele superar los 6 enfermos y el de facultativos médicos no suele superar los 8 enfermos. Los pacientes pueden estar monitorizados, recibir ventilación no invasiva y tratamiento intravenoso con todas las terapias (incluyendo fibrinólisis, perfusión anticoagulante o de aminos presoras).

Es frecuente que los pacientes con síndrome coronario agudo sean manejados en estas unidades, en especial en ausencia de tratamiento fibrinolítico y en pacientes de edad avanzada. La práctica habitual, por tanto en este caso apoya el manejo que se llevó a cabo con la enferma.

Por las anotaciones médicas, conocemos que la enferma experimentó una clara mejoría de los síntomas en las

fases iniciales del tratamiento. No se produjeron cambios electrocardiográficos durante el periodo de observación. La elevación enzimática (troponina) no fue considerable en ninguna de las determinaciones seriadas.

(...)

No consideramos posible la existencia de un pronóstico distinto y más favorable por un manejo del proceso en una Unidad de Cuidados Intensivos.

La atención del Servicio de Urgencias fue en todo momento correcta. El verdadero factor determinante en el fallecimiento fue la evolución de la lesión coronaria en una paciente añosa y con factores de riesgo cardiovascular.

No debemos olvidar, que en un elevado número de casos, la parada cardiorrespiratoria es el evento final de un deterioro orgánico progresivo e irreversible. Es por esto, por lo que los porcentajes de recuperación tras las maniobras de RCP no se han incrementado de forma significativa en las últimas décadas".

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

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, ya que no se han acreditado los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

No obstante, V.E. resolverá.