



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **327/2017**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 20 de noviembre de 2017, 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 Excmo. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 4 de noviembre de 2016, sobre responsabilidad patrimonial instada inicialmente por x y otros (luego x y otros), como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **314/16**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 20 de julio de 2011 se presentó escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS), formulado por x en representación de x, y, z..., en la que, en síntesis, expresa lo siguiente:

x, hijo de la primera y hermano de los restantes reclamantes, ingresó el 25 de marzo de 2004 en el hospital psiquiátrico "Román Alberca" (HRA), de Murcia, aquejado de un brote de esquizofrenia paranoide. El 27 de marzo de 2004 el paciente es ingresado en el hospital "Morales Meseguer" (HMM), de Murcia, en estado de coma, Glasgow de 3 puntos y bradicardia a 30 pm., con ausencia de pulso palpable, falleciendo el siguiente 22 de abril.

Según los reclamantes, el coma profundo se produjo por un colapso pulmonar en situación de coma vigil, por una encefalopatía tras parada cardiorrespiratoria, con hipoglucemia severa y depresión neurológica y respiratoria, derivada de una intoxicación por sedantes que le fueron administrados en el HRA. Los sedantes se administraron por vía parenteral, siguiendo el tratamiento prescrito por el psiquiatra facultativo que atendió al paciente en el momento de su ingreso, en la tarde de ese mismo día, 25 de marzo, se suspendió el tratamiento por la aparición de un episodio de sedación muy profunda, pero a la mañana siguiente se mantuvo el tratamiento a pesar de que el paciente presentaba, según el Dr. x, que lo asistía: *"un lenguaje desgajado, pregunta ... en tono bajo, casi musitando"*.

El día 26 de marzo de 2004 el paciente pasó la mañana muy somnoliento y por la tarde durmiendo, algo somnoliento, por la noche duerme. En la mañana del día 27 de marzo se le encuentra *"muy somnoliento, respiración superficial" y "sin respuesta a estímulos"*, por lo que el Dr. x, tras reconocerlo, ordena su traslado al Servicio de Urgencias del HMM. El paciente llega al hospital a las 10:30 horas (aunque según la historia clínica el paciente ingresa a las 10:24 horas) en parada cardiorrespiratoria provocada por *"probable intoxicación por sedantes"* junto a *"hipoglucemia y encefalopatía postanóxica"*. Aunque el paciente recuperó el ritmo cardíaco, tras

la terapia de reanimación avanzada presentó una encefalopatía postanóxica severa que le llevó a una situación neurológica de coma vigil, con respiración espontánea a través de traqueotomía.

El 20 de abril de 2004 el paciente fue dado de alta en UCI en estado de coma irreversible, falleciendo el 22 de abril de 2004 a las 14:45 horas.

Siguen exponiendo que tras el fallecimiento se siguió procedimiento penal (Procedimiento Abreviado nº 237/2008, en el Juzgado de lo Penal nº 1 de Murcia, derivado de las Diligencias Previas nº 1969/2005, en el Juzgado de Instrucción nº 6 de Murcia), que concluyó mediante Auto de 21 de julio de 2010 (documento del que se aporta copia por el interesado), que acordaba el archivo definitivo de la causa por haber presentado la acusación particular escrito de renuncia a la acción penal el día 15 de abril de 2010.

Entienden los reclamantes que existieron varias actuaciones negligentes en el cuidado de x: "a) *En primer lugar, el tratamiento psiquiátrico prescrito no tuvo en cuenta el estado del paciente y un estado de sedación muy profunda previo y, por tanto, fue inadecuado*", reseñando el tratamiento farmacológico dispensado, considerando que la acumulación de sedantes desencadenó su posterior muerte; "b) *En segundo lugar, el tratamiento de medicina interna, en especial el hipoglucemante Euglucón 5, prescrito y administrado al paciente por la noche, fue un tratamiento erróneo, incorrecto y especialmente contraindicado en el Vademécum*, considerando que "... a la vista de las observaciones de enfermería y las gráficas, no se instauró ningún otro tratamiento que pudiera paliar la patología, sino que se le administró "Euglucón", lo que produjo un nivel de hipoglucemia absolutamente descontrolado, insólito en sede hospitalaria. Es decir, parece que no se le instauró al paciente, ante las gravísimas glucemias los días 26 y 27, y que figuran en el documento de Control de Glucemias, ningún tratamiento que no fuera el insuficiente suero con glucosa, agravado con la administración de Euglucón"; "c) *En tercer lugar, el manejo clínico del paciente, con el cuadro clínico que presentaba, a pesar de su extrema delgadez y su escasísima alimentación, con un episodio de sedación muy profunda, requería una monitorización más adecuada que una única medición basal diaria de glucemia, requería más exhaustivos controles para procurar mejores cuidados (en cualquier sede hospitalaria los controles de glucemia se realizan cada 6 o, como máximo, cada 8 horas)*", expresando que los controles de glucemia realizados fueron insuficientes; "d) *En cuarto lugar, es probable que el paciente en sede hospitalaria tuviera descontrolada la glucemia, como muestran las gráficas, lo que supuso un mal cuidado y un mal manejo clínico del paciente*"; "e) *Y en quinto y último lugar, el traslado del paciente (del que, increíblemente, no se redactó informe) fue absolutamente inadecuado*".

Por todo ello, los reclamantes solicitan una indemnización global de 300.000 euros, sin mayor especificación, y proponen como prueba documental sus respectivas historias clínicas en los citados hospitales y la documentación de las indicadas actuaciones penales.

SEGUNDO.- Mediante oficio de 3 de agosto de 2011 el Servicio Jurídico del SMS requirió al compareciente para que acreditara su representación, la legitimación de sus representados mediante la presentación del Libro de familia y que justificara la no prescripción de la reclamación.

TERCERO.- El 14 de octubre de 2011 el compareciente aportó poder notarial acreditativo de la representación otorgada a su favor por los hermanos del paciente y comunica el fallecimiento de la madre de éste, solicitando que no se la tenga por parte interesada en el procedimiento. Además, adjunta documentación relativa a las actuaciones penales seguidas por los hechos de referencia para justificar la no prescripción de la acción de reclamación.

CUARTO.- Previa propuesta del referido Servicio Jurídico, mediante Orden de la Consejera de Salud de 4 de abril de 2012 se acuerda la inadmisión de la reclamación, por considerarla extemporánea. Presentado recurso de reposición por los interesados, fue estimado, a propuesta del referido Servicio, mediante Orden de dicha Consejera de 10 de agosto de 2012.

QUINTO.- El 23 de noviembre de 2012 la instrucción incorpora al procedimiento copia del expediente nº 289/04, aperturado en su día en el SMS como consecuencia de las actuaciones judiciales iniciadas ante la jurisdicción penal y que contiene la historia clínica del paciente (expediente que consta de 329 folios, obrantes como Anexo al final del principal de 872 folios -índice y extracto incluidos- remitido a este Consejo Jurídico).

SEXTO.- Mediante escrito de 26 de noviembre de 2012, los reclamantes aportan copia de los autos del Procedimiento Abreviado nº 110/2006 (Diligencias Previas nº 1969/2005), seguidos en el Juzgado de Instrucción nº 6 de Murcia (folios 96-612), y el Servicio Jurídico de la Comunidad Autónoma-SMS remite también los antecedentes que le constan al respecto (folios 614-782).

SÉPTIMO.- Mediante escritos de 30 de noviembre de 2012 se solicitó al HRA y al HMM que remitieran los informes de los profesionales que asistieron al paciente, siendo cumplimentado mediante sendos oficios de 18 de diciembre de 2012 y 10 de enero de 2013.

El primero de ellos adjunta escritos de 12 y 14 de diciembre de 2012, en los que los facultativos x, y, z... se ratifican lo declarado en las actuaciones penales de referencia.

El segundo de tales oficios adjunta escritos de 10 de enero de 2013, en los que los facultativos x, y se ratifican en lo declarado en las actuaciones penales de referencia.

OCTAVO.- Solicitud copia de dichas actuaciones penales al Juzgado de lo Penal nº 1 de Murcia, la propuesta de resolución, de posterior reseña, expresa que, ante la imposibilidad de remitirlos dicho Juzgado (no consta la causa), la instructora se personó en el mismo y, una vez examinado el procedimiento penal y para evitar duplicidades respecto de lo ya incorporado al expediente, sólo consideró necesario obtener de aquél e incluir en éste copia del escrito de conclusiones realizado por la compañía de seguros "--" (folios 796-803) y del informe pericial aportado por la representación procesal de x (folios 804-807).

NOVENO.- Solicitado informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 3 de febrero de 2016, que finaliza con las siguientes conclusiones (folios 815-829):

"1. La asistencia recibida desde el punto de vista de la patología psiquiátrica en el Psiquiátrico Román Alberca es correcta y se ajusta a la praxis indicada en las situaciones de crisis expansiva de la enfermedad mental del paciente.

2. La sedación medicamentosa recibida se corresponde con una correcta praxis desde el punto de vista de

su indicación y en la aplicación de cada uno de los fármacos indicados en posología que se ajusta a ficha técnica y se encuentra en rangos y márgenes de seguridad terapéuticos.

3. *El control glucémico del paciente podría haber ofrecido una mayor información con una mayor frecuencia de determinaciones de glucosa en sangre y facilitar así la toma de decisiones diagnóstico terapéuticas frente a una sola determinación diaria.*
4. *Aunque existen patrones fijos o consensuados de la frecuencia de estas pruebas de monitorización glucémica, en un paciente diabético ingresado, agitado y con multipatología importante de base y tendencia observada de cifras bajas de glucemia, hubiera sido recomendable un más frecuente control diario de las cifras de glucemia.*
5. *La asistencia recibida en el Servicio de Urgencias del H. Universitario Morales Meseguer es adecuada y ajustada en las dos ocasiones donde el servicio interviene prestando su atención.*
6. *Durante su ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos y planta de Hospitalización de Medicina Interna del H. Universitario Morales Meseguer el paciente recibió asistencia acorde a su situación clínica conforme la correcta práctica médica establecida.*
7. *El transporte sanitario realizado mediante vehículo dotado con personal de enfermería es adecuado a la situación clínica que lo motiva y que recoge la historia clínica.*
8. *No hay constancia en la documentación analizada de la realización de autopsia clínica o médico-legal, aun habiendo sido solicitada por los familiares.*
9. *No es posible establecer de forma fehaciente y que establezca nexo de causalidad el origen etiológico de la parada cardiorrespiratoria sufrida por el paciente".*

DÉCIMO.- Obra en el expediente un informe pericial, de 18 de abril de 2016, aportado por la compañía aseguradora del SMS, realizado por varios especialistas en Medicina Interna (folios 830-837), que concluye así:

- "1. *El paciente falleció a consecuencia de una encefalopatía hipóxica/metabólica después de presentar una parada cardiorrespiratoria funcional de la que fue recuperado con maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada.*
2. *A efectos de las consideraciones médicas hemos considerado que el enfermo presentó el equivalente a una situación de muerte súbita con parada cardiorrespiratoria funcional (aunque tenía ritmo cardíaco a 30 por minuto, no se palpaba pulso), aunque realmente en la muerte súbita no hay recuperación.*
3. *No es posible asegurar cuál fue la causa de esta "muerte súbita", pero la posibilidad más probable es un infarto agudo de miocardio o arritmia grave en el seno de un síndrome coronario agudo.*
4. *La única alteración analítica significativa que presentaba el paciente era una hipoglucemia. En la determinación anterior (aproximadamente hora y media antes) la cifra de glucosa era baja, pero no era una hipoglucemia.*

5. *El objetivo de una sedación es precisamente sedar al paciente, por lo que una sedación intensa solo indica que se ha aplicado un tratamiento efectivo. El único riesgo significativo de una sedación es la parada respiratoria (no cardíaca), que no presentó este paciente.*
6. *El control de la glucemia durante su estancia en el hospital psiquiátrico fue la recomendada por la mayoría de los expertos. Un control más estricto de la glucemia no hubiese modificado el tratamiento.*
7. *El traslado al hospital Morales Meseguer se hizo de la forma adecuada. Acompañado por una enfermera, sin que el estado del paciente se modificase durante el traslado.*
8. *Unos 40 minutos después de llegar al Hospital Morales Meseguer presentó la parada cardiaca funcional y se detectó por primera vez hipoglucemia (41), que antes no había tenido.*
9. *Creemos que la actuación de los diferentes profesionales que han actuado en la atención de este paciente ha sido correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*.*

UNDÉCIMO.- Mediante oficios de 2 de mayo de 2016 se acordó un trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, presentando el representante de los reclamantes un escrito, de 11 de mayo de 2016, en el que se limita a dar por reproducidas sus alegaciones anteriores.

DUODÉCIMO.- El 14 de octubre de 2016 se formula una propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por no acreditarse infracción a la "*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), vista la fecha de su iniciación.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Como cuestión preliminar, debe expresarse que la reclamación objeto del presente procedimiento fue formulada inicialmente en alegada (y no acreditada) representación de la madre y determinados hermanos del paciente en cuestión (parentesco que se desprende de las actuaciones penales incorporadas); el compareciente, tras recibir el correspondiente requerimiento al efecto por el SMS, mediante escrito presentado el 14 de octubre de 2011 aportó poder notarial acreditativo de la representación otorgada a su favor por los hermanos de dicho paciente, comunicando asimismo el fallecimiento de la madre de éste x (extremo no discutido), y solicitando que no se la tuviera por parte interesada en el procedimiento. Dado que en el expediente sólo consta la voluntad de los citados hermanos de reclamar indemnización a título de tal vínculo familiar con el finado, la resolución final debe considerar como reclamantes sólo a dichas personas y por el referido parentesco con aquél, no debiendo considerarse como reclamante a x.

Los indicados reclamantes tienen legitimación para formular la pretensión indemnizatoria objeto del presente procedimiento, fundada en el daño moral inherente al fallecimiento de su hermano, parentesco adecuado a estos efectos resarcitorios por aplicación analógica del baremo utilizado en materia de accidentes de tráfico.

Por su parte, la Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al anormal funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia, prestados a través de su SMS.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay reparo que oponer, vista la fecha de los hechos y la de la presentación de la reclamación, considerando a estos efectos la fecha de iniciación y terminación de las actuaciones penales seguidas por los mismos hechos, según se desprende del expediente remitido.

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.

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 3^a, 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 3^a, 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 1^a, 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 intervenientes, 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. Falta de acreditación.

I. Los reclamantes consideran que el fallecimiento de su hermano fue consecuencia de la defectuosa asistencia prestada al mismo por el HRA desde su ingreso en dicho hospital el 25 de marzo de 2004 hasta su ingreso el siguiente 27 en el Servicio de Urgencias del HMM, por el inadecuado tratamiento que desglosan en su escrito de reclamación, resumido en el Antecedente Primero.

Acreditada la realidad del daño moral por el que reclaman (el inherente al fallecimiento del paciente el 22 de abril de 2004), debe analizarse si, en el caso, entre tal daño y el funcionamiento de los servicios sanitarios cuestionados concurre o no una relación de causalidad adecuada a efectos de determinar la responsabilidad patrimonial administrativa que se pretende, conforme con lo expresado en la precedente Consideración.

II. El presente caso es análogo a otros abordados por este Consejo Jurídico en sus Dictámenes nº 324/2015, de 9 de noviembre, y nº 257/2016, de 19 de septiembre, en donde las alegaciones de los reclamantes en el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial no difieren sustancialmente de las efectuadas en unas previas actuaciones penales en las que se emitieron informes del forense en los que concluía en la inexistencia de mala praxis en la asistencia sanitaria cuestionada, y sin que en la posterior vía administrativa los reclamantes aportasen informe pericial alguno que permitiese replantear fundamentalmente la posible concurrencia de mala praxis médica que justificara su pretensión indemnizatoria.

Por ello, debemos reiterar lo expresado en alguno de tales casos, como el abordado en el citado Dictamen nº 324/2015:

"De esta forma, ante la ausencia de toda alegación de los reclamantes distintas de las que fueron aducidas en su momento en las actuaciones penales y que fueron rechazadas por los diferentes órganos judiciales en sus respectivos Autos de sobreseimiento con base en los informes de los facultativos forenses intervenientes, concluyentes en la ausencia de toda infracción a la "lex artis ad hoc" en la asistencia sanitaria que allí se cuestionaba, debe afirmarse que, en el presente procedimiento administrativo, ante la total carencia de alegaciones y pruebas que fundamenten la reclamación presentada, no hubiera sido siquiera necesario recabar los informes médicos de la aseguradora del SMS ni de la Inspección Médica, acto técnico este último que requiere del empleo de los recursos personales y materiales de la Administración regional (que no son ilimitados, menos aún ante la conocida situación que supone el muy elevado número de reclamaciones presentadas en esta materia); intervención técnica ésta que debe justificarse en la existencia, como mínimo, de unas previas alegaciones de los reclamantes distintas de las que ya fueron abordadas y desestimadas en las actuaciones penales, o bien de la alegación de las mismas pero apoyadas en informes periciales que sustenten las imputaciones de mala praxis que realicen."

Por lo demás, hemos de remitirnos a los referidos informes de la aseguradora del SMS y de la Inspección Médica, cuyas conclusiones se reseñan en los Antecedentes de este Dictamen, y que abundan en las razones de la desestimación de la reclamación, de las que se hace eco la propuesta de resolución objeto de Dictamen".

III. Aplicado todo ello al caso que nos ocupa, resulta que el informe del Médico Forense de 29 de junio de 2005 concluye lo siguiente:

"El tratamiento farmacológico empleado fue oportuno tanto en su indicación como en forma de administración; adecuado y correcto, situándose en rangos terapéuticos. Siendo la asistencia en la que intervinieron los distintos facultativos técnicamente adecuada y oportuna clínicamente en relación con la evolución del cuadro clínico.

Con criterios periciales no existe relación de causalidad directa y exclusiva entre la praxis clínico-terapéutica realizada y el óbito del paciente" (f. 365 y 366 exp.).

Dicho informe fue ampliado en sus consideraciones mediante otro de 6 de marzo de 2006, sin variar las conclusiones del primero. Y ambos fueron ratificados por el Médico Forense en su comparecencia y declaración del siguiente 26 de abril, a preguntas del letrado de los reclamantes. De ésta se destaca el extremo en el que "preguntado sobre si a su entender no hubiera sido conveniente hacer una motorización (sic, debe ser monitorización) cada seis horas para ver su estado, dice: Que no y que era un enfermo que ya en ingresos anteriores había tenido niveles muy bajos de glucemia" (f. 399 exp.).

Además, debe destacarse lo expresado en las consideraciones del informe pericial de la aseguradora del SMS (cuyas conclusiones se transcribieron en el Antecedente Décimo), en el siguiente sentido:

"En cuanto al control y tratamiento de la glucemia hay que tener en cuenta que el paciente era diabético tipo II, en tratamiento con glibenclamida, una sulfonilurea, que (es) un antidiabético oral de acción prolongada (24 horas) que puede producir hipoglucemia. Mientras que en los diabéticos en tratamiento con insulina se recomienda hacer, al menos, tres determinaciones de glucemia al día para un control estricto de la glucemia, no hay normas establecidas sobre cuál debe ser el control de los enfermos que están en tratamiento con antidiabéticos orales, recomendándose que se haga una determinación al día. A este enfermo se le hicieron dos determinaciones el primer día que mostraron unas cifras de glucemia superiores a lo normal, pero dentro de los límites que se aceptan en un diabético (135 y 160). El segundo día se hizo una determinación que resultó ser 61. No sabemos el momento del día en que se hizo, pero teniendo en cuenta que a partir de la merienda el paciente comenzó a comer la dieta que tenía indicada y estaba con suero glucosado, esta cifra no es preocupante ni necesita tratamiento y por ello no se repitió ese día. El tercer día, estando el enfermo ya con mal estado general se repitió por la mañana la glucemia, siendo 55 y entonces se envió al hospital.

La cifra baja de glucemia que presentaba el enfermo debe atribuirse al tratamiento que había estado tomando antes de ingresar con Daonil/Euglucon, un antidiabético oral que disminuye la glucemia y cuyo efecto puede durar hasta 72 horas. El enfermo tenía una diabetes no insulino dependiente y en esta situación no se precisa ningún control especial de la diabetes a no ser que exista una posible causa descompensadora como es una infección. Este enfermo no tenía datos de infección, por lo que la diabetes no requería ningún cuidado especial. Por último, la actuación médica ante el hallazgo de una cifra de glucosa de 55 puede considerarse correcta, ya esta cifra no constituye una hipoglucemia (se habla de ello cuando la glucosa es menor de 50-55) y además el paciente no tenía sudoración, piel fría ni horripilación (piel de gallina), que aparecen cuando existe una hipoglucemia. Ante la decisión de enviar al paciente al hospital general, pareció más adecuado dejar que allí se decidiese el tratamiento completo, ya que no era urgente la elevación de la cifra de glucosa y el enfermo estaba con suero glucosado.

Por tanto, en el hospital psiquiátrico el enfermo no tuvo en ningún momento hipoglucemia y, por tanto, no hay ningún tratamiento inadecuado de la glucemia, siendo el control el recomendado por la mayoría de los expertos.

"En el informe de Inspección se sugiere que un control más estricto hubiese permitido una mejor valoración de la situación de la glucemia, pero insistimos en que el paciente no tuvo hipoglucemia antes de llegar al hospital Morales Meseguer y, por tanto, un control más estricto no hubiese modificado de forma significativa la actuación sobre la glucemia. En este sentido hay que tener en cuenta que el enfermo tenía prescrita la administración de 1200 cc de suero glucosado (suponemos que al 5%), lo que supone la administración de 60 gramos de glucosa, lo que, unido a la ingesta oral, proporciona más de los 100 gramos recomendados al día" (f. 840 y 841 exp.).

Frente a todo ello, como se dijo al comienzo, los reclamantes no aportan informe alguno que pudiese desvirtuar las conclusiones médicas alcanzadas por los informes antes reseñados.

IV. A la vista de todo lo anterior, debe concluirse que no puede considerarse acreditada la existencia de una mala praxis en la asistencia sanitaria pública cuestionada, por lo que, conforme con lo señalado en la Consideración precedente, no existe una relación de causalidad jurídicamente adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por lo que procede desestimar la reclamación.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- La resolución final del procedimiento no debe considerar como reclamante a x, debiendo considerar como reclamantes a x, y, z..., a título de hermanos de x, por las razones expresadas en la Consideración Segunda, I, del presente Dictamen, lo que debe reflejarse en dicha resolución.

SEGUNDA.- A los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional que se pretende, no se acredita la existencia de una relación de causalidad jurídicamente adecuada entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen. En consecuencia, la propuesta de resolución remitida, en cuanto es desestimatoria de la reclamación por tales motivos, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.