



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **60/2018**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 5 de marzo de 2018, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 11 de octubre de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **300/17**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha de registro de entrada de 3 de noviembre de 2011, x y cuatro hermanos más presentaron una reclamación por el fallecimiento de su padre como consecuencia de la que consideran una deficiente asistencia sanitaria, al sufrir un infarto agudo de miocardio provocado posiblemente por la situación de estrés y shock séptico de origen urinario secundario a raíz del traumatismo uretral sufrido (folios 1 a 218 expte.).

Los reclamantes cuantifican la indemnización en 150.000 euros, sin especificar los parámetros en los que fundamentan dicha cantidad.

En cuanto a la prueba propuesta, solicitan, además de documental e informe de la Inspección Médica, la testifical de todo el personal sanitario que atendió al paciente.

SEGUNDO.- Por Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud de 10 de noviembre de 2011 se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, que fue notificada a los reclamantes el 15 de diciembre siguiente (folios 219 a 221 bis II expte.).

Al mismo tiempo la reclamación se notificó a la Gerencia de Área de Salud IX-Vega Alta del Segura, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao-, a la Correduría -- a efectos de su traslado a la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria (folios 222 a 225 expte.).

TERCERO.- Fueron recabados y remitidos la historia clínica del paciente (folios 228 a 449 expte.), y el

informe de los profesionales implicados.

Consta informe, de 13 de abril de 2011, de la Dra. x, especialista en Medicina Interna del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, en contestación al escrito de x, donde expresa lo siguiente:

"Al ingreso en planta, el 25/11/10 y como parte de la historia clínica habitual se le pregunta a su acompañante (hija: --) si su padre bebe, a lo que contesta que es bebedor leve, y así queda reflejado en su historia. La anamnesis se le realiza a la familia debido a la situación clínica del paciente durante el ingreso (cuadro confusional) y a que no colabora a la misma. Hacer constar que como parte de la exploración habitual el paciente presenta hepatomegalia no dolorosa y elevación de hemidiafragma derecho.

Durante los primeros días del ingreso el paciente presenta episodios de agitación psicomotriz y agresividad, precisando sujeción mecánica y que no mejora con tratamiento al uso de un posible cuadro confusional asociado a la hospitalización (neurolépticos).

Los días siguientes persiste el cuadro de agitación del paciente.

El 29/11/10, durante la visita diaria el familiar acompañante (que se identifica como su hijo) me informa (sin que yo le interrogue al respecto) de que su padre bebe durante muchos años previos al ingreso algo más de 1/2 botella de vino al día y coñac, y que mantenía dicho consumo en la actualidad. Esto equivale a más de 40 gr/día de alcohol consumido de forma crónica.

Debido a esta información y ante la sospecha de un cuadro de privación alcohólica se modifica el tratamiento del cuadro de agitación referido añadiendo benzodiacepinas, con lo que el paciente mejora ostensiblemente.

Además como parámetros analíticos que apoyan el diagnóstico de consumo de alcohol, durante el ingreso se detecta:

- Coagulopatía (definida como INR>1.5, durante todo el ingreso en ausencia de anticoagulación con dicumarínicos),

- Elevación discreta de transaminasas (GOT) y LDH

- Y ecografía abdominal con hígado aumentado de tamaño, de ecogenicidad brillante difusa sin lesiones focales, compatible con esteatosis leve (estadio inicial de una hepatopatía alcohólica).

Por todo esto, y presuponiendo la buena voluntad y la veracidad de todas las informaciones vertidas por los familiares se da como cierta la información proferida por su hijo y se identifica el cuadro de agitación del paciente cuadro de privación alcohólica con buena respuesta al tratamiento específico y se añade como comorbilidad del paciente: alcoholismo. Y de este modo se incluye en el informe de exitus.

Así mismo, me gustaría hacer constar que el hecho de haber asumido dicho antecedente no modificó el rigor científico del tratamiento administrado al paciente de la patología que justificó su ingreso (síndrome coronario agudo sin elevación del ST) ni tampoco los esfuerzos terapéuticos dirigidos a su mejora.

Del mismo modo deseo pedir disculpas a su hija, por si en algún momento mi informe supone algún desagravio o ha añadido mayor tristeza al hecho ya desafortunado del fallecimiento de un familiar. Así como mis sinceras condolencias".

En fecha 22 de noviembre emite informe el Dr. x (folios 451 y 452), Médico de Guardia de Medicina Interna, donde expone lo siguiente:

"El día 7 de diciembre de 2010, yo x, médico del Hospital de La Vega Lorenzo Guirao, con número de colegiado -- en Murcia, encontrándome de guardia de medicina interna en el día indicado, atendí al paciente x. En relación con la reclamación presentada por su hija x, deseo hacer las siguientes puntualizaciones:

- El paciente x, de 88 años de edad, con número de historia clínica de nuestro hospital 4800, se encontraba ingresado en la cama B de la habitación 217, con cargo a la Dra. x, especialista en Medicina Interna.

- Mostrando los siguientes antecedentes personales a destacar. Consumo etílico habitual con esteatosis hepática, hipertensión arterial con cardiopatía hipertensiva moderada (según datos de la última ecocardiografía practicada, se apreciaban signos de hipertrofia concéntrica moderada del ventrículo izquierdo, con una contractilidad global ligeramente deprimida con una fracción de eyección del 44% y una marcada dilatación de la aurícula izquierda), fibrilación auricular crónica antiagregada; hipertrofia benigna de próstata en tratamiento con sonda vesical permanente con infecciones urinarias de repetición, deterioro cognitivo leve-moderado con dependencia para las actividades de la vida diaria y una situación basal de alternancia cama sillón con desplazamiento desde abril de 2008 en su domicilio con la ayuda de andador y en la calle mediante silla de ruedas.

- El paciente se encontraba ingresado en la planta por un cuadro de insuficiencia cardíaca crónica descompensada en el marco de sus antecedentes, con un cuadro de síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Llevaba tratamiento con diurético, antiagregante (AAS), clexane, estatina y betabloqueante.

- Había sufrido un cuadro de agitación psicomotriz en probable relación con privación alcohólica que se controló parcialmente con neurolépticos (tiaprizal durante los días iniciales tras el ingreso, y después con risperidona).

- El día 7-12-2010:

1. El paciente había sufrido una hemorragia uretral notable tras una tracción accidental, al pisar el paciente el sistema de sondaje vesical: comprobándose la presencia de hematuria con coágulos, y retirándose el sondaje vesical. En analítica realizada esa mañana, a las 10 horas y 47 minutos, mostró unos valores de hemoglobina de 15.1 gr/L, y de hematocrito de 46.3%; y por la tarde durante mi guardia en la analítica realizada a las 18 horas, una hemoglobina de 13.1 gr/L, con un hematocrito de 39.2%, con mínima reducción de las cifras de hematocrito, pero que en ningún caso justifican una transfusión sanguínea. Actuando de la siguiente manera:

1. Se suspenden los fármacos siguientes: Tromalyt 150 (ácido acetilsalicílico microencapsulado), y clexane (heparina de bajo peso molecular de nombre enoxaparina), dado que ambos pueden favorecer el sangrado;
2. Pautando Caproamín 1 ampolla cada 6 horas diluida en 100 cc de suero glucosado al 5% (antifibrinolítico: para evitar el sangrado);
3. Se habló telefónicamente con el médico urólogo de guardia localizada, comentándole que el paciente presenta hematuria con coágulos y que se ha retirado la sonda vesical con imposibilidad de recolocación, me pregunta sobre la situación clínica del paciente y le digo que es delicada, me pregunta asimismo si el paciente orina a través de la uretra y le digo que sí; me dice que en ese caso ante la situación clínica del paciente que se observe y si deja de orinar se le llame nuevamente para practicar una cateterización suprapúbica.
2. Se comprueba en esa analítica practicada a las 18 horas, en mi guardia, asimismo la presencia de leucocitos aumentados de 31600/mm3, con una mínima reducción de las plaquetas, con el antecedente de ser portador de sondaje vesical de larga duración, y el traumatismo uretral; impresionando el cuadro clínico de una sepsis de foco urinario, y recibiendo el paciente tratamiento con oxigenoterapia, sueroterapia, y antibióticos (linezolid y meropenem).
3. Comento a su familia la delicada situación clínica y la posibilidad de que se pueda morir.
4. Ante la deteriorada situación clínica del paciente, de 88 años de edad con múltiples comorbilidades: con esteatosis hepática, hipertensión arterial con cardiopatía hipertensiva moderada con fracción de eyección del 44% y marcada dilatación de la aurícula izquierda, fibrilación auricular crónica antiagregada, hipertrofia benigna de próstata en tratamiento con sonda vesical permanente con infecciones urinarias de repetición y con deterioro cognitivo leve-moderado (demencia, con dieta por túrmix sin sal y agua gelificada para evitar la aspiración al pulmón de los líquidos); y su situación clínica actual de insuficiencia cardíaca crónica agudizada con derrame pleural, e IAM no Q al ingreso, síndrome confusional (delirium tremens) con sus correspondientes tratamientos específicos: no considero indicado, bajo mi criterio médico, el traslado del paciente a otro hospital ni a cuidados intensivos.
5. A pesar del tratamiento practicado, el paciente evoluciona desfavorablemente y fallece a las 19 horas y 40 minutos del día 7 de diciembre de 2010".

Con fecha 23 de noviembre de 2011 la Dra. x emite nuevo informe (folio 451 expte.) del siguiente tenor literal:

"Examinada la reclamación patrimonial interpuesta por x, se observa que el informe que se me solicita, relativo a los hechos descritos en la misma, ya se realizó con el informe de exitus redactado tras el fallecimiento del paciente x, con lo que me ratifico en lo ya expuesto en el mismo.

En su caso, aclarar que el paciente falleció a consecuencia de un shock séptico, desencadenado debido a que era portador de sonda urinaria de larga evolución junto con la hemorragia uretral, cuyo tratamiento de elección son antibióticos de amplio espectro, que se pusieron en cuanto comenzó el cuadro, y no a un infarto no Q, como señala la reclamación.

Dicho infarto fue la causa de ingreso del paciente, del cual se encontraba estable.

Con respecto a la rectificación que se me pide me remito al escrito, dirigido a la hermana de la reclamante (x) el 13 de Abril de 2011, donde se explica claramente que su hermano fue el que me facilitó la información de que su padre era bebedor, y qué datos médicos avalaban dicha afirmación. De todas formas, volver a repetir que en ningún momento dicho antecedente modificó el tratamiento realizado ni influyó en la causa de su fallecimiento".

Con fecha 7 de diciembre de 2011 emite informe (folio 456 expte.) el Jefe de Servicio de Urología, Dr. x, en el que expone lo siguiente:

"En relación a la reclamación presentada x y otros acerca del paciente x le informo que el urólogo fue avisado por tracción de sonda vesical con uretrorragia posterior e imposibilidad de recolocación de sonda. En situación clínicamente inestable y con micción espontánea se consensuó con internista de guardia se decidió observación y en caso de imposibilidad para orinar seríamos avisados para valorar la punción suprapúbica".

Con fecha 12 de marzo de 2012 se solicita de la Inspección Médica informe valorativo de la reclamación formulada (folio 475 expte.).

CUARTO.- Mediante oficio de 10 de enero de 2012 la instructora del expediente resuelve sobre la prueba propuesta (folio 458 expte.), considerando que la testifical de los profesionales que atendieron al paciente deberá hacerse por escrito por motivos laborales.

Interpuesto recurso de reposición sobre la decisión respecto de la práctica de prueba (folios 460 y 461 expte.), es inadmitido mediante Orden, de 13 de febrero de 2012, de la Consejera de Sanidad y Política Social (folios 466 a 469 expte.) por haberse interpuesto frente a un acto de trámite.

QUINTO.- Con fecha 13 de marzo de 2012 la recurrente solicita nulidad de actuaciones y subsidiario recurso de alzada (folios 479 a 484 expte.) contra la anterior Orden de 13 de febrero de 2012, que es respondido en el sentido de informarle que dicha Orden agotaba la vía administrativa y contra la misma podría interponer recurso contencioso-administrativo (folio 485 expte.).

SEXTO.- La Compañía Aseguradora -- aporta dictamen pericial de la Dra. x, Especialista en Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor, de 28 de marzo de 2012, en el que se recoge las siguientes conclusiones (folios 486 a 489 expte.):

"- Que x de 88 años de edad, ingresó el día 24-11-10 en el Hospital de la Vega por dificultad respiratoria y disminución del nivel de conciencia.

- Que sus antecedentes incluían hipertensión arterial de larga evolución, arritmia completa con fibrilación auricular, cardiopatía hipertensiva, hiperplasia benigna de próstata no intervenida, y era portador de una sonda vesical permanente.
- Que su situación previa era de "cama-sillón", prácticamente había dejado de utilizar el andador y era dependiente para cualquier actividad de la vida diaria.
- Que en los días siguientes a su ingreso mejoró su proceso respiratorio predominando el cuadro de agitación psicomotriz y deterioro cognitivo, requiriendo con frecuencia sujeciones para evitar que se levantara o se causara cualquier daño.
- Que el día 7-12-10 sin que conozcamos con detalle las circunstancias, se produjo un desgarro de la uretra al arrancarse la sonda vesical.
- Que tras el desgarro uretral el paciente era capaz de orinar espontáneamente, por lo que se pospuso cualquier manipulación.
- Que la hemorragia que produjo el desgarro fue limitada y controlada analíticamente, y no produjo alteraciones hemodinámicas.
- Que alrededor de una hora después de ocurrido el desgarro se inició un cuadro de shock séptico que fue tratado con antibióticos.
- Que pese el tratamiento el shock séptico evolucionó hasta causar el fallecimiento del paciente unas horas después.
- Que no conocemos las circunstancias en las que se produjo el desgarro uretral.
- Que las actuaciones médicas tras el diagnóstico del mismo fueron correctas y adecuadas a la Lex Artis".

SÉPTIMO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes interesadas mediante sendos oficios de 26 de junio de 2012 (folios 491 a 492 bis expte.), con fecha 20 de julio de 2012 los reclamantes formulan alegaciones reiterando sus alegaciones del escrito de solicitud y su oposición a la denegación de la prueba testifical propuesta (folios 494 a 500 expte.).

OCTAVO.- Con fecha 31 de octubre de 2012 la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud aporta nuevo informe pericial (folios 504 a 508 expte.) emitido por el Dr. x, Especialista en Urología y Andrología, en el que se concluye que:

"- x de 88 años de edad, ingresó el día 24-11-10 en el Hospital de la Vega por dificultad respiratoria y disminución del nivel de conciencia. Sus antecedentes incluían hipertensión arterial de larga evolución, arritmia completa con fibrilación auricular, cardiopatía hipertensiva, hiperplasia benigna de próstata no intervenida, y era portador de una sonda vesical permanente. Su situación previa era de "cama-sillón", prácticamente había dejado de utilizar el andador y era dependiente para cualquier actividad de la vida diaria. En los días siguientes a su ingreso mejoró su proceso respiratorio predominando el cuadro de agitación psicomotriz y deterioro cognitivo, requiriendo con frecuencia sujeciones para evitar que se levantara o se causara cualquier daño. Recibió un tratamiento y trato adecuado a sus necesidades clínicas y personales. Tratamiento correcto médicamente y socialmente.

- El día 7-12-10 sin que conozcamos con detalle las circunstancias, se produjo un cuadro de hematuria con coágulos, posiblemente por tracción de la sonda, lo que motivó que fuese retirada y ante la presencia de micción espontánea por pene se optara por tratamiento antibiótico y observación.

- El desarrollo de un cuadro clínico de deterioro progresivo en el transcurso de horas, y en el contexto de la situación médica del paciente condujo a manifestaciones clínicas no superables que desembocaron en el óbito del paciente.

- Que las actuaciones médicas tras el diagnóstico y el tratamiento y el trato dispensado al paciente deben considerarse como correctos y adecuados a la Lex Artis".

NOVENO.- Con fecha 27 de febrero de 2017 la Inspección de Servicios Sanitarios emite informe (folios 511 a 534 expte.) en el que concluye que:

1. En el informe de alta de urgencias de fecha 24/11/2010 se establece como diagnóstico principal tras la asistencia inicial en urgencias del Hospital de Cieza: "ACE (accidente cerebrovascular) de PB (probable) origen cardio-embólico" (Folio 14); y como otros diagnósticos: Fibrilación auricular rápida-Falla cardíaca ()...*

2. No consta en el certificado médico de defunción nº 005087362 la causa inmediata de muerte (espacio en blanco). Folio 501...

3. Las causas intermedias de muerte que constan en el certificado médico de defunción son:

1. Insuficiencia cardíaca.

2. Sepsis de foco urinario (probable).

4. En el certificado médico de defunción se establece como causa inicial o fundamental del fallecimiento:

1. IAM (infarto agudo de miocardio) no Q.

2. Deterioro cognitivo leve-moderado.

5. El accidente cerebrovascular (ACV) es una de las causas inmediatas de fallecimiento en los pacientes con fibrilación auricular y en los pacientes con leucoaraiosis...

6. Los tratamientos médicos realizados durante el ingreso del paciente x en el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao desde el día 24/11/2010 hasta el día 07/12/2010 (los cuales constan en el historial médico que se ha aportado con el expediente de la RP y en los informes que fueron realizados por los facultativos que intervinieron en dicho proceso asistencial), se ajustan a la praxis médica actual".

DÉCIMO.- En fecha 8 de marzo de 2017 se da trámite de audiencia a las partes interesadas en el procedimiento (folios 535 a 536 bis).

En fecha 29 de marzo los reclamantes presentan alegaciones (folios 537 a 541 expte.) que son remitidas a la Inspección Médica y al Hospital de La Vega Lorenzo Guirao para que emitan Informe Complementario a las mismas (folios 542 y 543 expte.).

Se recibe informe (folio 547 expte.) del Dr. x, Jefe de Servicio de Medicina Interna, de fecha 16 de mayo de 2017, donde expone lo siguiente:

"Asunto: Respuesta a la petición de informe complementario a los ya emitidos en relación con la reclamación patrimonial interpuesta por xl y otros.

Con respecto a la parte que concierne al servicio que represento, tras revisar los registros del paciente x, queda claro que la edad (88 años) y la situación de gran comorbilidad del paciente (síndrome coronario agudo reciente sin criterios para revascularización, insuficiencia cardíaca con función sistólica moderadamente deprimida, fibrilación auricular permanente con criterios de anticoagulación, tratamiento que se desestimó precisamente por la coincidencia de factores de mal pronóstico, como deterioro cognitivo y hepatopatía crónica con coagulopatía secundaria entre otros, siendo estos datos conocidos y estas decisiones aceptadas por la familia del paciente) lo excluía como candidato a medidas terapéuticas extraordinarias, tales como ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos. Siendo así, el paciente no precisaba medidas de monitorización diferentes de las que se aplican en una planta de hospitalización médica habitual. Ello no obstante, dado que el día de su fallecimiento se diagnosticó una infección nosocomial tardía (más de 5 días de ingreso hospitalario), fue tratado con una combinación de

antibióticos de amplio espectro lo más potente posible (meropenem y linezolid) hasta disponer de resultados de microbiología, dado que entendemos que se debe ofrecer la máxima garantía terapéutica al paciente en el ámbito en el que se encuentre en cada momento".

En fecha 30 de mayo de 2017 se emite informe (folio 548 expte.) del Dr. x, FEA del Servicio de Urología del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, en el que expone lo siguiente:

"En cuanto a las cuestiones planteadas sobre el tratamiento del paciente x le reitero que fue avisado por el médico responsable en ese momento de dicho paciente (Dr. x), no por la "facultativa tratante". El paciente sufrió una uretrorragia tras tracción de sonda con tratamiento posterior adecuado retirando antiagregantes y anticoagulantes y vigilando la micción espontánea del paciente. La metrorragia en estos casos es autolimitada, en caso de imposibilidad de colocación de nueva sonda vesical y de micción espontánea lo indicado es la vigilancia. En caso de cesar la micción por la uretra se procede a punción suprapúbica (no indicada en este).

En cualquier caso la metrorragia como se comprueba con la analítica sanguínea no produjo una situación de anemia que justificara tomar otras medidas que las adoptadas, siendo muy improbable que influyera en el desenlace posterior. Quedo a su disposición para cualquier aclaración adicional".

UNDÉCIMO.- Con fecha 23 de junio de 2017 la Inspección Médica emite informe complementario remitiéndose a las conclusiones emitidas en el anterior informe (folios 552 a 561 expte.).

DUODÉCIMO.- En fecha 4 de julio de 2017 se realiza un nuevo trámite de audiencia a las partes interesadas (folios 563 a 564 bis expte.).

En fecha 27 de julio de 2017 los reclamantes presentan de nuevo alegaciones (folio 565 expte.) en las que dan por reproducidas las contenidas en su escrito de fecha 29 de marzo de 2017.

DECIMOTERCERO.- La propuesta de resolución, de 27 de septiembre de 2017 (folios 566 a 584 expte.), desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por no quedar acreditado que existiera una actuación sanitaria contraria a la *lex artis*.

DECIMOCUARTO.- Con fecha 11 de octubre de 2017 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.

SEGUNDA.- Régimen jurídico, legitimación, plazo y procedimiento.

I. La Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP, Disposición derogatoria única, párrafo 2, letra a)), la cual, junto a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración. No obstante, a tenor de lo que establece la Disposición transitoria tercera, letra a) LPACAP, a los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior. Por tanto, la nueva regulación será aplicable a los procedimientos de responsabilidad patrimonial iniciados a partir del día 2 de octubre de 2016 (Disposición final séptima LPACAP), no siendo el caso del sometido a Dictamen.

II. Los reclamantes ostentan legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 LPAC.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que es titular del servicio público de atención sanitaria a la población, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

III. La acción resarcitoria ha de considerarse temporánea, toda vez que se ejercitó el 3 de noviembre de 2011, antes del transcurso del año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 142.5 LPAC, ya que el fallecimiento del padre de los reclamantes se produjo el día 7 de diciembre de 2010. Por tanto, teniendo en cuenta esta última fecha se habría interpuesto la reclamación dentro del plazo normativamente establecido.

IV. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver que ha excedido en mucho al previsto reglamentariamente en contra del principio de eficacia por el que se ha de regir el actuar administrativo (artículo 3 de la Ley 30/1992, ya citada).

No obstante lo anterior, cabe hacer dos consideraciones:

1ª. Acreditación de la representación.

Como ya ha manifestado en reiteradas ocasiones este Consejo Jurídico (por todos Dictamen 152/17) *"De conformidad con el artículo 32.3 LPAC se debe recordar que "para formular solicitudes (...) en nombre de otra persona, deberá acreditarse la representación por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal del interesado. Para los actos y gestiones de mero trámite se presumirá aquella representación"*.

Así pues, resulta posible realizar una primera consideración acerca de lo expuesto y es que la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración es una solicitud de inicio de un procedimiento de acuerdo con la definición que se contiene en el artículo 70 LPAC, razón por la cual si una persona actúa en nombre y representación de otra debe aportar poder suficiente para ello, sin que pueda considerarse como tal, a pesar de que la Administración sanitaria parece haberlo admitido, un documento de apoderamiento que no sea notarial o que no se haya otorgado mediante una declaración en comparecencia personal del representado (apoderamiento apud acta)".

En el presente caso, en el mismo escrito de solicitud se designa al abogado x como representante de los reclamantes, quien acepta dicha representación, por lo que esa acreditación no se ha realizado en este caso en la forma legalmente establecida, aunque ha sido admitida por la Administración sanitaria.

Iguales consideraciones cabe realizar respecto de los escritos de solicitud de nulidad de actuaciones y de recursos de reposición y alzada formulados por el referido abogado en representación de los reclamantes, de los que se ha dejado constancia en los anteriores Antecedentes.

2ª. Respecto de la prueba testifical propuesta.

En su escrito de solicitud de responsabilidad patrimonial fue propuesta por los reclamante la prueba testifical de todo el personal sanitario que atendió al paciente, siendo denegada por el instructor del expediente "por motivos laborales", debiendo hacerse por escrito previa presentación de las preguntas por los reclamantes (folio 458 expte.).

Presentado recurso de reposición contra la anterior denegación de la prueba testifical (folios 460 y 461 expte.), es inadmitido mediante Orden, de 13 de febrero de 2012, de la Consejera de Sanidad y Política Social (folios 466 a 469 expte.), siendo acertadas las consideraciones expuestas en la misma sobre el particular, en el sentido de que *"constan en el expediente administrativo los informes de los profesionales que atendieron al paciente, y su historia clínica, contando pues con la información precisa para poder efectuar el interrogatorio interesado"*.

Por otro lado, los motivos laborales se entienden plenamente justificados pues se trata de nueve profesionales sanitarios los relacionados con los hechos descritos en la reclamación, lo que sin duda supondría un trastorno en el desempeño de sus funciones asistenciales, al tener que realizar dicha prueba de forma presencial".

Abundando en lo anterior, como dice la sentencia nº 255, de 4 de mayo de 2009, del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 4 de Murcia, recaída en el recurso nº 934/2007 *"...ello no implica que el denunciado tenga la plena disposición de los medios de prueba, de forma tal que baste con su proposición para que la Administración tenga necesariamente que practicarla. Lo que si es necesario es que el instructor del expediente sancionador se pronuncie motivadamente sobre la necesidad o no de practicar la prueba propuesta a la vista de los medios probatorios que ya obren en el procedimiento,.."*; motivación que si es aportada por el instructor del expediente para la denegación de dicha prueba, no habiéndole causado indefensión a los reclamantes por su denegación, que es lo determinante para que pueda entenderse lesionado el derecho de defensa.

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 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, más 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 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.

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).

CUARTA.- Concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso. Falta de acreditación.

Para los reclamantes, el fallecimiento de su padre se produjo como consecuencia de la que consideran una deficiente asistencia sanitaria, que concretan en que tras el desgarro uretral producido al pisarse la sonda no se le aplicó el tratamiento prescrito (resondaje doble vía y lavado vesical continuo), lo que provocó una sepsis urinaria que finalmente desencadenó un infarto agudo de miocardio que le causó la muerte, sin siquiera haber sido monitorizado.

Frente a tales imputaciones, la propuesta de resolución sometida a Dictamen, sustentada en la historia clínica y los informes que se han aportado por los facultativos intervinientes, la compañía de seguros del Servicio Murciano de Salud y la Inspección Médica, alcanza la conclusión de que no ha existido una actuación sanitaria contraria a la *lex artis* en el tratamiento del paciente.

No aportan los reclamantes al expediente ningún elemento de prueba en el que se sostenga la negligencia médica, a pesar de que le obliga a ello el principio sobre distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que resulta de aplicación en materia administrativa. Así, en dicho precepto se establece que "*Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda...*".

Y, en concreto, en el ámbito de la responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria adquiere especial valor probatorio la prueba pericial médica, como así ha puesto de manifiesto la Sala 3ª del Tribunal Supremo en numerosas ocasiones, como en su sentencia de 1 de marzo de 1999 (recurso 7980/1994).

No habiendo aportado los reclamantes ningún informe pericial médico, tendremos que acudir a los obrantes en el expediente, y, en particular, al emitido por la Inspección Médica, dada la objetividad e imparcialidad que se le supone. En dicho informe (folios 155 a 165 expte.), el inspector médico concluye que "*6. Los tratamientos médicos*

realizados durante el ingreso del paciente x en el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao desde el día 24/11/2010 hasta el día 07/12/2010 (los cuales constan en el historial médico que se ha aportado con el expediente de la RP y en los informes que fueron realizados por los facultativos que intervinieron en dicho proceso asistencial), se ajustan a la praxis médica actual".

De acuerdo con lo indicado, dado el especial valor que, en la apreciación de las pruebas practicadas en los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por daños derivados de la asistencia sanitaria, se otorga al informe de la Inspección Médica, coincidimos con la propuesta de resolución en que no se ha acreditado en el procedimiento que existiera una actuación sanitaria contraria a la lex artis, por lo que no podemos apreciar que exista una relación de causalidad adecuada y suficiente entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio sanitario regional, no procediendo la estimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, al no resultar acreditados los requisitos determinantes de la misma.

No obstante, V.E. resolverá.