



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 217/2018

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 28 de agosto 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 25 de mayo de 2018, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 134/18), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 15 de diciembre de 2016 x, y, z, presentan con asistencia letrada una solicitud de indemnización con fundamento en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración regional de acuerdo con lo que se establece en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

Los interesados exponen que son, respectivamente, la esposa de x, que falleció el 1 de febrero de 2016 en el Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA), de Murcia, y los hijos de ella, que asimismo convivían con él.

También explican que su marido y allegado ingresó el 21 de enero de ese año en el Hospital General Universitario *Los Arcos del Mar Menor* (HULAMM), de San Javier, porque padecía una insuficiencia respiratoria. Debido a la mala evolución de su patología, fue ingresado en la UCI para continuar el tratamiento y allí experimentó mejoría.

El 29 de enero lo llevaron al aseo y cuando estaba sentado sobre el inodoro en una *silla/toilette* se cayó al suelo. El Servicio de Enfermería detectó que se había golpeado la cabeza y que había sufrido una contusión en la nariz y en el labio inferior.

Los reclamantes manifiestan asimismo que el día siguiente, 30 de enero de 2016, el paciente se encontraba muy somnoliento y que no respondía a los estímulos, por lo que se le realizó una tomografía axial computarizada (TAC) que permitió detectar una hemorragia cerebral. Se le trasladó entonces al HUVA con el diagnóstico de hematoma subdural agudo fronto-temporal-parietal izquierdo con herniación subfalciana y transtentorial tras caída accidental.

Cuando llegó al hospital de Murcia fue valorado por el neurocirujano, que descartó intervenir a su familiar. El cuadro del paciente evolucionó hasta que se produjo la muerte encefálica a mediodía del 1 de febrero de 2016.

De igual modo, los reclamantes señalan que en el informe de autopsia realizado el 24 de febrero de 2016 por dos Médicos Forenses se expone que "*el hematoma producido en la caída accidental, en región facial frontal derecha es de pequeña intensidad, no infiltra tejido subcutáneo ni planos musculares. El impacto produce por efecto contragolpe el hematoma subdural agudo descrito, en un paciente que se halla anticoagulado por su patología cardiovascular*".

En ese informe también se apunta, sobre la base de los datos aportados por el Servicio de Medicina Interna del HUVA y de los hallazgos de la autopsia, que la causa inmediata de la muerte fue el citado hematoma subdural agudo y la inicial o fundamental un traumatismo craneoencefálico tras la caída accidental.

Los interesados sostienen que la responsabilidad patrimonial sanitaria es evidente puesto que se dejó solo al paciente en el cuarto de baño, sentado en la *silla/toilette*, cuando el protocolo de actuación del Servicio exige que se preste a los enfermos una vigilancia extrema durante las 24 horas del día, máxime cuando estaba débil y en estado disneico.

Asimismo, consideran que los facultativos del HULAMM también incumplieron los protocolos médicos más utilizados, que imponen que se haga una TAC a los pacientes cuando hayan sufrido un traumatismo craneoencefálico, aunque sea leve, y además exista un factor de riesgo asociado, como en este caso era la anticoagulación.

Por lo que se refieren a la valoración del daño, los reclamantes la realizan con arreglo a la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, y la concretan en la cantidad de 109.906 euros, con arreglo al siguiente desglose:

A) Para la esposa:

Indemnización básica: 70.000 euros.

Daño emergente: 400 euros.

Lucro cesante: 18.706 euros.

Total: 89.106 euros.

B) Para cada uno de los allegados, hijos de la madre con convivencia con el fallecido:

Indemnización básica: 10.000 euros.

Daño emergente: 400 euros.

Total: 10.400 euros.

Junto con la reclamación adjuntan copias de la historia clínica de su esposo y allegado que se encuentra depositada en el HUVA; del informe de autopsia; del Libro de Familia y del certificado de matrimonio, de los certificados de nacimiento de los hijos de la interesada y de un certificado del Negociado de Estadística del Ayuntamiento de San Javier acreditativo de que los peticionarios vivían en el mismo domicilio que el fallecido.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, se da cuenta de su presentación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros --.

También se solicita a las Direcciones Gerencias de las Áreas I y VIII de Salud que remitan las copias de las historias clínicas del paciente de las que respectivamente dispongan y los informes de los profesionales que le asistieron, acerca de los hechos descritos en la reclamación.

TERCERO.- Se ha aportado al procedimiento la copia documental demandada a la Gerencia del Área VIII y un disco compacto (CD) que contiene los resultados de las pruebas de imagen que se le realizaron al enfermo.

De igual forma, se ha incorporado el informe realizado por el Jefe de Servicio de UCI del HULAMM del que se transcriben los siguientes apartados:

"- El paciente fue trasladado a un sillón especial para que hiciera sus necesidades. Precisamente se utiliza ese dispositivo para evitar traslados al cuarto de baño y poder controlar un poco más la situación. En esas circunstancias se trata de respetar la intimidad del momento, como parece lógico, y la enfermería se retira unos metros fuera del box, manteniendo la vigilancia por cámaras.

- Desde la distancia (no más de 5-6 metros) se observó que el paciente trataba de levantarse y se acudió rápidamente pero evidentemente no se llegó a tiempo. ¿Realmente se puede estar pegado a un enfermo a menos de 2 metros las 24 horas al día? Creo que no.

- Se afirma que tras el golpe en la cabeza en un paciente tratado con anticoagulantes requiere de forma inequívoca un TAC craneal y que se ha vulnerado la lex artis. Nos parece una afirmación atrevida. El enfermo tal y como se puede leer en el informe médico y en las anotaciones de enfermería que figuran en el expediente, presentó una lesión labial y ninguna sintomatología neurológica ni adormecimiento en las horas siguientes el traumatismo. De hecho, en la anotación de enfermería figura que cena comida traída por sus propios familiares esa noche. Fue ya en las primeras horas del día 30/1/2016 cuando se le notó adormecido y en ese momento se solicitó urgente el TAC craneal que motivó el traslado y todo lo sucedido posteriormente".

CUARTO.- También se ha traído al procedimiento la copia de la historia clínica de la que dispone el Área I de Salud y un disco compacto que contiene varias pruebas de imagen.

Entre esa documentación se contiene un informe realizado por una facultativa del Servicio de Medicina Intensiva del HUVA en el que expone que cuando el paciente llegó estaba en coma sin sedar, con pupilas medias y arreactivas, sin respuesta al dolor y con ausencia de reflejos de tronco con excepción del reflejo tusígeno. Añade que fue valorado por Neurocirugía pero que desestimó la actitud quirúrgica, de modo que se informó a la familia de la mala situación y del mal pronóstico que cabía esperar a corto plazo. Por último, expone que a las 48 horas de su estancia en la UCI el paciente presentó exploración clínica compatible con muerte encefálica, que se confirmó tras la realización de un electroencefalograma.

QUINTO.- El 6 de marzo de 2017 se remite una copia del expediente administrativo a la Inspección Médica y se le solicita que emita un informe valorativo de la reclamación. De igual modo, se envía otra copia a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud (SMS).

SEXTO.- En el informe emitido por la Inspección Médica se contiene una serie de conclusiones de las que se transcriben las siguientes:

"2. El 29/01/2016 por la tarde el paciente estando en la UCI, fue correctamente trasladado al aseo en silla/toillet como aparataje de apoyo para hacer sus necesidades y que al no presentar alteración del nivel de conciencia, no necesitó una vigilancia continuada, por lo que correctamente una vez sentado en la silla y posicionado encima del inodoro sin tener necesidad de levantarse, respetando la intimidad del paciente se retira el personal, acto seguido se acude en su ayuda sin llegar a tiempo de evitar la caída accidental fisiológica no prevista, golpeándose en la cabeza.

3. El 29/01/2016, se considera que el paciente tuvo un TCE leve valorado en la escala de Glasgow que establece los baremos para la clasificación de los TCE de acuerdo con su gravedad, con bajo riesgo de sufrir lesión intracraneal, sin embargo al presentar unos marcadores de gravedad o factores de riesgo como la edad de 77 años y el tratamiento anticoagulante, se podría considerar potencialmente grave con probabilidad de deteriorarse neurológicamente en las 24 horas siguientes al traumatismo y con la necesidad de realizar una TAC craneal en el momento del accidente. No obstante, la falta de ensayos clínicos aleatorios y la ausencia de un protocolo de manejo consensuado para evaluar y tratar de forma óptima a estos paciente anticoagulados con TCE sin síntomas y poder definir así las posibles conductas a seguir, hace pensar que se puede considerar en x, con TCE y anticoagulado, la edad de 77 años como una factor predictor independiente de riesgo en el paciente asintomático, que apoyaría igualmente la realización de la TAC craneal desde el primer momento y que no se hizo.

4.- La TAC craneal realizada el 30 de enero demostró un hematoma subdural agudo con signos de hidrocefalia obstructiva y herniación transtentorial descendente y el 1 de febrero fallece demostrándose por autopsia que el impacto produjo por efecto contragolpe un hematoma subdural agudo".

SÉPTIMO.- La División médica de la correduría de seguros del SMS ha emitido un Dictamen estimatorio del daño corporal en fallecimiento en el que se formulan las siguientes consideraciones:

"1. La caída fue fortuita mientras el paciente fue dejado unos minutos para sus necesidades y siendo vigilado de cerca. En ese momento presenta suficiente autonomía para ello, y por tanto estamos de acuerdo en que no habría

responsabilidad en este hecho.

2. Sin embargo, no se valoró la indicación de un TAC urgente a pesar de la ausencia de síntomas. El paciente estaba anticoagulado, por tanto procedía la urgencia de dicho TAC y un control a anticoagulación, para objetivar el riesgo hemorrágico.

3. En cuanto a la pérdida de oportunidad, consideramos que aun habiendo actuado correctamente y por tanto dando acceso a tratamiento médico o neuroquirúrgico, la mortalidad por TCE grave con hematoma subdural agudo en el anciano es alta, oscilando entre un 57-68% o 50-90% según estudios consultados. Por tanto a este paciente le vamos a aplicar una pérdida de oportunidad de un 25%.

4. Correspondría por tanto la indemnización por perjuicio básico y daño emergente a los 3 reclamantes (esposa y dos hijos de la misma, que reclaman como allegados), baremada según las tablas, y el lucro cesante a la viuda en base a su edad e ingresos del fallecido, todo ello con la corrección por pérdida de oportunidad".

Por esa razón, en este documento se reconoce a los reclamantes el derecho a percibir una indemnización conjunta de 27.466,50 euros, aunque debería decir mejor de 27.476,50 euros (109.906 x 25%).

OCTAVO.- Conferido el oportuno trámite de audiencia a los interesados, su abogada presenta un escrito en el que, en síntesis, expone que se ha producido una incorrecta tramitación del procedimiento administrativo porque no ha abierto el correspondiente período de práctica de prueba, lo que la ha colocado en situación clara de indefensión.

Por otra parte, muestra su absoluta discrepancia con el contenido de los informes médico-periciales que se han incorporado al expediente por no ajustarse a la realidad acontecida ni a las cantidades a las que sus clientes tienen derecho a ser indemnizados.

Debido a esa circunstancia y al hecho de que la Administración sanitaria no ha dictado en plazo resolución alguna en el procedimiento de responsabilidad patrimonial, anuncia su intención de interponer el correspondiente recurso contencioso-administrativo.

NOVENO.- Ante el contenido de las alegaciones formuladas por la letrada de los interesados, el órgano instructor les requiere para que concreten los medios de prueba de los que pretenden valerse. No obstante, no consta que los reclamantes hayan realizado esa propuesta.

DÉCIMO.- Se ha incorporado al procedimiento un testimonio de las actuaciones penales (diligencias previas) que se siguieron ante el Juzgado de Instrucción nº 7 de Murcia como consecuencia del fallecimiento del familiar de los reclamantes. En la referida copia se contiene el informe de autopsia elaborado por dos Médicos Forenses al que ya se hizo mención.

UNDÉCIMO.- Se confiere a los interesados un nuevo trámite de audiencia si bien se deduce del contenido del expediente que no han hecho uso de ese derecho.

DUODÉCIMO.- El 14 de mayo de 2018 se recibe una comunicación interior de la Dirección de los Servicios Jurídicos con la que adjunta una copia del Decreto dictado el día 8 de ese mes, en los trámites del procedimiento ordinario nº 136/2018, por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia. En virtud de esa resolución se admite a trámite el recurso contencioso-administrativo interpuesto por los reclamantes contra la desestimación, por silencio administrativo, de la solicitud de indemnización.

DECIMOTERCERO.- El 16 de mayo de 2018 se formula propuesta de resolución estimatoria, en parte, de la reclamación por considerar que concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. De acuerdo con ello, se propone indemnizar a los reclamantes en la cantidad de 27.466,50 euros, que deberá ser debidamente actualizada.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 25 de mayo de 2018.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, puesto que versa sobre la propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de interposición de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación ha sido interpuesta por personas interesadas como son la viuda y los hijos de ella que también convivían con el fallecido, cuya condición de viuda y allegados acreditan por medio de copias compulsadas del Libro de Familia y de certificados de nacimiento y de empadronamiento.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la solicitud de indemnización e

imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPACAP establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

En este caso, el fallecimiento del paciente se produjo el 1 de febrero de 2016 y la solicitud de indemnización se presentó el 15 de diciembre de ese mismo año, de forma temporánea por tanto, ya que se ejercitó dentro del plazo legalmente establecido.

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 en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, según el cual "*los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*". Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce "*el derecho a la protección de la salud*", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

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

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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 del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predecible de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como ya se ha expuesto con anterioridad, los interesados solicitan una indemnización porque consideran que durante la asistencia que se prestó a su marido y allegado en el HULAMM se produjo un mal funcionamiento del servicio sanitario regional que le causó la muerte. En apoyo de su pretensión resarcitoria formulan dos imputaciones distintas, aunque no las fundamentan con ningún informe pericial, que se analizan seguidamente de forma separada:

A) Por un lado, entienden que el personal sanitario de la UCI de dicho Hospital incurrió en una grave negligencia porque dejó solo al paciente, colocado en una *silla/toillet* sobre el inodoro, cuando no podía sostenerse de manera estable encima de ese soporte debido a la situación de debilidad y al estado disneico en que se encontraba.

De acuerdo con lo que se explica en el informe valorativo de la Inspección Médica, ese artilugio permite que el paciente que hace sus necesidades fisiológicas permanezca sentado y apoyado en todo momento, por lo que no tiene necesidad de levantarse.

También se expone que, en esta ocasión, el enfermo estaba hemodinámicamente estable, consciente y orientado por lo que no tenía que someterse a una vigilancia continuada ya que no presentaba una alteración de su nivel de conciencia. Por ese motivo, y para respetar asimismo la intimidad del familiar de los peticionarios, los miembros del personal de la UCI se retiraron después de colocarlo sobre la taza dado que, como se ha apuntado, no tenía obligación alguna de levantarse.

A pesar de ello, cuando se percataron a través de los monitores que el paciente trataba de incorporarse sin pedir ayuda (como se explica en el informe del Jefe de Servicio de la UCI), acudieron rápidamente para asistirlo aunque llegaron tarde y no pudieron evitar que cayera accidentalmente y que se golpeara la cabeza.

En consecuencia, y como se expone en el dictamen de la División Médica de la correduría de seguros, la caída fue fortuita ya que se colocó al enfermo sobre el artefacto citado y se le dejó solo sobre el váter porque en ese momento presentaba suficiente autonomía para ello, por lo que no cabe efectuar ningún reproche al respecto.

B) De otra parte, consideran que se produjo una mala praxis médica porque no se le realizó al enfermo inmediatamente una TAC después de la caída a pesar de que presentaba síntomas de adormecimiento.

La Inspección Médica expone en su informe valorativo que después de lo que sucedió el paciente presentaba dos marcadores de gravedad que eran la edad superior a 65 años -tenía 77 en ese momento- y el sometimiento a un tratamiento anticoagulante para fibrilación auricular que apoyaban la realización de una TAC craneal en el momento del accidente. Por esa razón, aunque el accidente podía no resultar grave en otra persona, esos marcadores podían hacer pensar que el golpe sufrido podía resultar potencialmente grave y que cabía la posibilidad de que el enfermo sufriera un grave deterioro neurológico en las 24 horas siguientes al traumatismo.

También explica que a todos los pacientes en los que concurren esas circunstancias se les debe realizar una TAC craneal urgente y un *screening* de las lesiones asociadas y se debe organizar asistencia urgente por neurocirujanos para corregir la situación de riesgo vital que se ha producido.

Por último, en ese documento se precisa que la mortalidad en los hematomas subdurales es de un 50-90% en los complicados, como era en este caso con la hidrocefalia y el edema.

De igual forma, en el informe de la División Médica de la correduría de seguros se apunta que no se valoró la

indicación de una TAC urgente a pesar de la ausencia de síntomas. El paciente estaba anticoagulado y, por tanto, era urgente la realización de dicha prueba y de un control a anticoagulación, para objetivar el riesgo hemorrágico.

Como no se hizo así se produjo una infracción de la *lex artis ad hoc* que motivó el nacimiento de un vínculo de causalidad claro entre el funcionamiento anormal del servicio público sanitario y el daño ocasionado, que deviene en consecuencia plenamente antijurídico.

QUINTA.- Acerca del *quantum* indemnizatorio.

Admitida la efectividad de la lesión y establecida su conexión causal con el funcionamiento del servicio público sanitario, procede, de acuerdo con lo que se establece en el artículo 34 LRJSP, analizar la valoración del daño producido y la cuantía y el modo de la indemnización.

Ya se ha dicho que los reclamantes realizan esa valoración del daño con sujeción a las determinaciones establecidas en las tablas del Anexo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, y lo concretan en la cantidad conjunta de 109.906 euros.

De la prueba documental que se ha aportado al procedimiento se deduce que el matrimonio se contrajo el 20 de diciembre de 2013 y que la reclamante -nacida el 17 de marzo de 1967- tenía 48 años en el momento de la muerte de su marido, que percibía ingresos netos anuales de menos de 12.000 euros.

Por lo tanto, los interesados consideran que a la esposa le corresponde una indemnización de 89.106 euros sobre la base de los siguientes conceptos: a) Indemnización básica: 70.000 euros; b) Daño emergente: 400 euros, y c) Lucro cesante: 18.706 euros.

Además, cada uno de los hijos de la madre que convivían con el fallecido tendría derecho a un resarcimiento de 10.400 euros por la concurrencia de las siguientes partidas: a) Indemnización básica: 10.000 euros, y b) Daño emergente: 400 euros.

Conviene recordar que los conceptos indemnizatorios señalados (perjuicio personales básicos, perjuicios patrimoniales y lucro cesante del cónyuge) y el montante total de la reparación económica solicitada no han sido cuestionados ni por la compañía aseguradora ni por la Administración sanitaria durante la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

No obstante, se debe destacar que en el dictamen de la División Médica de la correduría de seguros del SMS se apunta que, aun cuando se hubiera actuado con absoluta corrección sanitaria, la mortalidad por traumatismo craneoencefálico grave con hematoma subdural agudo en un anciano es alta, y oscila entre un 57-68% o entre un 50-90% según los estudios consultados. Con ese fundamento, a ese paciente se le aplica una pérdida de oportunidad de un 25%.

Sin embargo, en el informe de la Inspección Médica sólo se alude a esos últimos porcentajes de mortalidad (50-90%) de modo que este Consejo Jurídico sólo puede atender esta estimación. Si la media entre ellos es de un 70%, lo procedente sería reconocer en este caso una pérdida de oportunidad de un 30%, y no de un 25%.

En consecuencia, a la cantidad solicitada se le debe aplicar esa corrección ($109.906 \times 30\%$) y eso hace un total de 32.971,80 euros, que es lo que se debe abonar a los interesados de manera conjunta.

Por último, debe tenerse en consideración que la cuantía de la indemnización que se ha dejado apuntada debe ser actualizada de acuerdo con lo que se establece en el artículo 34.3 LRJSP.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución estimatoria, en parte, de la reclamación por concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, en concreto la existencia de una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento anormal del servicio público sanitario y el daño causado, cuya antijuridicidad también ha resultado acreditada.

SEGUNDA.- No obstante, la cuantía de la indemnización que se debe abonar a los interesados debería ajustarse a lo que se indica en la Consideración quinta de este Dictamen.

No obstante, V.E. resolverá.