



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **359/2019**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 26 de septiembre de 2019, 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 31 de mayo de 2018, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **140/18**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 27 de junio de 2013 D. X formula una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que expone que su padre, D. Y, de 52 años de edad en ese momento, falleció el 13 de septiembre de 2012 después de haber sido asistido en el Hospital General Universitario *Los Arcos del Mar Menor* (HULAMM) de San Javier.

El interesado explica en la solicitud de indemnización que su padre ingresó en el citado hospital el 29 de julio de 2012 aquejado de malestar general, con fiebre de hasta 38°C, erupción generalizada que afectaba incluso a las plantas de los pies y mucosa oral acompañada de tos seca. También destacaba una trombocitopenia de 74.000.

Añade que al día siguiente de su ingreso, esto es, el 30 de julio, fue valorado por el internista de guardia, que lo encontró con falta de saturación (85%) y taquipneico (35 lpm). Por esa razón, se le administró oxigenoterapia y el paciente experimentó una discreta mejoría. En la radiografía de tórax que se le realizó se observaban infiltrados bilaterales alveolo-intersticiales de predominio basal. Ante ese cuadro clínico se decidió ingresarlo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Allí se inició tratamiento con *Aciclovir* para cubrir el virus de la varicela, cuya presencia se confirmó por otra parte mediante serología.

El reclamante destaca que, en consecuencia, no fue hasta ese momento que se empezó a administrar medicación para el virus de la varicela a pesar de que D. Y se quejaba desde el ingreso de picores y molestias de pupas en las extremidades. También apunta que en ese momento ya explicó que hacía una semana que había comenzado a experimentar distermia y mal estar general.

Asimismo, informa de que durante ese tiempo previo al ingreso había acudido al médico de cabecera y al Servicio

de Urgencias por esa misma situación sin que se le diagnosticara la presencia del virus de varicela zóster y sin que, por tanto, se le hubiese comenzado a administrar el tratamiento adecuado. De igual modo, señala que a las 48 horas siguientes el paciente presentaba erupciones generalizadas que afectaban a las plantas de los pies, mucosa oral, fiebre de hasta 38°C y tos muy seca.

Aunque el interesado no ofrece información detallada acerca de las causas del fallecimiento de su padre, sí que explica que, de acuerdo con lo que se expone en el informe que se facilitó a la familia, el paciente evolucionó de forma muy desfavorable hasta el punto de que precisó intubación orotraqueal y ventilación mecánica a las 12 horas de estancia en la UCI. Más adelante, precisó ventilación alta y, pese a ello, mantuvo muy mal intercambio gaseoso durante la mayor parte del ingreso. La intolerancia completa a la ventilación en prono con saturación del 30% motivó que se tuviera que suspender la maniobra.

A eso añade el reclamante que desde los primeros días del ingreso y a pesar de que el paciente se encontrara estable termodinámicamente, presentó isquemia de las partes acras de las extremidades con necrosis de las falanges. Fue valorado y sometido a una biopsia por el Servicio de Dermatología que emitió el diagnóstico de vasculitis leucociclástica, estreñimiento pertinaz atribuido a la sedación y a los relajantes musculares. Infección urinaria intercurrente con *E.coli* tratada según antibiograma.

Después de exponer los hechos, el interesado argumenta que se produjo un retraso diagnóstico y, como consecuencia de ello, un claro retraso en el suministro de la medicación (*Aciclovir*) acorde con la infección vírica que presentaba el enfermo. Especifica que el retraso comprendió una semana y que se inició con los primeros síntomas y casi dos días desde su ingreso en el HULAMM. Sostiene que fue la varicela la que causó la neumonía que complicó el cuadro clínico que presentaba.

También considera que el resultado lesivo final nunca debió producirse dado que los médicos debieron haber diagnosticado la infección por varicela a la luz de los síntomas que presentaba y haber iniciado el tratamiento mucho antes. Reitera que no fue tratado con el antiviral hasta la tarde-noche del 30 de julio y que no fue hasta el ingreso en la UCI cuando se decidió suministrarle *Aciclovir*.

Por otro lado, valora el daño que se le ha provocado en la cantidad de 120.000 euros, que cuantifica a tanto alzado y atendido el hecho de que su padre falleció a los 52 años de edad. Ello sin perjuicio de que durante la tramitación del procedimiento se pueda conseguir una determinación más precisa de la lesión provocada.

En relación con los medios de prueba de los que pretende valerse propone la documental consistente en los diversos informes clínicos que adjunta con la reclamación y la historia clínica del fallecido que se encuentre depositada en el HULAMM. De igual forma, propone que se solicite informe a los facultativos que le atendieron y sobre si el retraso en el suministro del medicamento para la varicela ya citado se debió a la falta de existencia en la farmacia del citado hospital.

Finalmente, con la reclamación aporta una copia del certificado médico de defunción expedido el citado 13 de septiembre de 2012.

SEGUNDO.- El 17 de julio siguiente la Jefa de Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud (SMS) solicita al interesado que aporte una copia del Libro de Familia con la que acredite su legitimación para solicitar una indemnización.

El reclamante presenta el día 23 del citado mes de julio la copia solicitada.

TERCERO.- Admitida a trámite la reclamación el 7 de agosto de 2013, el siguiente día 13 se da cuenta de su presentación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Dirección General de los Servicios Jurídicos y a la correduría de seguros del SMS para que informe a la empresa aseguradora correspondiente.

De igual forma, ese mismo día se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud VIII-HULAMM que se remitan copias de las historias clínicas del paciente de Atención Primaria (Centro de Salud de San Pedro del Pinatar) y de Atención Especializada de las que dispongan y los informes de los profesionales que asistieron al paciente fallecido.

CUARTO.- El 27 de agosto de 2013 se recibe las copias solicitadas de las historias clínicas del padre del reclamante y tres informes médicos.

El primer informe es el realizado por la Dra. Y, facultativa del Servicio de Urgencias del HULAMM, en el que explica que *"Atendí al paciente (...) en Urgencias el día 29/07/2012 donde había acudido para revisión por cuadro de exantema febril con analítica compatible con infección vírica. Había sido atendido en Urgencias y citado a las 12 horas para control."*

Cuando lo exploro presenta, tal y como describo en el informe que realizo y que se adjunta, un buen estado general con febrícula en este momento y erupción maculo papulosa con algunas vesículas en tronco, espalda y en miembros inferiores que desaparecen a la vitropresión con alguna lesión aislada en planta de pies así como aftas en faringe posterior y en pilares amigdalares.

En la analítica realizada de control presenta linfo-monocitosis y trombocitopenia compatible con infección vírica.

Las lesiones no son compatibles claramente con ninguna infección vírica descrita en la literatura por lo que al tratarse de un adulto (este tipo de infecciones son más frecuentes en la infancia) y para mejor control de la trombocitopenia y los síntomas clínicos decidía conjuntamente con el paciente y su esposa ingreso hospitalario por lo que se solicitó serología desde urgencias y se pauta tratamiento sintomático a la espera de resultados analíticos nuevos y evolución.

Debo añadir, que ante manifestaciones clínicas compatibles con infección vírica no está indicado iniciar tratamiento con antivirales, éstos se deben utilizar en los casos en los que se hayan producido complicaciones".

Se adjunta una copia del informe citado.

En el segundo de ellos, firmado el 21 de agosto de 2013 por el Dr. P, Jefe de Servicio de Medicina Intensiva, se efectúa una remisión al contenido del informe de alta en la UCI relativo a la estancia del enfermo en ese Servicio.

En el tercero, elaborado el 22 de agosto de 2013 por la Dra. R, médica especialista en Medicina Interna, se expone lo siguiente: *"Adjunto le remito el informe clínico realizado el día 30/07/2012 que fue cuando vi al paciente que ingresó el día anterior a cargo del Servicio de Medicina Interna.*

Se trata de un informe provisional que se realiza al ingreso del paciente en nuestro servicio, las constantes al ingreso eran TA 110/80, FC 85 lpm, SatO2 99%, Glucemia 180 y se encontraba afebril.

Cuando vi al paciente el día 30/07/2012 sobre las 13.30-14:00 horas se encontraba eupneico, paseando por la habitación, con tos seca y SatO2 basal de 96%.

En la exploración física sólo destacan leves crepitantes bibasales y el exantema maculopapular generalizado pruriginoso. La radiografía de tórax disponible al ingreso era la realizada en Urgencias, donde no se apreciaban infiltrados. En la analítica de sangre realizada la mañana del día 30 destacaba una PCR 3.3, LDH 306, Glucosa 214 y Plaquetas de 79000, con el resto de los parámetros normales.

Al tratarse de un cuadro de fiebre y exantema en estudio y encontrarse el paciente estable, sin signos de gravedad ni de compromiso respiratorio, mantuve tratamiento sintomático, ya que lo más probable es que se tratara de un cuadro viral sin repercusión de órgano diana en el momento del ingreso.

Solicité control analítico y serológico, así como nueva radiografía de tórax de control para el día siguiente, ya que el diagnóstico de la varicela es serológico (resultado que llegó posteriormente) y si no existe afectación orgánica (pulmonar, meníngea o hepática) no existe indicación de tratamiento empírico con Aciclovir. Así mismo indiqué al paciente que si en algún momento comenzaba con dificultad respiratoria, aunque fuera leve, debía avisar para ser valorado por médico de guardia.

Esta fue mi valoración del momento en el que vi al paciente. La tarde de ese día 30 fue cuando comenzó con disnea y desaturación y posterior ingreso en UCI".

Con el informe se acompaña una copia del referido informe clínico.

QUINTO.- El 2 de octubre de 2013 se remiten copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la compañía aseguradora del SMS para que se puedan realizar los informes valorativo y pericial correspondientes.

SEXTO.- Obra en el expediente un informe médico-pericial elaborado el 10 de febrero de 2014, a instancia de la compañía aseguradora ya citada, por una doctora en Medicina y Cirugía, profesora universitaria y médica especialista en Medicina Interna. En ese documento se recogen las siguientes conclusiones:

"1.- El paciente (...) acudió el 28-7-12 a las 18:00 h al servicio de urgencias por cuadro febril y lesiones cutáneas de 5 días de evolución, con alteraciones analíticas sugestivas de infección viral.

2.- Fue reevaluado por petición médica a las 14 horas, quedando ingresado ante la progresión de las lesiones cutáneas y persistencia de la fiebre.

3.- Ya en planta sufrió empeoramiento con insuficiencia respiratoria objetivando neumonía por varicela, ingresando en UCI e iniciándose tratamiento antiviral específico en ese momento.

4.- No se reconoce, por lo tanto, que hubiera retraso en el inicio del tratamiento, al no estar indicado el tratamiento antiviral en cuadros de más de 24 horas de evolución.

5.- La actuación médica se considera adecuada al cuadro clínico presentado por el paciente en cada fase del proceso".

El 29 de abril se remite una copia de este informe a la Inspección Médica.

SÉPTIMO.- Con esa misma fecha de 29 de abril de 2014 se concede audiencia al reclamante y a la empresa aseguradora del SMS.

OCTAVO.- El reclamante presenta un escrito el 20 de mayo siguiente en el que solicita que se acuerde ampliar el plazo para formular alegaciones debido a la notable extensión del expediente administrativo.

Por otro lado, demanda que se complete la instrucción del procedimiento y que se solicite un informe en el que se explique si entre los meses de julio y agosto de 2012 se disponía de Aciclovir en stock en el HULAMM; se solicita al Centro de Salud de San Pedro del Pinatar que remita la historia clínica del fallecido de la que disponga.

Por último, solicita la práctica de una prueba pericial de parte debido a las claras discrepancias que se contienen en los informes de los facultativos que asistieron al enfermo.

NOVENO.- La instructora del procedimiento remite un escrito al reclamante el 3 de junio de 2014 en el que le informa que no es procedente solicitar ningún certificado al HULAMM dado que ya se han aportado a las actuaciones los informes de los Servicios de Urgencias, de Medicina Interna y de la UCI. En otro sentido, se advierte al interesado que ya se contiene en el expediente la historia clínica de Atención Primaria.

Por último, se considera adecuada la práctica de un informe pericial de parte, para lo que se conceden 30 días para que se practique.

DÉCIMO.- El interesado presenta un nuevo escrito el 11 de septiembre de 2014 en el que solicita que se sustituya la práctica de la prueba pericial que propuso por la realización de un informe valorativo de la Inspección Médica.

El 1 de octubre siguiente se remite una copia de ese escrito a la Inspección Médica y se reitera la solicitud de emisión del informe referido.

UNDÉCIMO.- Se contiene en el expediente una copia del oficio dictado el 21 de octubre de 2014 por el secretario judicial en los autos del procedimiento ordinario núm. 459/2014 seguido ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia. De su contenido se deduce que el interesado formuló un recurso de esa naturaleza que fue admitido a trámite por el referido órgano jurisdiccional.

DUODÉCIMO.- El 23 de enero de 2018 se recibe el informe realizado por la Inspección Médica el día 17 de ese mes, en el que se contienen las siguientes conclusiones:

"1.- D. X (sic) de 52 años de edad y sin patología previa salvo diabetes II, acude al S. de Urgencias del H. Los Arcos la tarde del 28 de julio de 2012 por un cuadro de exantema precedido de un cuadro febricular de dos días de evolución, al paciente se le recogen de manera completa los antecedentes personales y se realizan las pruebas complementarias adecuadas para este tipo de cuadro. El paciente es alta con diagnóstico de probable cuadro vírico y se le cita a la mañana siguiente.

2.- Al día siguiente se solicita serología para los virus que más frecuentemente causan exantema en el adulto, se repite la analítica y se le valora de nuevo causando ingreso para estudio en MI. El paciente está estable y sin clínica respiratoria.

3.- El diagnóstico de varicela en el niño es clínico en casi todas las ocasiones sin precisar de otro tipo de estudios, no obstante y dado que el 99% de los adultos han padecido varicela su poca frecuencia en adultos dificulta el diagnóstico. Además y por la descripción que realizan tres facultativos distintos, el paciente no presentaba el exantema típico de la misma.

4.- La tarde del ingreso el paciente comienza con clínica de insuficiencia respiratoria, la placa de tórax muestra infiltrados bilaterales, se inicia tratamiento en UCI con Aciclovir IV y se solicita estudio serológico para varios virus entre ellos varicela. Pese al adecuado tratamiento y tras una estancia de un mes, el paciente fallece.

5.- Las actuaciones médicas fueron adecuadas al buen hacer".

DECIMOTERCERO.- Con fecha 5 de febrero de 2018 se confiere un nuevo trámite de audiencia a los interesados en el procedimiento.

DECIMOCUARTO.- El interesado presenta el 7 de marzo de 2018 un escrito en el que advierte que en el informe de la Inspección Médica se incurre en el error de mencionarlo a él mismo como paciente y no al enfermo que desgraciadamente falleció, esto es, a su padre, D. Y.

Asimismo, formula unas extensas consideraciones acerca de la enfermedad de la varicela, su diagnóstico adecuado y su tratamiento indicado mediante Aciclovir. De igual modo, analiza el contenido de los informes que elaboraron los tres facultativos que asistieron a su progenitor y argumenta que se incurrió en este caso en una pérdida de oportunidad terapéutica.

El 20 de marzo se remiten sendas copias de ese escrito a la Inspección Médica, a la que se solicita que emita un informe complementario, y a la compañía aseguradora del SMS.

DECIMOQUINTO.- El 13 de abril de 2018 se recibe el informe complementario de la Inspección Médica, realizado el día 9 de ese mes, en el que se reconoce que se cometió un error en el nombre del paciente. Por ese motivo, se modifica la redacción de la Conclusión primera de la siguiente forma:

"1.- D. Y, de 52 años de edad y sin patología previa salvo diabetes II, acude al S. de Urgencias del H. Los Arcos la tarde del 28 de julio de 2012 por un cuadro de exantema precedido de un cuadro febricular de dos días de evolución. Al paciente se le recogen de manera completa los antecedentes personales y se realizan las pruebas complementarias adecuadas para este tipo de cuadro. El paciente es alta con diagnóstico de probable cuadro vírico y se le cita a la mañana siguiente".

Por último, se advierte que se mantienen en sus propios términos las otras conclusiones que se exponían en el anterior informe.

DECIMOSEXTO.- El 18 de abril de 2018 se concede una nueva audiencia al reclamante y a la compañía aseguradora del SMS.

DECIMOSÉPTIMO.- El interesado presenta el 8 de mayo siguiente un escrito en el que se reproducen las anteriores alegaciones que presentó en marzo de ese año 2018 y reitera el contenido de su pretensión resarcitoria.

DECIMOCTAVO.- El 18 de mayo de 2018 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

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 31 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, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante 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 los artículos 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 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Régimen legal aplicable; legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. En cuanto al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) y que este nuevo Cuerpo legal y 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.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPACAP dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos iniciados antes de su entrada en vigor, sino que se regirán por la normativa anterior. De conformidad con ello, el régimen legal que resulta aplicable en este caso es el que se contenía en la LPAC.

II. La reclamación por daño moral ha sido interpuesta por una persona interesada como es el hijo del paciente fallecido, cuya condición se deduce del contenido del expediente administrativo.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

III. En relación con el requisito del plazo, el artículo 142.5 LPAC establece que, en todo caso, 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 el caso que nos ocupa, la muerte enfermo se produjo el 13 de septiembre de 2012 y la reclamación se presentó el 27 de junio del año siguiente, dentro del plazo de un año establecido al efecto y de forma temporánea, por tanto.

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. No obstante, se advierte que se ha incurrido en un retraso a todas luces excesivo motivado, entre otras circunstancias, por el hecho de que se ha debido esperar más de cuatro años a que la Inspección Médica emitiera su informe valorativo.

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 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable 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.

Ya se ha expuesto con anterioridad que el interesado solicita una indemnización de 120.000 euros por el daño moral que le causó el fallecimiento de su padre en el HULAMM, en septiembre de 2012. Como también se ha puesto de manifiesto, el reclamante argumenta que se produjo un retraso diagnóstico y, como consecuencia de ello, un claro retraso en el suministro de la medicación (*Aciclovir*) que resultaba adecuada para tratar la afección vírica que afectaba a su progenitor.

A pesar de esas alegaciones, el interesado no ha aportado a las presentes actuaciones ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que avale el contenido de sus imputaciones como exige el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de práctica de medios de prueba en el procedimiento administrativo, que dispone que *"Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda... el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda"*.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento los informes de los facultativos que asistieron al paciente posteriormente fallecido en los Servicios de Urgencias y de Medicina Interna y en la UCI del citado hospital. Además, se han aportado al expediente el informe valorativo de la Inspección Médica y un informe médico-pericial a solicitud de la compañía aseguradora del SMS.

En el primero de ellos se explica que el paciente, que no presentaba ninguna patología previa conocida salvo diabetes II, presentó el 28 de julio de 2012 un cuadro de exantema y febrícula de dos días que no afectaba a su estado general. Debido a la edad del enfermo -52 años- y a las características que presentaba el citado exantema no se diagnosticó de varicela en un primer momento. Se le dio el alta con diagnóstico de probable cuadro clínico.

Cuando se le ingresó al día siguiente se encontraba estable y sin signos respiratorios. En el Servicio de Urgencias se le había realizado una placa de tórax que había ofrecido resultados normales. La tarde de ese día comenzó con clínica respiratoria, disnea, taquipnea y baja saturación de oxígeno, por lo que se inició oxigenoterapia y se realizó una nueva radiografía que evidenció infiltrados alveolos intersticiales bilaterales. Se le ingresó en la UCI y se inició tratamiento con *Aciclovir* IV y se continuó con el tratamiento y se aplicaron otras medidas de soporte. Conviene destacar que la administración del fármaco referido es la indicada para el tratamiento de la neumonía varicelosa que posteriormente se confirmó.

Desde la UCI se solicitó serología para varicela zoster pero también para rubeola, herpes simple y *mycoplasma pneumoniae*, es decir, para los virus que más frecuentemente causan exantema en el adulto. La prueba fue positiva para varicela y desde ese momento se le trató de manera adecuada.

Sin embargo, a las pocas horas de su ingreso en la UCI se produjo una rápida evolución radiológica muy desfavorable, experimentó problemas de ventilación. Se le incrementó la dosis de *Aciclovir*, se pautaron antibióticos empíricos y se le trasfundió sangre. A pesar de ello, la evolución fue desfavorable desde el principio y tras una estancia de un mes en la UCI el enfermo falleció.

Además, en el informe de la Inspección Médica se insiste en que el enfermo no presentaba el exantema típico de la varicela. De igual forma, se responde negativamente a la cuestión planteada por el interesado sobre si el uso de *Aciclovir* está pautado bajo protocolos económicos y se destaca que había existencias suficientes de dicho fármaco en la farmacia del HULAMM aquellos días, ya que se le administró al paciente inmediatamente después de que se le indicara.

Por esos motivos considera la Inspección Médica que la asistencia que se le prestó al enfermo fue adecuada al buen hacer médico.

En el mismo sentido, en el informe pericial aportado por la compañía aseguradora se formulan consideraciones muy similares a las anteriores pero se destaca que las lesiones típicas de la varicela se corresponden con lesiones vesiculosas en el tronco y las extremidades, en diferentes estadios evolutivos (vesículas, costra, pústula), por lo que se denominan en "*cielo estrellado*".

Se señala que por la descripción del informe de urgencias no es exactamente lo que se objetivó cuando acudió el enfermo.

Y a eso se añade que *"En cualquier caso, aunque se hubiera sospechado varicela, al no existir afectación orgánica no estaría indicado el inicio del tratamiento antiviral en ese momento, puesto que habían transcurrido más de 24 horas desde el inicio del cuadro, y únicamente se ha objetivado beneficio con el tratamiento si se inicia en este período de tiempo"*.

La especialista añade en su informe que *"La normalidad de la exploración física, constantes vitales y radiografía de tórax al ingreso no podían hacer sospechar la rápida y fatídica evolución que iba a presentar el paciente"*.

Y también destaca que *"Ha de tenerse en cuenta, además, que el paciente presentaba mayor riesgo de complicaciones al tratarse de un paciente diabético y fumador, siendo éstos posibles factores añadidos a la rápida y grave progresión del cuadro"*.

Esa consideración le lleva a alcanzar la conclusión 4ª de su informe, según la cual no se puede reconocer que se produjera un retraso en el diagnóstico ni en el inicio del tratamiento específico, que no está indicado en cuadros de más de 24 horas de evolución. Por ello, concluye finalmente (5ª) que la actuación médica fue adecuada al cuadro clínico que el paciente presentaba en cada fase del proceso.

Debido a esas circunstancias, resulta evidente que no se ha acreditado que se produjera una actuación contraria a la *praxis* médica y particularmente que se incurriera en un retraso diagnóstico y terapéutico. Así pues, no puede establecerse la menor relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño moral alegado por el interesado, cuya antijuridicidad no ha sido debidamente demostrada. Por esa razón, procede la desestimación de la reclamación formulada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, ya que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria y, de manera concreta, el nexo causal que debe existir para ello entre el funcionamiento del servicio público y el daño producido,

cuya antijuridicidad tampoco ha resultado acreditada.

No obstante, V.E. resolverá.

