



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **38/2020**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 12 de febrero de 2020, 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 29 de octubre de 2019 (COMINTER 333007/2019) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el 30 de octubre de 2019, sobre responsabilidad patrimonial instada por D^a X y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **311/19**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- D^a. X, y sus hijos, D^a. Y, D^a. Z, D. P y D. Q, con asistencia letrada, presentaron el 4 de abril de 2014 una reclamación por responsabilidad patrimonial en que habría incurrido el SMS por la incorrecta asistencia prestada en el Hospital de la Vega "Lorenzo Guirao", en Cieza, a su esposo y padre, respectivamente, D. R, fallecido el 18 de marzo de 2014.

En la reclamación exponen que: 1º. D. R, de 59 años, padecía de hernia umbilical no reductible, diagnosticada por el Dr. S en el Hospital de la Vega "Lorenzo Guirao", el 20 de agosto de 2013. Le fue indicada intervención quirúrgica de hernioplastia umbilical y fue incluido en lista de espera el día 10 de septiembre de ese mismo año, con prioridad para ser intervenido antes de tres meses. Realizado el estudio preanestésico el día 22 siguiente, no llegó a ser llamado para la intervención.

2º. El 22 de febrero de 2014, D. R acudió al Servicio de Urgencias del Hospital de la Vega "Lorenzo Guirao" por un dolor lumbar izquierdo irradiado a nalga, siendo atendido por el Dr. T que, sin practicar prueba alguna, diagnosticó lumbociática izquierda, le administró tratamiento intravenoso con dexametasona, dexketoprofeno tramador y diazepam y, al considerar que su asistencia no precisaba de ingreso, le dio el alta.

3º. El 4 de marzo de 2014 acudió de nuevo al Servicio de Urgencias por la persistencia del dolor lumbar izquierdo, a pesar de la medicación, presentando además episodios de incontinencia urinaria durante dos días consecutivos. La Dra. V le exploró e indicó *"buen estado general [...] hernia umbilical no complicada, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal"* y le prescribió analítica (bacterias ++++) y radiografías de columna lumbar, no objetivándose lesiones óseas agudas. Su diagnóstico fue de lumbalgia e infección de tracto urinario baja, siendo dado de alta con tratamiento y citado para el día 6 de marzo en las consultas externas del Servicio de Traumatología, para valoración de lumbociática de larga evolución que no cedía con el tratamiento prescrito, y

recomendando control por el médico de Atención Primaria de las cifras de glucemia.

4º. En el Servicio de Traumatología del mismo Hospital fue visto, el 6 de marzo, por el Dr. E, quien en su informe anota *"presenta lumbociática izquierda intensa desde hace dos semanas, refiere dolor que irradia hasta rodilla y parestesia de todo el pie"* e indica que *"no se puede explorar por intenso dolor"*. Diagnosticado de lumbalgia izquierda intensa se prescribe ingreso para su tratamiento.

5º. Una vez ingresado el paciente, y tras la administración de los fármacos prescritos, se anotó por la enfermería en la historia clínica (el día 8 de marzo) que había escasa remisión del dolor pese al tratamiento. Se solicitó RMN lumbar con intolerancia a la flexión de cadera y se continuó la perfusión de analgesia.

6º. El 10 de marzo de 2014 se anota por enfermería que el paciente lleva 5 días con estreñimiento, por lo que se prescribe micralax sin resultados, teniendo el paciente mucho dolor y nerviosismo, administrándose Valium y paracetamol.

7º. El día 11 de marzo al continuar con las molestias intestinales se le indicó que debía beber mucha agua.

8º. El día 12 seguía con cialgia, estreñimiento y abdomen distendido. Se suspendió la administración de morfínicos y se hizo interconsulta al Servicio de Cirugía, solicitando radiografía de abdomen. Fue visto por el traumatólogo que hizo interconsulta al Servicio de Cirugía y de Aparato Digestivo para que valorara un posible fleo paralítico. Se indicó enema y dieta absoluta. Ese mismo día en nueva interconsulta al final del día, en Digestivo se informa de la existencia de *"abdomen distendido y timpanizado pero sin dolor espontáneo en paciente tratado con morfínicos. Refiere ventosear escaso, a la palpación refiere dolor en hemiabdomen inferior pero sin signos de irritación peritonea"*

9º. Superado el episodio de estreñimiento, el paciente fue dado de alta por la Dra. F el jueves 13 de marzo de 2014, con diagnóstico principal de "lumbociatalgia", indicando el tratamiento y citándolo para consulta de Cirugía Ortopédica y Traumatología el día 7 de abril.

10º. El día 17 de marzo a las 2:20 horas el paciente acudió de nuevo a Urgencias por dolor abdominal, indicándose tras la exploración que el paciente estaba *"consciente pálido y sudoroso abdomen distendido, doloroso con signos de irritación peritonea presenta hernia umbilical imposible de reducir"*. Se le realiza analítica, radiografía de tórax y de abdomen y se diagnostica *"diverticulitis perforada, peritonitis purulenta"*. Es intervenido por el cirujano de guardia, Dr. G (laparotomía exploradora, resección de sigma y colon izquierdo, parcial), y trasladado al Hospital "Morales Meseguer" sobre las 12:10 h., donde es ingresado en UCI a las 13:38, falleciendo en la madrugada del día 18 de marzo de 2014, a las 6:25 h., tras sufrir dos paradas cardiorrespiratorias. El diagnóstico principal es de shock séptico postoperatorio peritonitis purulenta por diverticulitis perforada y hernia umbilical.

Concluye la reclamación solicitando la indemnización de los daños derivados de la asistencia recibida por D. R al entender que no había sido adecuada, principalmente por el error de diagnóstico que supuso pérdida de oportunidad, siendo el factor que desencadenó o incidió en el fatal desenlace, ya que, a pesar de acudir a

Urgencias del Hospital de la Vega "Lorenzo Guirao" en varias ocasiones presentando unos síntomas que pudieran ser compatibles con problemas abdominales no se le practicó prueba alguna que los descartara, limitándose durante su ingreso a administrarle analgésicos y enemas. Por tanto, aplicando analógicamente la Resolución de 4 de marzo de 2014, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publicaron las cuantías de las indemnizaciones por muerte lesiones permanentes e incapacidad temporal para el año 2014 para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidente de circulación, solicitaba que se acordara indemnizar a la viuda e hijos del fallecido con las siguientes cantidades:

- A la viuda D^a. X de 56 años de edad, la cantidad de 115.035,21 €, más 10.000 € por daños morales.

- A los hijos:

D^a. Y de 34 años, 9.586,26 €.

D^a. Z de 32 años de edad , 9.586,26 €.

D. P de 28 años de edad, 9.586,26 €.

D. Q de 19 años de edad, 19.172,54 €.

A la reclamación se unía fotocopia del Libro de Familia, partida de defunción de D. R, copia del DNI de los reclamantes, copia de la historia clínica en el Hospital de la Vega "Lorenzo Guirao" y copia del informe de alta por "exitus" en Hospital Morales Meseguer

SEGUNDO.- Por resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS) de 4 de septiembre de 2014 se admitió la reclamación presentada, se ordenó la incoación del expediente número 439/14 designando como órgano encargado de la instrucción al Servicio Jurídico de la Secretaría General Técnica del SMS. Mediante sendos escritos del día 5 de septiembre de 2014 se notificó la admisión a los reclamantes, a la Gerencia del Área de Salud IX, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao", de Cieza (HLVLG) en demanda de copia de la historia clínica y de los informes de los profesionales implicados en la asistencia al fallecido, a la Gerencia del Área de Salud VI, Hospital "Morales Meseguer" (HMM) con la misma petición, a la Correduría de Seguros "Aón Gil y Carvajal, S.A." para su traslado a la Compañía aseguradora, y a la Directora General de Asistencia Sanitaria.

TERCERO.- El requerimiento formulado fue contestado por la Dirección Gerencia del HLVLG mediante escrito de 24 de septiembre de 2014 acompañando la documentación solicitada.

El informe clínico de Cirugía General y Aparato Digestivo, firmado por el doctor D. G el día 4 de junio de 2014, se refiere a *"Paciente que acude a urgencias por dolor abdominal de cuatro días de evolución, acude por persistencia del dolor. Ha tolerado líquidos y refiere tránsito para gases. Fiebre de 38° hace 48 horas y 39 ayer"*. Tras describir la exploración física y las pruebas complementarias practicadas señala como diagnóstico principal *"Diverticulitis perforada. Peritonitis purulenta. Hernia umbilical"*. Y describe el tratamiento aplicado de la siguiente manera *"Laparotomía exploradora, resección de sigma y colon izquierdo (parcial). Hartman. Se traslada el paciente a la Uci del Hospital Universitario Morales Meseguer"*.

El informe clínico del doctor D. T, del Servicio de Urgencias del HLVLG, fechado el 17 de septiembre de 2014, describe la asistencia que se le prestó al paciente el 22 de febrero de 2014, en la que se dispuso su alta a

domicilio manteniendo tratamiento ambulatorio al presentar, a las pocas horas de su estancia en Urgencias, mejoría sintomática. En él consta: *" Cabe reseñar que el diagnóstico en urgencias de una irritación de las raíces ciáticas se basa en el perfil clínico del dolor y su correlación con las maniobras exploratorias establecidas a tal fin, sin precisarse de entrada la práctica de otras pruebas complementarias. La conducta a seguir es, si se controla el dolor, remitir el paciente a domicilio continuando tratamiento ambulatorio, como así sucedió en el citado día. Es en un siguiente acto clínico cuando, si el cuadro no presenta mejoría, se puede considerar desde atención primaria o consulta de especialidades el estudio de imagen para confirmar o descartar lesiones en columna lumbar, o si el paciente reacciona a urgencias o consultas con el dolor mantenido de idénticas características, perfil y exploración, proceder entonces a ingreso para tratamiento sintomático y completar estudio diagnóstico del proceso. Cabe reseñar también que durante el episodio relativo a la atención del paciente en esta fecha y hora, el mismo no refirió sintomatología en otra localización anatómica, y presentó mejoría sintomática tras tratamiento al uso acorde al diagnóstico clínico realizado"*.

El informe del doctor D. J, Jefe de Servicio de Traumatología del HLVLG, de 18 de septiembre de 2014, describe cómo el enfermo fue visto el día 6 de marzo de ese año por presentar un cuadro de lumbociatalgia izquierda y pedagógica, siendo ingresado en la planta para control del dolor y realización de pruebas diagnósticas. Asimismo consta que en la visita del 7 de marzo siguiente se realizó una exploración clínica observando signos de dolor radicular sin alteraciones neurológicas prescribiendo tratamiento médico, y que en su evolución presentó estreñimiento, manteniendo el ritmo intestinal, razón por la cual se realizó una consulta al Servicio de Cirugía General en fecha 11 de marzo de 2014. En esa misma fecha se realizó una RMN apreciándose protrusión discal L4-L5 lateral izada a la izquierda. Concluye afirmando *"La evolución es satisfactoria, encontrándose el 13/03/2014 asintomático y manifestando el paciente su voluntad de ALTA a domicilio. Es dado de ALTA tras tolerancia digestiva"*.

Por último, en la documentación remitida se incluye un informe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del HLVLG, del doctor G, de 22 de septiembre de 2014, en el que se contestan los apartados de la reclamación a los que podía responder por haber atendido al paciente. Tras hacerlo de manera sucesiva a los hechos que en la reclamación constaban concluye del siguiente modo: *"Aclarar que uno de los efectos secundarios de la utilización de morfínicos (opiáceos), cualquiera que sea su indicación, es el íleo paralítico que consiste en un cese de la motilidad intestinal por efecto de los opiáceos y que tiene como consecuencia la no emisión de gases ni heces así como la distensión abdominal hasta la recuperación de la motilidad intestinal. Hecho que se recoge en el pase de planta del día del alta por traumatología como " ha ventoseado y defecado"*.

Aclarar también que en la valoración de las 23:50 horas se recoge «no existen signos de irritación peritoneal» dato exploratorio que indica que en ese momento no hay datos exploratorios que sugiera una peritonitis.

Aclarar de nuevo que la indicación quirúrgica de un paciente grave, viene determinada por la necesidad de resolver primero la causa desencadenante de la situación de gravedad del paciente en ese momento. Y ya que la indicación inicial es quirúrgica y no de ingreso en UCI, y disponiendo este hospital de quirófano de urgencias, servicio de anestesia y reanimación y servicio de cirugía se procedió a la intervención como primer paso para la resolución del cuadro. La decisión de traslado a UCI se realiza una vez finalizada la intervención ya que una vez resuelto el cuadro desencadenante puede ocurrir que el paciente no requiera tal traslado por conseguirse datos hemodinámicos que permitan su postoperatorio inicial en un servicio de reanimación del que si disponemos.

Así mismo añadir que este paciente había sido clasificado como ASA 11 por el servicio de anestesia para la intervención de hernia umbilical lo que se define como: Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención (recogido de SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ASA. Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para

estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente y que tiene cinco grados, siendo el cinco el de mayor riesgo y uno el de menor".

CUARTO.- Mediante escrito de 11 de noviembre de 2014, el Director Gerente del HMM remitió la copia compulsada de la historia clínica obrante en dicho hospital así como el informe emitido por el doctor D. P, Jefe de Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos.

En dicho informe se expone que se trataba de un paciente procedente del HVLVG por fracaso multiorgánico tras intervención quirúrgica urgente y peritonitis secundaria a diverticulitis aguda. Desde dicho Hospital se había consultado por vía telefónica decidiendo el ingreso en la UCI del HMM. Consta en el informe que "A su llegada el paciente presenta shock séptico con fracaso multiorgánico. Precisa ventilación invasiva, drogas vasoactivas a dosis elevadas, monitorización hemodinámica invasiva y de la presión intraabdominal, corticoides sistémicos, y ante la presencia de oligoanuria, hemodiafiltración venovenosa continua. Se indicó meropenem como tratamiento antibiótico. Durante las siguientes horas, el paciente persistió en la misma situación de shock, presentando parada cardíaca por asistolia, iniciándose reanimación cardiopulmonar, que fue efectiva, recuperando latido cardíaco y pulso efectivo, para unas horas más tarde, nuevo episodio de parada cardíaca de la que ya no se recuperó, falleciendo el paciente. El diagnóstico de alta fue Shock séptico con fracaso multiorgánico secundario a peritonitis aguda debida a diverticulitis de colon izquierdo".

QUINTO.- El órgano instructor dirigió escrito a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria el día 20 de noviembre de 2014 en solicitud de informe de la Inspección Médica. En la misma fecha remitió copia de todo el expediente a la Correduría de seguros para su traslado la Compañía aseguradora.

Posteriormente, mediante escrito de 26 de marzo de 2015, solicitó al Servicio de Gestión de Personal de Recursos Humanos del SMS un informe sobre si la doctora D^a. V era personal del SMS y, si era así, le facilitara los datos para contactar con ella a fin de que emitiera informe en el procedimiento. El requerimiento fue contestado el día 21 de abril de 2015 indicando que la citada doctora no prestaba servicios en ningún centro dependiente del SMS desde el día 10 de mayo de 2014.

SEXTO.- Se halla unido al expediente (folios número 345 a 351) un informe médico pericial de la empresa "--", evacuado por el doctor D. L, especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Las conclusiones del mismo son las siguientes:

"1. Una serie de "cruces casualidades", descritas todas ellas en las consideraciones particulares, fue la responsable de relacionar el cuadro de lumbalgia crónico refractario al tto con analgésicos a un problema mecánico de columna.

2. El único dato pasado por alto en el momento real y presente de los acontecimientos fue la bacteriuria del día 4 de marzo; en ningún caso se pensó que la infección de orina podía tener relación con el divertículo perforado al retroperitoneo.

3. La ausencia de UVI nunca puede ser causa de traslado a otro centro para comenzar una cirugía ante un paciente con abdomen agudo y shock séptico. Es correcto realizar la cirugía en el centro donde se recibe el paciente, y una vez finalizada, trasladarlo en una UVI móvil a otro centro dotado de UVI entre su cartera de Servicios.

En suma, el manejo diagnóstico y terapéutico del caso sujeto a pericia se ajustó a la Lex Artis ad Hoc".

SÉPTIMO.- El 12 de mayo de 2015 se extendió una diligencia para hacer constar la comparecencia de una representante de la interesada solicitando copia de determinada documentación que le fue entregada.

OCTAVO.- Los reclamantes comunicaron el cambio de la persona encargada de su asistencia letrada mediante escrito de septiembre de 2018.

NOVENO.- Con escrito de 17 de abril de 2019 se remite el informe de la Inspección Médica, que concluye de la siguiente manera:

"Analizada la documentación asistencial obrante en el expediente sobre la asistencia prestada a Don R cabe concluir que:

? En las visitas efectuadas a urgencias del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (HLVLG), el 22/02/2014 y el 04/03/2014, y posteriormente en el ingreso entre el 6 y el 13 de marzo de 2014 en el mismo hospital, y tal y como interpretaron los facultativos intervinientes en el proceso, la sintomatología del paciente y los resultados de las pruebas realizadas orientaban claramente el diagnóstico hacia una lumbociatalgia sin que fuera razonable sospechar que el origen de la misma estaba en un divertículo de colon complicado.

? La sintomatología abdominal que presentó el paciente durante su ingreso entre el 6 y el 13 de marzo de 2014 en el HLV Lorenzo Guirao puede de manera lógica atribuirse a efectos secundarios conocidos del tratamiento con morfina. Su desaparición cuando se retiró la morfina reforzó la hipótesis de que se debían al tratamiento y no a una patología abdominal subyacente. La placa de abdomen realizada no evidenció ninguna patología abdominal.

? Desde el momento que acude a urgencias nuevamente, el 17/03/14, y hasta el momento del fallecimiento del paciente, no se observa en la documentación analizada ningún elemento que pueda interpretarse como ajeno al correcto proceder.

? El que la intervención se realizara en el HLV Lorenzo Guirao, con traslado posterior a la UCI del HGU Morales Meseguer es perfectamente acorde a la correcta práctica médica .

? Independientemente de lo anterior no fue acorde a la correcta praxis médica el no realizar seguimiento ni tratamiento de la infección de tracto urinario bajo que se diagnosticó al paciente en la visita que hizo a urgencias el 04/03/2014, durante el posterior ingreso en el hospital. Sobre las consecuencias de dicha omisión parece razonable concluir que el mantenimiento de dicho tratamiento no hubiera modificado la evolución a peritonitis que finalmente se produjo. En cuanto a la orientación diagnóstica la presencia de infección urinaria no implica establecer el diagnóstico de sospecha de diverticulitis".

DÉCIMO.- El órgano instructor acordó la apertura del trámite de audiencia el 6 de mayo de 2019, notificándolo al letrado de la reclamante y a la Compañía de seguros "Mapfre España, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.".

UNDÉCIMO.- El representante de los interesados compareció solicitando y obteniendo copia de los folios número 354 a 369 del expediente, según consta en la diligencia extendida al efecto el día 21 de junio de 2019 (folio número 374). Posteriormente, mediante escrito registrado el día 4 de julio siguiente, formuló alegaciones reiterando las que constaban en la reclamación inicial y sosteniendo que las actuaciones practicadas no

desvirtuaban los motivos de la misma, que básicamente se reducían a no haber diagnosticado a tiempo la diverticulitis de colon que finalmente resultó perforada originando una peritonitis causante del shock séptico y el fallo multiorgánico que causó la muerte al señor R.

DUODÉCIMO.- El 28 de octubre de 2019 se formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada por no haberse acreditado la concurrencia de los requisitos necesarios para la existencia de responsabilidad patrimonial del SMS y, en concreto, la necesaria relación causal entre la asistencia prestada y el fallecimiento del paciente.

DECIMOTERCERO.- En la fecha y por la Autoridad indicada en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP), vista la fecha de iniciación del procedimiento.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Los reclamantes tienen legitimación para formular la pretensión indemnizatoria objeto del presente procedimiento pudiendo ejercer su pretensión indemnizatoria a tenor de lo previsto por el artículo 139.1 (LPAC), en relación con el 4.1 RRP, de aplicación en atención a la fecha en la que ocurrieron los hechos de acuerdo con lo establecido en la disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

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

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay reparo que oponer, vista la fecha de los hechos y la de la presentación de la reclamación.

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, si bien, se debió exigir la correcta acreditación de la representación con la que actuaron sus letrados asesores. Por otro lado, considera este Consejo Jurídico que ha de llamar la atención por la excesiva dilación en su tramitación.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

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

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

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

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

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

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

la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente".

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

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

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

De acuerdo con lo que se ha expuesto más arriba, los reclamantes solicitan que se les reconozca el derecho a percibir una indemnización total de 172.966,53 euros por el daño que les causó el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, en marzo de 2014.

Dicho de manera muy resumida, consideran que se deberían haber realizado las pruebas complementarias procedentes - entre ellas, una TAC - para hacer un diagnóstico correcto que hubiera evitado el desarrollo letal de la dolencia que realmente padecía. Como eso no se llevó a efecto, no resultó posible tratar adecuadamente al paciente y provocó su fallecimiento.

A pesar de la alegación de mala praxis que llevan a cabo, los reclamantes no han aportado ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que avale el contenido de sus imputaciones, como impone a los interesados el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que regula la distribución de la carga de la prueba y que es aplicable también en el ámbito administrativo.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento una copia de las historias clínicas completas de los dos centros que le prestaron asistencia en la que se contienen los informes que emitieron en cada momento los distintos facultativos que lo atendían y que demuestran, igualmente, la gran cantidad de pruebas de todo tipo que se efectuaron al paciente y los resultados que se obtuvieron.

Asimismo, ha aportado nuevos informes de esos mismos facultativos que asistieron al enfermo y el informe valorativo de la Inspección Médica, en el que se concluye que la actuación profesional de esos médicos fue la correcta.

En el apartado referente a Juicio crítico de ese informe se exponen detallada y prolijamente las razones que justifican que, con los datos de los que se disponía en cada fase del proceso asistencial, se tratase al paciente en la forma que se hizo y que se le dispensase el tratamiento que se le prescribió. Así se dice en este apartado (folio número 368) que *"Por tanto aunque, a la luz de los hechos posteriores parece evidente que en el momento del ingreso el paciente ya estaba afecto de una diverticulitis, complicada en mayor o menor medida, no cabe atribuir a mala práctica su no diagnóstico. Los facultativos actuaron de forma razonable en función de los signos y síntomas del paciente"*. No obstante continúa el autor del informe diciendo que *"Independientemente de lo anterior no fue acorde a la correcta praxis médica el no realizar ningún seguimiento de la infección de tracto urinario bajo que se diagnosticó al paciente en la visita que hizo a urgencias el 04/03/2014. Cuando el paciente ingresó dos días después no se hace ninguna referencia a este episodio, no hay ninguna información sobre el cultivo solicitado ni tampoco se continúa el tratamiento antibiótico inicialmente prescrito"*. Sin embargo argumenta que *"Dilucidar si el mantenimiento del tratamiento antibiótico con la cefalosporina prescrita hubiera modificado significativamente la evolución del paciente es meramente opinar sobre una hipótesis. Parece razonable suponer que dado que el paciente no mejoró con el tratamiento antibiótico intravenoso del día 4 y con el que, si siguió las indicaciones de urgencias, debió tomar por vía oral hasta el día 6, el mantenimiento de dicho tratamiento no hubiera modificado la evolución a peritonitis que finalmente se produjo. Esta hipótesis la refuerza el hecho de que los tratamientos conservadores con antibióticos están indicados básicamente en las diverticulitis no complicadas"*.

En cuanto al valor de la presencia de infección urinaria baja para orientar el diagnóstico hacia una diverticulitis complicada, recordar que aunque una diverticulitis puede ir asociada a sintomatología urinaria, incluida la infección, no por ello la presencia de infección urinaria tiene que hacer pensar en diverticulitis".

A la vista de lo anterior se puede afirmar que los síntomas que presentaba el paciente no orientaban el diagnóstico de manera indubitada a la existencia de una diverticulitis. Diferente sería si las manifestaciones de la dolencia que realmente padecía no hubieran estado ocultas tras esos síntomas que inclinaron razonablemente el juicio hacia otro diagnóstico. Hacerlo así contradice el principio de prohibición de regreso.

De acuerdo con la doctrina relativa a ese principio elaborada en el ámbito sanitario -que se expone detalladamente, entre otros, en los Dictámenes núms. 285/2015 y 56/2018 de este Consejo Jurídico-, no resulta

factible censurar el diagnóstico inicial de un paciente si el reproche se fundamente primordial o exclusivamente en la evolución posterior que se haya podido producir. Como muy gráficamente pone de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en su Sentencia de 27 de abril de 2011, "... la medicina no es una ciencia exacta y a "posteriori" es fácil diagnosticar y aventurar una posible actuación médica".

La lectura del informe de PROMEDE es una prueba más de la aplicación de dicha doctrina. Su autor incluye unas Consideraciones particulares sobre el caso, después de las "Consideraciones generales sobre el manejo del paciente (diagnóstico y tratamiento) con diverticulitis aguda no complicada y complicada del colon izquierdo y sigma". En tales consideraciones sobre el caso afirma, por ejemplo, que *"Además, y es preciso aclararlo, una cuestión es la valoración retrospectiva de la historia, y otra cuestión es tratar de desmenuzar la secuencia de acontecimientos como si también los que firmamos el informe pericial hubieramos vivido la misma secuencia en ese mismo presente."*

En ocasiones, la medicina nos ofrece diagnósticos diferenciales insospechadamente parecidos en su expresión clínica pero totalmente diferentes en su génesis. Éste ha sido el caso: lumbalgia mecánica con irradiación a la pierna por una espondilosis degenerativa con protusión discal Vs lumbalgia mecánica con irradiación a la pierna por una diverticulitis perforada al retroperitoneo inicialmente, y más tarde extendida al resto de la cavidad abdominal.

La medicina es compleja y no siempre piensas en todas las posibilidades. Es necesario que consideremos si en este caso no haber pensado en todas las posibilidades puede ser calificado de una actuación médica deficiente y por ello acreedora en justicia de la reclamación patrimonial presentada.

Entendemos inicialmente que muchos colegas habrían actuado de la misma manera en los momentos en que los acontecimientos estaban desarrollándose. Es decir, imputar en todo momento el dolor al problema degenerativo de la columna sin pensar en un problema subagudo de un divertículo perforado al retroperitoneo.

Tras el estudio pausado de todos los datos documentales de la historia clínica, y conocido el desenlace de la misma (fallecimiento por diverticulitis perforada muy evolucionada), hay un matiz que pudo tenerse en consideración durante el ingreso en la planta de traumatología el paciente presentaba bacteriuria el 4 de marzo en urgencias recetándose antibiótico específico: Zinnat.

Así, de forma retrospectiva, todo parece indicar que el dolor lumbociático que el paciente había tenido a lo largo de varias semanas era debido a una diverticulitis complicada del lado izquierdo, y muy posiblemente, perforada al retroperitoneo".

Como consecuencia de lo que se acaba de exponer, no se puede entender que se produjera ninguna infracción de la lex artis ad hoc con ocasión de la asistencia sanitaria que se dispensó al esposo y padre de los reclamantes, por lo que no cabe declarar que exista relación alguna de causalidad entre el funcionamiento del sistema público sanitario y el lamentable efecto lesivo por el que se solicita una indemnización.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución en cuanto es desestimatoria de la reclamación presentada al no haber acreditado la concurrencia de los requisitos exigidos por la normativa vigente para que así se proceda.

No obstante, V.E. resolverá.

