



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 252/2021

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 29 de octubre de 2021, 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 5 de julio de 2021 (COMINTER 208098_2021_07_05-09_15), sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2021_217), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 16 de febrero de 2015 D.^a X y sus hijos [--] presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella exponen que son, respectivamente, la viuda y los hijos de D. Z, que falleció el 17 de febrero de 2014 en el Hospital General Universitario *Morales Meseguer* (HMM) de Murcia.

También relatan que el esposo y padre de los interesados había sufrido un accidente de tráfico el 3 de febrero de 2014 y que eso motivó que se le ingresara en el hospital citado, dado que se había producido una fractura conminuta de la rótula derecha. Allí se le suspendió el tratamiento con *Sintrom* que seguía y se le practicó una osteosíntesis con cerclaje el día 10, de la que fue dado de alta el siguiente día 13.

Se le ingresó de urgencias el día 16 de dicho mes de febrero porque padecía un fuerte dolor torácico, con disnea y sudoración profusa, y se le remitió al Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) para realizarle una angioplastia porque se le había diagnosticado un síndrome coronario agudo (SCASEST) anterolateral. Allí se le realizó una prueba diagnóstica que permitió concluir que padecía una cardiomegalia.

Tras la realización del procedimiento, se le trasladó a la unidad de UCI coronaria del HMM, donde nueve horas y cuarto después de su ingreso se le sometió a una nueva tomografía computarizada (TC) toracoabdominal, que concluyó con el diagnóstico de hemorragia suprarrenal izquierda. A partir de ese momento se produjo un empeoramiento progresivo del estado del enfermo, que concluyó en un deterioro hemodinámico manifiesto. El familiar de las reclamantes falleció a las 6:45 h del día 17 de febrero de 2014, como ya se ha expuesto.

Los reclamantes añaden que a las 10:45 h del mismo día del fallecimiento se recibió en el Juzgado de Instrucción nº 4 de Murcia comunicación del Instituto de Medicina Legal por el fallecimiento de D. Z, que dio lugar a la apertura y tramitación de las Diligencias Previas núm. 794/2014.

Se realizó la autopsia a las 12 horas y, sin perjuicio de estudios que estuvieran pendientes en ese momento, se estableció como causa de la muerte un shock por insuficiencia cardíaca.

Asimismo, destacan que en el citado procedimiento se ha incorporado un Dictamen emitido por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, dependiente del Ministerio de Justicia, en el cual, tras analizarse las muestras de corazón, pulmón, hígado, bazo, suprarrenal y riñón, se recoge lo siguiente:

- Hipertrofia cardiaca severa. Hemorragia en aurícula derecha compatible con maniobras de RCP. Miocarditis aguda focal.
- Escasa embolia grasa y de médula ósea compatibles con fracturas por accidente o maniobras de RCP.
- Neumonía bilateral en lóbulos pulmonares inferiores.
- Feocromocitoma en suprarrenal izquierda con hemorragia intratumoral y en tejido adiposo circundante.
- Nefrosis osmótica. Ligera nefroangiosclerosis.
- Sin lesiones relevantes en hígado y bazo.

Añaden que han solicitado del órgano jurisdiccional citado un testimonio de la documentación clínica que se haya podido recabar para que se pueda elaborar, a su instancia, un informe para concretar las circunstancias del presente caso. Por eso anuncian que aportarán, en cuanto dispongan de él, ese informe pericial que se está elaborando y que servirá para fundamentar sus imputaciones de mala praxis.

Por esos motivos, consideran que la asistencia sanitaria que se le dispensó al paciente resultó incorrecta y no ajustada a la *lex artis ad hoc*, sobre todo, pero no exclusivamente, en lo concerniente a la prescripción del exceso de anticoagulantes, si se tiene en cuenta la existencia no detectada del feocromocitoma.

En consecuencia, entienden que no se le realizaron las pruebas diagnósticas que hubiesen sido precisas, y que eso dio lugar a un evidente error de diagnóstico. Insisten que, por esa razón, no se detectó, como debería haberse hecho el citado tumor que tenía en la glándula suprarrenal, lo que sin duda hubiera tenido que alterar el tratamiento que se le prescribió.

Por otra parte, aducen que no se facilitó una adecuada información al paciente o a sus familiares, relativa al diagnóstico o al tratamiento que debía seguirse, y especialmente sobre los riesgos típicos, inherentes y asociados, correspondiente a la intervención quirúrgica que se le practicó. En ese sentido, denuncia que los documentos de consentimiento informado no están debidamente cumplimentados.

Por lo expuesto, solicitan una indemnización conjunta de 205.625,37 euros, que se puede desglosar del siguiente modo:

A) Por el fallecimiento a tenor de la Resolución de 5 de marzo de 2014, de la Dirección General de Seguros y fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante 2014 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación:

- Para el cónyuge supérstite: 86.276,40 euros.
- 10 % del factor corrector: 8.627,64 **euros**.
- Para cada uno de los hijos, 4 mayores de 25 años: 9.586,26 euros.
- 10 % del factor corrector para cada uno de los hijos: 958,62 euros.

Total por este concepto: 137.083,58 euros.

B) Por daño moral. Se cuantifica en un 50% más de la indemnización solicitada por el anterior concepto (137.083,58/2), de modo que asciende a 68.541,79 euros.

Total de la indemnización por ambos conceptos (137.083,58 + 68.541,79): 205.625,37 euros.

Con la solicitud de indemnización adjuntan una copia del procedimiento tramitado ante el Juzgado de Instrucción nº 4 de Murcia, en el que se contiene el historial médico remitido por el HMM.

SEGUNDO.- El 8 de abril de 2015 la Jefe de Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud (SMS) remite un escrito a los interesados en el que se señala que, de la reclamación y de la documentación aportada, se desprende que por los mismos hechos que pudieran dar lugar a responsabilidad patrimonial se está tramitado un procedimiento penal.

También se advierte que el pronunciamiento judicial en vía penal ha de ser anterior a cualquier declaración administrativa, ya que los hechos que se declaren probados en vía penal deberán tenerse en cuenta en la resolución administrativa. Además, tales actuaciones producen un efecto interruptor del plazo de prescripción de la acción de reclamación en vía administrativa.

Por ese motivo, se solicita que una vez que recaiga la correspondiente resolución judicial en vía penal, deberán ponerlo en conocimiento de la Administración sanitaria para que se pueda iniciar el procedimiento administrativo.

Finalmente, se requiere a los reclamantes para que acrediten, mediante una copia compulsada del Libro de Familia, la legitimación con la que interponen la acción de resarcimiento.

TERCERO.- El 23 de abril de 2015, un abogado, actuando en nombre y representación de los interesados, presenta un escrito con el que acompaña una copia del Libro de Familia solicitada.

Además, en ese documento declara que sus representados designan su domicilio profesional a efectos de notificaciones.

CUARTO.- La Jefe de Servicio Jurídico del SMS dirige un escrito al abogado interviniente el 8 de mayo de 2015 en el que le informa que se ha constatado que no ha aportado ningún documento que sirva para acreditar la representación que dice ostentar.

QUINTO.- El 26 de junio de 2015 los reclamantes presentan un escrito en el que manifiestan que designan al abogado actuante para que asuma la dirección y defensa jurídica de su solicitud de indemnización.

SEXTO.- La reclamación se admite a trámite el 5 de junio de 2015 y el día 16 de ese mes se da cuenta de ese hecho a la correduría de seguros del SMS, para que informe a la compañía aseguradora correspondiente, y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Con esa misma fecha se solicita a las Direcciones Gerencias de las Áreas de Salud I-HUVA y VI-HMM que remitan copias de las historias clínicas del paciente fallecido de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que lo atendieron.

SÉPTIMO.- El 28 de julio se recibe la información documental solicitada al Área de Salud I-HUVA y el informe elaborado el día 2 de ese mes por el Dr. D. B, Jefe de Sección de Cardiología, en el que explica que envía *“la grabación de la película del cateterismo realizado el 16-2-2014. El paciente fue remitido desde el Hospital Morales Meseguer por sospecha de Infarto Agudo de Miocardio Anterior, pero la coronariografía confirmó la ausencia de lesiones coronarias. Tras el estudio fue remitido nuevamente a ese hospital, sin incidencias”*.

Como indica, acompaña una copia del informe de cateterismo diagnóstico citado.

OCTAVO.- La documentación demandada al Área de Salud VI-HMM, tanto de Atención Primaria como Especializada, se recibe el 19 de febrero de 2016.

Con ella se adjuntan dos informes médicos. El primero de ellos es el realizado el 30 de noviembre de 2015 por la Dra. D.^a C, médico adjunto de Medicina Intensiva, en el que expone lo siguiente:

“El paciente ingresó en nuestra UCI el 16 de febrero de 2014 a las 4:00 de la madrugada por cuadro de dolor torácico típico, acompañado de cortejo vegetativo y crisis hipertensiva). El paciente presentaba factores de riesgo

cardiovascular (hipertensión arterial y diabetes mellitus insulino-dependiente) y había sido estudiado en el año 2006 en Cardiología por síndrome coronario agudo, realizándose entonces coronariografía en la que no presentaba lesiones significativas. Presentaba también entonces fibrilación auricular rápida, a la que se atribuyó la causa del síndrome coronario agudo, siendo etiquetado como angor hemodinámico. En ecocardiografía presentaba hipocinesia de segmentos más distales de cara anterior con leve disfunción sistólica (fracción de eyección global del 55%). En seguimiento también en Cardiología por episodios de taquicardia ventricular autolimitados, por los que se realizaron varios Holter en los que no presentó hallazgos significativos.

El día 2 de febrero el paciente sufre accidente de tráfico, en el que se produce fractura conminuta de rótula derecha. Es intervenido por este motivo el día 10 de febrero, realizándose osteosíntesis con doble cerclaje. Por este motivo se suspende Sintrom previo a la intervención, se sustituye por heparina de bajo peso molecular, volviéndose a reiniciar al alta según pauta de Hematología.

El día de su ingreso, dado el cuadro clínico compatible con síndrome coronario agudo, aunque en ECG sólo presentaba T picudas, la elevación precoz de enzimas miocárdicas y la ecocardiografía en la que presentaba acinesia septal e hipocinesia de cara anterior, con deterioro de fracción de eyección con respecto a la previa, se solicitó coronariografía urgente. En ésta no presentaba alteraciones significativas.

A pesar de inicio de tratamiento médico y control de tensión arterial, el paciente sigue presentando mal estado general, con sudoración, taquicardia y tendencia a la hipertensión, destacando en analítica acidosis metabólica e hiperlactacidemia (signo de mala perfusión periférica) junto con descompensación glucémica. Por este motivo se decide sedación y conexión a ventilación mecánica.

La mañana siguiente a su ingreso se realizan procalcitonina (levemente elevada), troponina (elevación significativa) y TAC toracoabdominal, que informa de consolidaciones en ambos lóbulos inferiores y hemorragia suprarrenal izquierda sin otros hallazgos. Ante el cuadro clínico del paciente, se solicitan catecolaminas en orina de 24 horas cuya recogida no es posible completar, por fallecer antes el paciente.

La tarde siguiente al ingreso, en torno a las 21 horas, sufre hipotensión progresiva y parada cardiorrespiratoria (ritmo de base en asistolia), por la que se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada consiguiendo ritmo efectivo tras unos 5 minutos de reanimación, 1 miligramo de atropina y 3 de adrenalina. Tras la recuperación del paciente se repite ecocardiografía en la que presenta el paciente severo deterioro de la función sistólica, con fracción de eyección visual en torno al 15%. En esta situación de shock de origen cardiogénico, comienza con fiebre, por la que se toman cultivos e inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro y precisa apoyo de drogas inotrópicas (dobutamina) y vasoactivas (noradrenalina), guiado por monitorización hemodinámica avanzada. A pesar de ello, deterioro hemodinámico progresivo, por el que presenta nueva parada cardiorrespiratoria que no responde a maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas, siendo exitus a las 6:45 del día 17 de febrero”.

El segundo informe es el elaborado el 12 de febrero de 2016 por el Dr. D. G, facultativo especialista de Cirugía Ortopédica y Traumatología, que es el de siguiente tenor:

“Paciente de 71 años de edad en el momento de su fallecimiento (17 de febrero de 2014) sin alergias conocidas, con antecedentes de hiperplasia benigna de próstata y en tratamiento de larga evolución por hipertensión arterial, diabetes y arritmia cardíaca por fibrilación auricular. Sufrió traumatismo en rodilla derecha por caída de motocicleta el día 3 de febrero de 2014, presentando fractura conminuta de rótula derecha y precisando ingreso hospitalario para tratamiento quirúrgico. El paciente fue sometido a un estudio preoperatorio completo (analítica, ECG) por el servicio de Anestesia y Reanimación, tras el cual se le consideró paciente de riesgo anestésico moderado (ASA II)

y fue autorizado para tratamiento quirúrgico programado. Se siguió el protocolo de los pacientes anticoagulados con sintrom, retirándose el mismo el día 3 de febrero siendo sustituido por Clexane a dosis terapéuticas, de acuerdo con los parámetros analíticos de la coagulación. El paciente fue intervenido el día 10 de febrero (reducción abierta y fijación interna) sin complicaciones en el periodo postoperatorio y fue dado de alta con tratamiento analgésico y con indicaciones para seguir su pauta anticoagulante habitual con sintrom.

Posteriormente el paciente acudió a Urgencias del hospital el día 16 de febrero por presentar dolor torácico. Se consultó con UCI, diagnosticándose cardiopatía isquémica y remitiéndose a hospital "Arrixaca" para cateterismo, siendo remitido de vuelta a UCI. Según informe de UCI, sufrió shock cardiogénico refractario al tratamiento, hemorragia suprarrenal izquierda y exitus a las 6:45 horas del día 17 de febrero.

CONCLUSIONES

1) Se indicó ingreso hospitalario para tratamiento quirúrgico no urgente de una fractura de rótula, previa al cual se realizó el estudio preoperatorio habitual por el servicio de Anestesia y Reanimación, de acuerdo con la situación clínica del paciente y el tratamiento indicado, sin que fuera detectada ninguna patología que contraindicara la cirugía.

2) El paciente fue informado por los servicios de Traumatología y Anestesia de los riesgos asociados a la cirugía, asumiendo dichos riesgos y firmando los consentimientos informados correspondientes.

3) El paciente fue sometido al protocolo habitual de anticoagulación al ser sometido a cirugía.

4) No puede establecerse un nexo causal entre el tratamiento quirúrgico de una fractura de rótula, de escaso riesgo quirúrgico, en un paciente sometido a un estudio preoperatorio completo y considerado de riesgo anestésico moderado (ASA II) y un fallo cardíaco completo, considerando además el periodo de tiempo prolongado transcurrido entre uno (10 de febrero) y otro (17 de febrero)".

NOVENO.- Con fecha 3 de marzo de 2016 se envían sendas copia del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar los informes valorativo y pericial correspondientes.

DÉCIMO.- Previo informe del Servicio Jurídico, el Director Gerente del SMS dicta una resolución el 24 de junio de 2019 por la que acuerda suspender la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial hasta que recaiga la correspondiente resolución judicial en vía penal, que deberá ser comunicada por los interesados al órgano instructor.

UNDÉCIMO.- El letrado de los reclamantes presenta el 16 de septiembre de 2019 un escrito con el que adjunta una copia del Auto dictado el 3 de mayo de 2017 por el Juzgado de Instrucción nº 4 de Murcia, en el que se decreta el sobreseimiento provisional de la causa.

Por ese motivo, solicita en el escrito presentado que se levante la suspensión del procedimiento que se acordó y que se requiera a la Inspección Médica para remita con la mayor brevedad el informe que se le demandó en marzo de 2017.

DUODÉCIMO.- El órgano instructor solicita al órgano jurisdiccional citado, el 27 de septiembre de 2019, una copia

de las Diligencias Previas que se tramitaron como consecuencia del fallecimiento del familiar de los interesados.

La solicitud de documentación se reitera el 13 de diciembre de 2019 y el 21 de enero de 2020, pero no consta que se haya aportado al procedimiento.

DECIMOTERCERO.- El Director Gerente del SMS, previo informe del Servicio Jurídico, dicta el 30 de junio de 2020 una resolución por la que acuerda alzar la suspensión del procedimiento de responsabilidad patrimonial y continuar con su tramitación.

DECIMOCUARTO.- El 18 de septiembre de 2020 se recibe el informe elaborado dos días antes por la Inspección Médica en el que se exponen las siguientes conclusiones:

“1. D. Z sufrió un accidente de tráfico el 3 de febrero de 2014 y fue ingresado en el HGUMM para tratamiento quirúrgico de la fractura de rotula que presentaba. El paciente llevaba tratamiento con Sintrom que fue retirado y sustituido por heparina de manera correcta. Se realizó estudio preoperatorio completo por parte del S. de Anestesia y se comprobó la normalidad de las pruebas de coagulación antes de la intervención.

2. El 10 de febrero fue intervenido de la fractura sin ninguna complicación. Se reintroduce la terapia anticoagulante y dado que el Sintrom tarda entre 3-5 días en hacer efecto se administra conjuntamente con heparina. Se le citó para control a los 4 días del alta domiciliaria. El manejo de la anticoagulación fue correcto.

3. La noche del 15 al 16 acude con dolor torácico intenso al HGUMM. El cuadro clínico y las pruebas complementarias son compatibles con IAM por lo que se remite al HCUVA para coronariografía, que no muestra lesiones en las A. Coronarias.

4. El paciente regresa a la UCI del HGUMM. Dentro del estudio se realiza un TAC en el que aparece una hemorragia en la suprarrenal izquierda y se piden catecolaminas en orina. El diagnóstico de un feocromocitoma se realiza al demostrar una hiperproducción de catecolaminas y sus metabolitos. No se llegó a obtener el resultado ya que el paciente falleció a las pocas horas.

5. Al paciente se le realizó autopsia y en el estudio histológico aparece un feocromocitoma en la suprarrenal izquierda con hemorragia intratumoral, que podría explicar la clínica y el fallecimiento del paciente por shock cardiogénico. Los feocromocitomas son hallazgos frecuentes de autopsia y en casi la mitad de las ocasiones su diagnóstico es incidental.

6. La atención sanitaria prestada al paciente fue acorde al normal proceder”.

DECIMOQUINTO.- El 29 de septiembre de 2020 se concede audiencia a los reclamantes y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que consideren convenientes, pero no consta que ninguno de ellos haya hecho uso de ese derecho.

DECIMOSEXTO.- Con fecha 4 de junio de 2021 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación patrimonial interpuesta por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante un escrito recibido en este Consejo Jurídico el 5 de julio de 2021.

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 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 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 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RRP).

SEGUNDA.- Régimen jurídico 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 Cuerpo legal y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPACAP establece 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 cinco personas interesadas que son la viuda y los cuatro hijos mayores de edad del paciente fallecido, según se deduce del contenido del expediente administrativo y han acreditado mediante una copia del Libro de Familia.

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 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 familiar de los reclamantes se produjo el 17 de febrero de 2014 y la solicitud de indemnización se presentó el 16 de febrero del año siguiente, de forma temporánea por tanto, ya que se ejercitó dentro del plazo legalmente establecido.

IV. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado con notable exceso el plazo de tramitación al que se refiere el artículo 13.3 RRP.

Por otra parte, se advierte que la Jefe de Servicio Jurídico solicitó en un primer momento al abogado de los interesados que acreditara la representación con la que decía intervenir. Además, se observa que un tiempo más tarde ese letrado presentó un escrito firmado por los interesados en el que le encomendaban la dirección técnica de la reclamación, pero no le conferían su representación.

Pese a ello, se aprecia que ese documento fue admitido por la Administración sanitaria regional, que entendió que de ese modo quedaba subsanado el defecto de representación que se ha mencionado.

No obstante, este Órgano consultivo ha recordado en muchas ocasiones que el artículo 32.3 LPAC exige para formular solicitudes que se acredite la representación *“por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal del interesado”*. Sin embargo, no se utilizaron ninguna de esas dos posibilidades, por lo que se debe señalar que esa acreditación no se ha realizado en este caso en la forma legalmente establecida.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, 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 con 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.

Como se ha expuesto más arriba, los interesados solicitan que se les reconozca el derecho a percibir una indemnización conjunta de 205.625,37 euros como consecuencia del fallecimiento en el HMM, a los 72 años, de su esposo y padre, respectivamente, tras sufrir una hemorragia suprarrenal izquierda.

Los reclamantes consideran que se le dispensó al enfermo una atención sanitaria muy deficiente y entienden que no se le realizaron las pruebas diagnósticas que hubiesen sido necesarias, y que eso dio lugar a un evidente error de diagnóstico. Insisten en que, por esas razones, no se detectó, como debería haberse hecho, el tumor (feocromocitoma) que le afectaba la glándula suprarrenal, y que se le debería haber modificado el tratamiento con anticoagulantes que se le prescribió.

Por otra parte, aducen que no se facilitó una adecuada información al paciente o a sus familiares sobre el diagnóstico y acerca de las consecuencias que podía suponer la intervención que se le debía practicar (osteosíntesis en la rótula derecha) y de los riesgos a los que debía hacer frente.

Pese a ello, y aunque anunciaron en la reclamación que lo harían, los interesados no han presentado ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que avale la imputación de mala praxis que realizan. Conviene recordar, en ese sentido, que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de práctica de prueba en los procedimientos administrativos, establece 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 aportado una copia de la historia clínica del fallecido y ha traído a las presentes actuaciones los informes de los distintos facultativos, de varios servicios médicos, que lo trataron, en los que dan cuenta de las asistencias que le dispensaron en cada momento. De manera relevante, la Administración también ha presentado el informe elaborado por la Inspección Médica en relación con este caso.

En él se explica, en primer lugar, que la intervención de rótula que precisó el enfermo se llevó a cabo sin la menor incidencia ni complicación. Esta circunstancia resulta determinante, además, en relación con la alegación de falta de información que han formulado los reclamantes.

De este modo, se contienen en el expediente administrativo sendos documentos de consentimiento informado, uno para la administración de anestesia loco-regional y otro para el tratamiento quirúrgico de la fractura articular (folios 341 vuelto a 343). Y es cierto que el segundo de ellos no está firmado ni por algún médico informante ni por el familiar de los interesados.

Es evidente que esto supone una clara irregularidad formal. No obstante, también se debe destacar que en la *Hoja circulante. Registro de seguridad del paciente quirúrgico* (folio 343 vuelto) se señala que se le ofreció al paciente la información adecuada (*“Consentimiento informado”*), aunque ese hecho no se formalizara, como se ha adelantado, en el documento expresamente previsto a tal efecto. Para poder considerar que se le proporcionó al enfermo la información clínica que se exige habría que estar al resto de medios de prueba que se contienen en el expediente administrativo.

Con independencia de ello, se puede traer a colación la argumentación que se recoge en el Fundamento decimosegundo de la propuesta de resolución que aquí se analiza, según la cual *“ninguna trascendencia tiene la falta de firma del paciente porque no se materializó ningún riesgo derivado de la intervención del que debiera ser informado ya que, como señala la Inspección Médica, el paciente “fue intervenido de la fractura sin ninguna complicación” y “no presentó ninguna complicación hemorrágica ni tromboembólica”, siendo la causa de su fallecimiento por shock cardiogénico un feocromocitoma”*.

Se expone, en segundo lugar, que en este tipo de cirugías, en las que existe un riesgo moderado o alto de

sangrado, se debe suspender el tratamiento anticoagulante con *Sintrom* que puedan estar siguiendo los pacientes. Por eso, la administración de ese medicamento se sustituyó con heparina de bajo peso molecular, que debía servir de terapia puente.

De otro lado, 24 horas antes de la operación se comprobó que la coagulación era normal. Después, se reintrodujo la terapia anticoagulante sin incidencia alguna y dado que el *Sintrom* tarda entre 3 y 5 días en hacer efecto se le administró junto la heparina. Así pues, el paciente no presentó ninguna complicación hemorrágica ni tromboembólica, se le dio el alta el 13 de febrero y se le citó para someterlo a un control de la anticoagulación el día 17 siguiente.

Por esa razón se destaca en el informe (Conclusión 2ª) que el manejo de la anticoagulación, principal imputación de mala praxis de los reclamantes, fue correcto.

En tercer lugar, se recuerda que en la noche del 15 al 16 de dicho mes de febrero el enfermo volvió al hospital porque experimentaba un fuerte dolor torácico y que, ante la sospecha de que padeciera un infarto de miocardio, se le practicaron las pruebas correspondientes. Sin embargo, se constató en el HUVA que no presentaba lesiones en las arterias coronarias. No obstante, en la UCI del HMM se advirtió más tarde que padecía una hemorragia en la suprarrenal izquierda.

Tras el fallecimiento del paciente por shock cardiogénico, se le realizó la autopsia, que arrojó como resultados una hipertrofia cardíaca severa, una neumonía bilateral en lóbulos inferiores y un feocromocitoma en suprarrenal

izquierda con hemorragia intratumoral.

Por tanto, apareció un tumor que no había sido diagnosticado previamente en el paciente y que no pudo ser conocido en un tiempo tan breve. Sin embargo, hay que destacar que se hicieron las pruebas de orina necesarias para tratar de detectar catecolaminas, y es que es sabido que la confirmación diagnóstica del feocromocitoma se realiza al demostrar una hiperproducción de catecolaminas y sus metabolitos, fundamentalmente al objetivar una eliminación urinaria aumentada. No obstante, el enfermo falleció antes de conocer el resultado de la prueba que se le había efectuado.

Pues bien, la Inspección Médica explica detenidamente en su informe que el diagnóstico de estos tumores suele ser incidental en la mitad de los casos y que el 50% de los pacientes suelen ser asintomáticos. También resalta que el principal problema clínico radica en la dificultad que existe para realizar el diagnóstico debido a la extrema variabilidad en su presentación clínica, causada por la secreción excesiva de catecolaminas. Por ese motivo, se denomina comúnmente a este tumor como el "*gran imitador*".

Se explica en el informe que en los casos de necrosis hemorrágica, en aquellos tumores de gran tamaño, la abrupta interrupción en la secreción de catecolaminas puede producir una repentina hipotensión arterial o shock. Por ese motivo se considera (Conclusión 5ª) que ello podría explicar la clínica y el fallecimiento del paciente por shock cardiogénico.

Pero se debe insistir en que la existencia del tumor era desconocida para los facultativos que lo asistieron en la UCI del HMM y que, pese a ello, se realizaron unas pruebas de orina que podían haber hecho que se detectara. También se debe reiterar que la existencia de dicho tumor es lo que explica que el enfermo falleciera de manera tan rápida, como consecuencia del shock ya citado.

Lo que se ha expuesto conduce a la conclusión de que, en este caso y pese al lamentable desenlace que se produjo, no existe ningún atisbo de mala praxis ni, por ello, relación de causalidad alguna entre el daño mencionado y el funcionamiento del servicio público sanitario, lo que debe determinar la desestimación de la pretensión resarcitoria promovida por los interesados.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y el daño moral

alegado, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha acreditado.

No obstante, V.E. resolverá.

