



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 290/2021

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 22 de noviembre 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 17 de septiembre de 2021 (COMINTER 267770 2021 09 17 00 22) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 20 de septiembre de 2021, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2021_262), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 4 de enero de 2016 D. X formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que su padre, D. Z, de 62 años, fue intervenido de forma urgente el 9 de abril de 2014 en el Hospital General Universitario *Santa Lucía* (HSL) de Cartagena de una “*disección aortica tipo A de Stanford*”. También manifiesta que su progenitor evolucionó de manera favorable tras la cirugía cardíaca que se le practicó.

No obstante, destaca que hacia el mes de septiembre comenzó a experimentar una secreción purulenta escasa a través de un punto de la herida quirúrgica. Se consideró entonces que estaba motivada por una fístula cutánea y se le prestó asistencia en el Centro de Salud con curas locales y terapia antibiótica.

Añade que, sin embargo, debido al empeoramiento progresivo que comenzó a sufrir, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA o HCUVA) de Murcia, donde se le diagnosticó una reacción al alambre esternal.

Finalmente, informa de que su padre falleció el 14 de febrero de 2015 en el centro hospitalario citado.

El interesado sostiene que a su progenitor se le dispensó una atención médica negligente que acabó causando su muerte. De forma más concreta, considera que el empeoramiento sufrido por el paciente tras la operación quirúrgica, y su tratamiento inadecuado en el centro hospitalario tras detectarse el daño sufrido en dicha intervención, suponen un inadecuado funcionamiento de la Administración sanitaria, que debió haber adoptado los medios necesarios para garantizar el adecuado tratamiento del paciente, lo que hubiera posibilitado su correcta recuperación.

Por lo que se refiere a la valoración del daño, señala que su padre era viudo y que tenía cuatro hijos -él uno de ellos- mayores de 25 años. Asimismo, manifiesta que considera de aplicación la Resolución de 5 de marzo de 2014 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, que da publicidad a las cuantías,

indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicación durante 2014, que se aplica igualmente al año 2015.

De esa forma, solicita una indemnización 54.608,4 € con arreglo al siguiente desglose:

Tabla I, Grupo III, apartado 2º.-

$-57.517,60 \text{ €} + (9.586,26 \text{ €} \times 3) = 86.276,38 \text{ €}.$

Tabla II, Factor corrector por perjuicio económico:

$-86.276,38 \text{ €} \times 10\% = 8.627,63 \text{ €}.$

Por tanto, la indemnización total según el baremo sería de 94.904,01 €.

Expone, a continuación, que esa cantidad se debe distribuir a partes iguales entre los 4 hijos del causante, por lo que a él le correspondería la cuarta parte, es decir, 23.726 €.

También considera que se le debe resarcir el daño moral que le produjo la muerte prematura de su padre, que se encontraba en estado óptimo de salud, por lo que solicita otros 30.000 € por esta razón.

De igual modo, explica que reside en Palma de Río (Córdoba) y que durante los catorce días en los que su padre estuvo ingresado tuvo que dejar su trabajo de peón agrícola. Por esa razón, considera que se le deberá abonar la cantidad que dejó de percibir por ese motivo ($50 \text{ €} \times 14 = 700 \text{ €}$).

A mayor abundamiento, y por los gastos de desplazamiento a Murcia solicita ($480 \text{ km} \times 2$, a razón de $0,19 \text{ €/km}$) 182,40 €.

Por ello, solicita una indemnización total ($23.726 + 30.000 + 700 + 182,40$) ya citada de 54.608,4 €.

Con la solicitud de indemnización aporta una copia del certificado de defunción de su padre y una copia del Libro de Familia.

SEGUNDO.- La reclamación se admite a trámite el 7 de marzo de 2016, lo que justifica la apertura del procedimiento núm. 9/2016.

TERCERO.- Después de que una Asesora Jurídica hubiese formulado el 4 de abril la correspondiente propuesta, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS) dicta una resolución con esta misma fecha.

En ella se explica que un hermano del aquí reclamante, D. X, presentó con posterioridad, el 4 de febrero de 2016, otra solicitud de indemnización por el fallecimiento de su padre, que motivó la incoación del procedimiento núm. 125/2016. Y que, igualmente, más adelante, otros dos hermanos del interesado, D. XX y D.ª XXX, formularon conjuntamente una tercera reclamación por la misma razón, que justificó la iniciación del procedimiento núm. 206/2016.

Asimismo, se razona que existe identidad sustancial e íntima conexión entre las reclamaciones presentadas por los hijos del fallecido y por eso se acuerda acumular los citados procedimientos.

CUARTO.- El 5 de abril de 2016 se da cuenta de la presentación de la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros del SMS para que lo comunique la compañía aseguradora correspondiente.

Asimismo, se remiten copias de las citadas solicitudes de indemnización a las Direcciones Gerencias de las Áreas de Salud I-HUVA y II-HSL y se les solicita que remitan copias de las historias clínicas del paciente fallecido de las que respectivamente dispongan. Se les requiere, de igual modo, para que envíen los informes de los facultativos que asistieron al padre de los interesados.

QUINTO.- El 10 de mayo de 2016 se recibe una copia de la historia clínica que se encuentra depositada en el

HUVA y un disco compacto (CD) que contiene los resultados de las pruebas de imagen que se le realizaron al paciente.

De igual modo, se remite el informe elaborado el 2 de mayo de 2016 por el Dr. D. B, Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUVA en el que se expone lo siguiente:

“Paciente que acude a Servicio de Urgencias del HUVA con fecha 9 de abril de 2014 siendo diagnosticado de disección de aorta tipo A, siendo intervenido de urgencia y realizándose una resuspensión de la válvula aórtica y sustitución de la aorta ascendente por una prótesis de Dacron Nº 28.

El paciente es dado de alta con fecha 16 de abril de 2014 con las heridas en proceso de cicatrización normal.

El paciente acude de nuevo a urgencias del HUVA el 6 de febrero de 2015, remitido desde su centro de salud, por presentar herida abierta a nivel esternal, que pese a tratamiento con curas locales y antibioterapia no evoluciona correctamente. El paciente presenta buen estado general y tras valorar la herida quirúrgica se considera que se trata de una reacción a cuerpo extraño (alambre de esternotomía). No obstante, se toma un cultivo de la herida para descartar que la herida esté colonizada por gérmenes y se realiza hoja de interconsulta al servicio de anestesia para proceder a la retirada del cuerpo extraño en los días siguientes.

Acude de nuevo a urgencias del Hospital Santa Lucía de Cartagena tres días después (fecha 9 de febrero de 2015) donde se indica que tiene fiebre de dos días de evolución, junto con fiebre y tos productiva amarillenta, escalofríos, artromialgias y malestar general. Temperatura de 36,4 grados centígrados. Ingresa en UCI de Hospital Santa Lucía y se realiza TAC donde se objetiva foco infeccioso en tercio medio de esternotomía y mediastino anterior. Se pone tratamiento antibiótico empírico y se traslada a HUVA.

Con fecha del 10 de febrero de 2015 se emite informe de microbiología del cultivo tomado el 6 de febrero de 2015 en urgencias del HUVA donde se indica que es positivo para Stafilococcus Aureus.

Tras el ingreso en UCI de HUVA se sigue con tratamiento antibiótico y drogas vasoactivas. Se realiza TAC urgente que informa de burbujas de aire en esternón y debajo del mismo. El Servicio de UCI comenta el caso con CCV para valorar intervención quirúrgica emergente. Dado el alto riesgo de la intervención, y ante la posibilidad de extender la infección hasta la prótesis de Dacron al realizar la esternotomía, se opta por tratamiento antibiótico y ver evolución. En las primeras horas experimenta mejoría clínica, pudiendo retirarse las drogas vasoactivas y bajando los marcadores de respuesta inflamatoria. Se solicita gammagrafía con leucocitos marcados para intentar esclarecer si la prótesis de Dacron está infectada.

En el cuarto día de ingreso en UCI el paciente se deteriora de nuevo hemodinámicamente y vuelve a requerir drogas vasoactivas. El informe de la gammagrafía indica que hay una colección alrededor de la aorta, lo que sugiere que la prótesis de Dacron está infectada. Ante este resultado de la gammagrafía y ante el nuevo deterioro hemodinámico del paciente se decide intervención quirúrgica emergente, que se realiza el 13 de febrero de 2015, procediéndose a sustituir la prótesis de Dacron por un homoinjerto.

En el postoperatorio inmediato presenta Shock distributivo precisando dosis crecientes de drogas vasoactivas. A pesar de dicho tratamiento el paciente entra en fracaso multiorgánico, siendo éxitus el 14 de febrero de 2015”.

SEXTO.- Con fecha 20 de junio de 2016 se recibe una comunicación del Director Gerente del Área de Salud II-HSL con la que adjunta una copia de la historia clínica del padre del reclamante.

SÉPTIMO.- El 5 de julio se remite al órgano instructor el informe elaborado el día anterior por el Dr. D. C, Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva del Área de Salud II-HSL, que es del siguiente tenor:

“Con relación a D. Z, el único contacto se produjo el 1 de diciembre de 2014 a las 12:26 horas, donde se

evidenció la existencia de una pequeña lesión supurativa en región esternal compatible con granuloma cuerpo extraño en cicatriz de esternotomía de cirugía cardíaca. Se recomendó la continuación del tratamiento y mantener control por su médico de cabecera y las revisiones en el Servicio de Cirugía Cardiovascular donde había sido intervenido.

(...).

Por otro lado, la sepsis que provocó el ingreso en Cuidados Intensivos, difícilmente puede relacionarse con una pequeña infección de planos superficiales”.

OCTAVO.- El 26 de julio de 2016 un abogado, debidamente apoderado por D. XX y D.^a XXX, presenta un escrito en el que propone que se practique la prueba pericial del Dr. D. F, lo que se estima pertinente por la instructora del procedimiento.

NOVENO.- Con fecha 21 de octubre de 2016 el letrado citado presenta un nuevo escrito en el que solicita que se le formulen a los facultativos que atendieron al padre de los reclamantes, los Dres. B y C, siete preguntas. Sin embargo, el órgano instructor considera que dicha prueba es innecesaria puesto que ya se han aportado al procedimiento los informes de los médicos citados.

DÉCIMO.- El 7 de noviembre de 2016 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección de los Servicios Sanitarios y a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que se puedan elaborar los informes valorativo y pericial correspondientes.

UNDÉCIMO.- Obra en el expediente un informe pericial provisional realizado el 22 de diciembre de 2016, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por un médico especialista en Cardiología.

El 22 de septiembre de 2020 se envía una copia de este informe a la Inspección de los Servicios Sanitarios.

DUODÉCIMO.- El 8 de octubre de 2020 se remite al órgano instructor el informe elaborado ese mismo día por la Inspección de los Servicios Sanitarios.

DECIMOTERCERO.- El 24 de noviembre 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 estimen convenientes.

DECIMOCUARTO.- El 26 de noviembre se recibe un informe médico-pericial definitivo elaborado por un médico especialista en Cardiología el 18 de noviembre de 2020, a instancia de la empresa aseguradora interesada, en el que se contienen las siguientes conclusiones generales:

“1. El paciente es intervenido de manera exitosa de disección de aorta tipo A, de manera urgente y en situación de compromiso vital.

2. El paciente sufre posteriormente cuadro de infección de herida quirúrgica tratada con antibióticos.

3. El paciente posteriormente presenta mediastinitis, que no tuvo que estar necesariamente relacionada con la infección de la herida quirúrgica.

4. La presentación clínica el día 6/02, así como los datos clínicos referidos en el informe ese día, no hacían pensar en la presencia de una mediastinitis. La temperatura no se registró en el informe ese día, aunque el día 9/02 tenía una temperatura registrada de 36.9 grados (normal). Aunque la demanda informa de la presencia de fiebre.

5. Las actuaciones respecto al diagnóstico y terapéutica llevadas a cabo desde el día 9/02 fueron escalonadas y correctas.

6. Probablemente la mediastinitis fue un proceso larvado que no dio la cara hasta la aparición de fiebre con septicemia el día 9/02”.

De igual modo, se recoge la siguiente conclusión final:

“El paciente sufrió una mediastinitis tardía secundaria a la cirugía cardíaca practicada por su disección aórtica, siendo un proceso larvado que no dio su cara clínica hasta la aparición de cuadro séptico el 9/02. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se ajustan a lex artis”.

El 1 de diciembre de 2020 se envía una copia de este informe a la Inspección de los Servicios Sanitarios.

DECIMOQUINTO.- El 11 de diciembre de 2020 D. X y D. XX presentan un escrito en el que insisten en la idea de que su padre falleció como consecuencia directa de una actitud negligente por parte de los facultativos del SMS y reiteran el contenido de su pretensión resarcitoria.

Añaden que dicha negligencia quedó determinada por la concurrencia de varios factores, entre los que cabe apreciar la realización de una primera

intervención quirúrgica ineficaz y contraproducente en el medio plazo; la tardanza en identificar la dolencia que afectaba al paciente meses después de dicha operación, la inadecuación de las pruebas y tratamientos utilizados en cada momento, y la falta de una actuación de urgencia eficiente que lograra salvarle la vida, a pesar de que todo era posible según los conocimientos y los medios que se presuponen al personal sanitario y al referido Servicio de

Salud.

DECIMOSEXTO.- El 16 de diciembre de 2020 se concede una nueva audiencia a la compañía aseguradora del SMS y a D. XX.

DECIMOSÉPTIMO.- El 22 de abril de 2021 se remite una copia del escrito de alegaciones presentado por los interesados ya citados y se solicita a la Inspección de los Servicios Sanitarios que emita un informe complementario de la reclamación formulada.

DECIMOCTAVO.- El 17 de mayo siguiente se recibe el informe definitivo realizado ese día por la Inspección de Servicios Sanitarios, cuyas conclusiones son las siguientes:

“1. En la documentación remitida por la Instrucción para su análisis y estudio, está acreditado, que:

a. El paciente fue tratado de un granuloma por reacción a cuerpo extraño a nivel esternal mediante curas locales y antibióticos administrados por vía oral.

b. Mientras se cursaban los estudios pre-anestésicos necesarios para la retirada del material extraño, presentó una alteración del estado general con fiebre, siendo diagnosticado entonces de una infección del espacio quirúrgico que le ocasionaba una mediastinitis.

c. Por este motivo fue intervenido el 13 de febrero de 2015 por el Servicio de Cirugía Cardiovascular del HCUVA.

En el cuarto día del ingreso en UCI el paciente se deteriora de nuevo hemodinámicamente y vuelve a requerir drogas vasoactivas. El informe de la gammagrafía indica que hay una colección alrededor de la aorta, lo que sugiere que la prótesis de Dracon está infectada. Ante este resultado de la gammagrafía y ante el nuevo deterioro hemodinámico del paciente se decide intervención quirúrgica emergente, que se realiza el 13 de febrero de 2015, procediéndose a sustituir la prótesis de Dracon por un homoinjerto.

d. En el postoperatorio inmediato de dicha intervención quirúrgica presentó un Shock.

En el postoperatorio inmediato presenta Shock distributivo precisando dosis crecientes de drogas vasoactivas. A pesar de dicho tratamiento el paciente entra en fracaso multiorgánico, siendo exitus el 14 de febrero de 2015.

e. Esta complicación, shock séptico con fracaso multiorgánico, fue la causa inmediata del fallecimiento del paciente.

2. Desde un punto de vista médico-legal (véase: apartado de consideraciones médicas) es fundamental el análisis detallado del estado anterior del paciente.

a. Dicho análisis médico-legal no está presente en la exposición que se hace en la reclamación presentada, ni tampoco se detalla mediante un informe o dictamen médico o pericial, que acompañe a aquélla.

b. En este caso clínico existió una causa pre-existente: el aneurisma de aorta, el cual presenta un mal pronóstico si no recibe el oportuno tratamiento quirúrgico.

c. El tratamiento quirúrgico realizado al paciente en el mes de abril de 2014 tiene un riesgo de infección del sitio quirúrgico [infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS)], pues existe un riesgo de que ocurra una mediastinitis en esta cirugía cardíaca que oscila entre el 0,4 y el 2,4% según la mayor parte de los estudios, y llega a ser de hasta un 8% en algunos de ellos. En España, en un estudio llevado a cabo en un hospital de tercer nivel, la incidencia total fue del 2,2%.

d. Es decir, no existe actualmente un “riesgo cero” de presentar una ISQ o IHQ por IRAS en este tipo de intervenciones quirúrgicas.

e. El tratamiento quirúrgico, por otra parte, del aneurisma de la aorta que padeció el paciente es una causa o concausa sobrevenida, y además necesaria en este caso clínico para tratar de salvar la vida del paciente.

f. Dicha causa sobrevenida, junto a aquellos factores de riesgo que favorecen la infección del sitio quirúrgico y que podrían haberse dado en este paciente (si no todos, sí al menos una parte y por tanto serían a su vez también concausas), y que no han sido ni analizados ni considerados en la reclamación presentada, determinaron que posteriormente el paciente desarrollase una mediastinitis por el Staphylococcus aureus.

g. El germen causante de la infección del paciente fue el Staphylococcus aureus, el cual según los estudios EPINE es el germen que con mayor frecuencia produce infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS), incluidas las ISQ o IHQ.

3. La mediastinitis tiene una elevada mortalidad a pesar de su adecuado tratamiento.

4. En este caso clínico, una vez que fue detectada la complicación infecciosa a nivel del mediastino, esta fue tratada mediante una técnica quirúrgica reglada y realizada por el Servicio de Cirugía Cardiovascular del HCUVA.

5. En el posoperatorio inmediato de esta segunda intervención, el paciente D. Z falleció como consecuencia de un Shock, a pesar de que el mismo fue tratado médicamente con fármacos vasoactivos.

6. Entre la documentación médica remitida por la Instrucción (para su estudio y análisis por la Inspección de Servicios Sanitarios) no existe un informe médico o dictamen médico pericial que aportado por el reclamante junto a la reclamación presentada analice o determine desde un punto de vista técnico-asistencial o formal la causa o causas que motivan esa reclamación por responsabilidad patrimonial de la Administración.

7. No es posible realizar, por razones obvias, un análisis técnico-sanitario de aquellas cuestiones médicas que no han sido previamente planteadas y aportadas entre la documentación médica remitida por la Instrucción para su análisis por la Inspección de Servicios Sanitarios, aunque esas cuestiones médicas podrán ser objeto de un análisis posterior sí se plantean y se exponen mediante un informe médico o dictamen médico pericial.

8. Si posteriormente a la emisión de este informe técnico-sanitario se aportase un informe o dictamen médico pericial por el reclamante, donde se detallen o analicen los datos médicos que han motivado la reclamación desde el punto de vista médico técnico-asistencial y/o formal, la Inspección de Servicios Sanitarios podrá entonces emitir un informe técnico-sanitario complementario en el que analice las cuestiones médicas que ese informe o dictamen médico pericial pudiese plantear”.

DECIMONOVENO.- El 20 de mayo de 2021 se concede una nueva audiencia a los reclamantes y a la compañía aseguradora interesada pero no consta que ninguno de ellos haya hecho uso de ese derecho.

VIGÉSIMO.- Con fecha 15 de septiembre de 2021 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial del SMS.

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 17 de septiembre de 2021 y un CD presentado tres días más tarde.

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 se ha interpuesto en este caso por D. X, uno de los hijos del paciente fallecido, según se deduce del contenido del expediente administrativo y de la copia del Libro de Familia que se ha presentado a tal efecto.

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 progenitor del reclamante se produjo 14 de febrero de 2015 y la solicitud de indemnización se presentó el 4 de enero del siguiente año 2016, 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.

Se advierte, asimismo, que se ha sobrepasado con exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP, dado que ha sido necesario esperar a que se evacuasen los informes valorativos y periciales a los que se ha hecho mención.

Por último, resulta necesario formular una observación procedimental de mayor calado. Y es que se advierte que, aunque en su momento (Antecedente tercero de este Dictamen) se acordó la acumulación del presente procedimiento con otros dos promovidos por los hermanos del interesado, es decir, por D. X y por D. XX y D.^a XXX, que motivaron la incoación de los procedimientos núms. 125/2016 y 206/2016, no se ha dictado una única propuesta de resolución sino tres distintas, lo que consecuentemente conduce a que este Consejo Jurídico deba emitir tres Dictámenes diferentes.

Sin embargo, ya recordó este Órgano consultivo que el efecto fundamental que produce la acumulación de los procedimientos es que se refundan en uno solo, que se tramite en un único expediente (y no en varios, como ha sucedido en este caso), y que se resuelva asimismo en un único acto administrativo (Dictámenes núms. 111/2017 y 304, 305 y 444 de 2019, entre otros).

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 LPAC y siguientes, y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación con 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.

Según se ha expuesto con anterioridad, el interesado solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización de 54.608,4 € dado que su padre falleció el 14 de febrero de 2015 en el HUVA, después de que se le hubiera practicado, en abril del año anterior, una disección de aorta en ese mismo hospital.

A tal efecto, sostiene que a su progenitor se le prestó una atención médica negligente que acabó provocando su fallecimiento, que se le prescribió un tratamiento inadecuado una vez que se detectó el daño que se le había producido y que, por el contrario, no se emplearon los medios que hubiesen facilitado su rápida recuperación. Por ello, expresa su opinión de que se produjo un mal funcionamiento del servicio sanitario regional.

Sin embargo, el reclamante no ha aportado a las presentes actuaciones algún medio de prueba, preferentemente de carácter médico-pericial, que sirva para avalar las imputaciones que realiza, a pesar de que anunció que lo haría y de que así lo exige el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que regula el principio de distribución de la carga de la prueba y que resulta de aplicación plena en el ámbito de los procedimientos administrativos.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento los informes de los facultativos que asistieron al padre del interesado en los dos hospitales públicos aludidos -primordialmente, en el HUVA- y los realizados (uno al inicio y otro con posterioridad), asimismo, por la Inspección de Servicios Sanitarios en los que se concluye que no se produjo ninguna infracción de la *lex artis ad hoc*. Además, la compañía aseguradora del SMS ha aportado un informe pericial elaborado por un médico especialista en Cardiología en el que se formula esa misma conclusión.

Expuesto de forma sucinta, de la lectura conjunta de todos esos documentos se puede señalar que el paciente fue intervenido en el HUVA, en abril de 2014, de disección de aorta tipo A, de manera urgente, en situación de compromiso vital (Conclusión 1ª del informe pericial) y necesaria para salvar la vida al paciente [Conclusión 2,f) del informe de la Inspección], dado que se trataba de una lesión vascular grave, como recuerda la Inspección de Servicios Sanitarios.

Con posterioridad, el 1 de diciembre de 2014, el padre del interesado sufrió un cuadro de infección de la herida quirúrgica que fue tratado con antibióticos (Conclusión 2ª del informe pericial) porque se entendió que se trataba de una lesión superficial, dado que no tenía fiebre ni se encontraba mal.

Más adelante, el enfermo acudió el 6 de febrero de 2015 al Servicio de Urgencias del HUVA porque la herida presentaba mala evolución. Se diagnosticó una reacción a un cuerpo extraño (alambre), se pautaron curas locales y se solicitó cita en Preanestesia para programar la retirada del alambre esternal. En este momento, enfatiza el perito que no existían datos que hicieran pensar en la existencia de una mediastinitis (Conclusión 4ª).

Aquí se plantea la posibilidad de que en ese momento el paciente presentara algún síntoma (combinación de dolor torácico o fiebre de más de 38°C o inestabilidad esternal con débito purulento en el drenaje mediastínico, aislamiento de microorganismos en sangre o cultivo del débito mediastínico o ensanchamiento mediastínico) de que padeciera una mediastinitis, es decir, la hinchazón e irritación (inflamación) de la zona del tórax (pecho) entre los pulmones (mediastino).

En este punto conviene recordar con la Inspección de Servicios Sanitarios que la mediastinitis postquirúrgica es una complicación muy grave de la cirugía cardíaca, que tiene una morbilidad elevada y que está asociada con una importante morbilidad.

El perito destaca que el signo-guía de mayor importancia en estos supuestos es la presencia de fiebre y, aunque reconoce que no se documentó la temperatura en el informe de alta, recuerda que al día siguiente sí que se reflejó que tenía una fiebre de 36,9°, que se puede considerar normal.

En el informe pericial se reitera que se considera fundamental la presencia o ausencia de fiebre y se argumenta que eso hubiera condicionado la sospecha de que había una infección no localizada.

El 9 de febrero el paciente acudió al Servicio de Urgencias del HSL y allí se obtuvieron ya marcadores de infección e inflamación positivos, por lo que se le realizó la prueba fundamental en este caso que era una tomografía axial computarizada (TAC), que permitió confirmar la existencia de un proceso infeccioso (burbujas de aire en el mediastino). Esa circunstancia motivó, además, que se le remitiera al HUVA.

En el informe de la Inspección de Servicios Sanitarios se recuerda que una infección del sitio quirúrgico y una mediastinitis es una complicación que se puede producir entre el 0,4 y el 8% de los casos, según los estudios de los que se dispone [Conclusión 2,c) del informe de la Inspección]. Además, se enfatiza que la mediastinitis presenta una elevada mortalidad a pesar de que se trate de forma adecuada (Conclusión 3 del informe de la Inspección de los Servicios Sanitarios).

Una vez alcanzado el diagnóstico de mediastinitis por *Staphylococcus aureus* se le dispensó al enfermo una antibioterapia más fuerte con la finalidad de controlar la infección. El perito considera correcta esta actuación ya que la TAC no mostraba imágenes de abscesos susceptibles de cirugía. Posteriormente se realizó una nueva TAC

que mostró datos similares y un ecocardiograma transtorácico que se informó como “FEVI 30-35%, IM grado II/IV. No se observan imágenes sugestivas de endocarditis”.

El perito destaca que se consultó con el Servicio de Cirugía Cardíaca y que se desestimó realizar otra intervención por el riesgo de que, al tener que abrir de nuevo el tórax, se pudiera infectar la prótesis aórtica de Dacron que el paciente tenía implantada.

También resalta el perito que, pese a esos datos y ante la mala evolución del paciente, se continuó escalonado el diagnóstico de forma correcta (Conclusión 5ª) y se realizó finalmente una gammagrafía con leucocitos marcados (técnica no usual en el diagnóstico, ya que la prueba patrón oro es el TAC) que mostraba estudio compatible con la sospecha clínica de colección-hematoma infectado, por lo que el paciente fue finalmente intervenido el 13 de febrero de su mediastinitis (ya con una lesión focalizada extirpable) en proceso séptico, aunque desgraciadamente no superó este proceso y falleció por un shock séptico con fracaso multiorgánico [Conclusiones 1,e) y 5 del informe de la Inspección].

A juicio del perito, puede que no existiera relación alguna entre la mediastinitis y la infección de la herida quirúrgica (Conclusión 3ª) y que se tratase de un proceso larvado, tardío y secundario que no dio la cara hasta la aparición de fiebre con septicemia el día 9 de febrero de 2015 (Conclusiones 6ª y final).

De forma similar, el Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestivo del HSL también entiende (Antecedente séptimo de este Dictamen) que la sepsis que provocó el ingreso del padre del reclamante en Cuidados Intensivos difícilmente puede relacionarse con una pequeña infección de los planos superficiales que presentó inicialmente.

Para la Inspección de los Servicios Sanitarios el signo de alerta más característico en este supuesto era la fiebre y el eritema o supuración de la herida quirúrgica, aunque destaca que este proceso también suele presentarse como una sepsis fulminante, que es lo que hay que entender que se produjo en este caso.

Por tanto, lo que se ha expuesto conduce a la conclusión de que no se actuó con infracción alguna de la *lex artis ad hoc* sino dentro de los márgenes de la más estricta normalidad asistencial. Así pues, pese al lamentable desenlace que se produjo, se debe entender que no existe 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 el interesado.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta desestimatoria formulada por no haberse acreditado que exista un nexo de causalidad adecuado entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y el daño alegado, ni que éste revista carácter antijurídico.

No obstante, V.E. resolverá.