



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 6 de junio de 2005, x, y, z., en su condición de esposa e hijos, respectivamente, de x., presentan reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud (SMS), como consecuencia del anormal funcionamiento de los servicios sanitarios en la atención prestada a este último.

Dicen los reclamantes que x., con 51 años de edad, fue diagnosticado de una diabetes mellitus insulino dependiente de larga evolución y, desde enero de 2004, padecía dolor en miembro inferior derecho desde la región sacra hasta el pie.

En abril de ese año se le diagnostica una lesión radicular L-5 derecha moderada, lesión radicular S1 derecha leve, y polineuropatía sensitivo motora simétrica leve-moderada compatible con neuropatía diabética. Desde esa fecha es tratado por la Unidad del Dolor del Hospital Santa María del Rosell, de Cartagena.

Tras acudir a sendos centros privados para ser tratado de una hernia de disco posterolateral derecha L2-L3, el 31 de mayo de 2004 y ante el intenso dolor de miembros inferiores que sufría, que había persistido durante todo el mes, y después de sucesivos desplazamientos a la referida Unidad del Dolor del Hospital cartagenero, el Jefe de esta Unidad le coloca al paciente un catéter en la médula para inyectarle morfina y aliviar así el dolor de la neuropatía diabética. Se le suministra cloruro mórfico y bupivacaina al 0,25% y, tras colocarle un sondaje permanente urinario, se le remite a su domicilio. Afirman los reclamantes que no se informó ni al paciente ni a su esposa de los riesgos y complicaciones de la colocación del catéter, y que se les envió a casa, aun cuando el paciente debió quedar ingresado.

Al día siguiente, 1 de junio de 2004, el paciente presenta dolor, dificultad para orinar y vómitos, por lo que se le traslada de nuevo al Hospital, permaneciendo en el Servicio de Urgencias durante más de 18 horas, y donde se le administra Haloperidol, Primperan, Neurontin y Metamizol, hasta que se le ingresa en el Servicio de Medicina Interna. La analítica efectuada en Urgencias muestra 33.400 leucocitos por campo, con un 93% de neutrófilos.

Al ingreso en Medicina Interna presenta fiebre elevada y rigidez en la médula, por lo que se le sometió a una punción medular, con la que se le diagnosticó de "meningitis", ya el día 3 de junio. Tras consultar con el Servicio de Medicina Intensiva, se retira el catéter e inicia tratamiento antibiótico empírico, ingresando en la Unidad de Cuidados Intensivos. Al ingreso en este Servicio, presenta rigidez en la nuca, 35.400 leucocitos por campo, 515.000 plaquetas, mononucleares 1.000-2.000, hematíes 16.000. Se procede a sedación, intubación oro traqueal y ventilación mecánica. El paciente presenta deterioro hemodinámico progresivo, con empeoramiento de la función renal, exigiendo hemodiálisis.

Se constata la existencia de gram positivo en LCR (líquido cefaloraquídeo), que luego se confirma como "*staphilococo intermedius* (20%), entre 40.000 a 100.000 ufc y *cándida spp.* (20%)". Según el Informe del Servicio de Medicina Intensiva, el análisis practicado sobre la punta del catéter epidural da positivo y se establece éste como posible foco contaminante. El 28 de junio, el paciente reingresa en el Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico principal de meningo-encefalitis bacteriana aguda. Para los reclamantes la infección "está

ligada al catéter venoso y le ha producido un shock séptico por staphilococo aureus, infartos vasculares cerebrales, candidemia y, a consecuencia de todo ello, un estado vegetativo persistente".

A la vista del estado del paciente, el 20 de septiembre de 2004 se le traslada al Hospital Nisa al Mar, de Valencia, para ser tratado por el Servicio de Daño Cerebral, que emite informe en el que se relaciona la situación del paciente con la meningitis bacteriana y la colocación del catéter. Asimismo, describe la situación neurológica del paciente a 31 de mayo de 2005 como *"compatible con estado de respuestas mínimas. Epilepsia focal sintomática con crisis parciales motoras con generalización"*. Por último se indica que la situación actual es de *"discapacidad global que puede considerarse definitiva."* Las secuelas que presenta el paciente, según la reclamación, son las que siguen:

- "- Fluctuaciones en atención arousal y episodios de desconexión del entorno.*
- Sólo emite algunas palabras fuera de contexto y en respuesta al dolor.*
- Facies hipomímica.*
- Apertura ocular espontánea.*
- Mirada enfocada pero inconsistente, reflejo de amenaza y seguimiento ocular selectivo.*
- Ha precisado colocación de sonda gastrostomía para alimentación por disfagia neurógena.*
- Precisa pañal y sonda vesical por doble incontinencia.*
- Hemiparesia espástica derecha asociada a monoparesia del miembro inferior izquierdo.*
- Miembro superior derecho flexionado, aducido, con muñeca en flexo de 20° y mano en garra.*
- De forma pasiva está limitada la flexión y aducción del hombro en unos 60° y la extensión del codo aproximadamente 20°.*
- El flexo de muñeca y de los dedos es irreductible tanto por el tono muscular como por una posible algodistrofia.*
- Paraparesia con flexo de ambas rodillas y caderas con limitaciones en la extensión completa de rodilla en unos 20° y en la abducción por espasticidad de isquiotibiales y abductores.*
- Atrofia muscular distal con pie derecho en equino varo reducible y pie péndulo izquierdo todo ello en relación con su neuropatía diabética.*
- Respecto a la sensibilidad, no se puede valorar según el informe y presenta "reflejos osteotendinosos abolidos. Cutaneoplantares indiferentes. Reflejos de liberación frontal presentes. Sonda vesical y pañal por doble incontinencia. Úlcera sacra en fase de granulación".*

En consecuencia, el paciente presenta un estado vegetativo persistente, con una situación de dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria, sin capacidad motora ni de lenguaje, de comprensión, etc, que deriva tanto de la colocación del catéter epidural y la remisión del enfermo a su domicilio, como de la tardanza en comenzar el tratamiento de la meningitis, dado que transcurrieron más de 72 horas desde su llegada a Urgencias.

Entienden los reclamantes que concurren los requisitos para exigir responsabilidad patrimonial a la Administración sanitaria, por lo que solicitan una indemnización por importe de 3.000.000 de euros.

La proposición de prueba se limita a la documental, mediante la solicitud de la historia clínica y de las analíticas y demás pruebas practicadas al paciente.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación y encargada la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del SMS, se solicita la historia clínica del afectado de los centros sanitarios en que fue asistido e informe de los profesionales que le atendieron.

Desde el Hospital Santa María del Rosell se remiten los informes de los facultativos correspondientes a los servicios de Medicina Interna, de Urgencias y de la Unidad del Dolor.

1. El informe del Coordinador de Urgencias es del siguiente tenor:

"Ingresa en nuestro Servicio el día 1 de Junio de 2004 a las 23:38 horas, a petición propia,

siendo asistido en primera instancia por la doctora x. El motivo de consulta es por continuar con dolor de la cintura pelviana irradiado a extremidades inferiores y dificultad para orinar y a veces para defecar, a pesar de que el día anterior se le había aumentado la dosis del infusor. Hoy tiene también náuseas y vómitos y le han administrado dos ampollas y media de Haloperidol. En la exploración el paciente está consciente y orientado, con tendencia al sueño, con sudoración profusa y náuseas y sin signos focales meníngeos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, auscultación cardíaca con tonos rítmicos, abdomen blando y depresible. Tensión arterial 190/75 y glucometer 316. Se inicia perfusión de suero fisiológico y se administran 6 unidades de Insulina rápida subcutánea, quedando ingresado en observación en un cuarto individual Se realiza una primera analítica, cuyos resultados son: Hties: 4.1, Hb: 12.5, Leucocitos: 23.000, Neutrófilos: 92% (21.200), Plaquetas: 487000, (...)

Tras el cambio de guardia, le sigue atendiendo el Dr. x., apreciando mal estado general, agitado, pálido, sudoroso, desconectado, localiza estímulos, movilidad de extremidades completa, reflejos osteomusculares normales, reflejos cutaneoplantares flexores, no meníngeos. Auscultación pulmonar con buena ventilación, y tonos cardíacos rítmicos taquicárdicos. Abdomen sin hallazgos. Se administra Neurontín 400 mg. v.o. y Metamizol i.v. y se cursa nueva analítica: Hties. 4.0. Hb. 12.4. Hto. 37. Leucocitos. 33.400. Neutrófilos. 93% (31.000) Plaquetas. 570.000 (...). Electrocardiograma: ritmo sinusal a 123 c.p.m. PR 0.12 QRS 40° sin alteración del segmento ST. TAC Craneal, sin alteraciones densiométricas del parénquima.

Ante la situación clínica del paciente, se decide ingreso con cargo al Servicio de Medicina Interna, sección de Infecciosas, contactándose con médico internista de guardia, Dr. x., para comentarle el estado del paciente. Se realizó verbalmente por teléfono, no mediante hoja de interconsulta, razón por la cual no queda constancia en la historia clínica del paciente".

2. El informe del facultativo del Servicio de Medicina Interna, se expresa en los siguientes términos:

" (...)

3. No me consta, si al subir a Planta de M. Interna, se avisó al Médico de Guardia para valorar su estado.

4. La pertinente alerta desde el S° de Urgencias o el requerimiento por el ATS de Planta, de no producirse, podría haberse debido a que atribuyeran el estado neurológico del enfermo a que estaba recibiendo morfina por vía intratecal. En cualquier caso, desconozco esta circunstancia, ya que mi contacto con el caso comienza en la mañana del citado día.

5. La primera valoración del enfermo febril, comatoso y con rigidez espinal, me permitió diagnosticarle de sepsis y meningitis. Este diagnóstico se realizó en Planta de M. Interna y no en la UCI.

6. Presumiendo la necesidad de ingreso en UCI, mientras dispuse los preparativos para Punción Lumbar, ordené que se requiriera al Especialista de UCI para su valoración.

7. La primera PL resultó infructuosa.

8. Valorado el paciente por el Especialista de UCI, concluye que no está indicado el ingreso en su Servicio.

9. El Dr. x. se ofreció a realizar un nuevo intento de PL que resultó exitoso, obteniéndose líquido purulento que confirmaba el diagnóstico inicial.

10. Reevaluado por el S° de UCI, finalmente asume su ingreso.

11. Tras su permanencia en UCI, vuelvo a recibir el caso en Planta de M. Interna, con paciente en situación vegetativa, traqueotomizado, con parálisis de la deglución y tetraparesia.

12. Progresivamente la situación general mejora al extremo de poder cerrar la traqueotomía, persistiendo parálisis de la deglución, por lo que solicitamos gastrostomía.

13. Mientras estábamos pendientes de la realización de gastrostomía, la familia tramita solicitud de ingreso en Centro Especializado para pacientes vegetativos o comatosos y finalmente se produce su traslado al mismo".

3. El informe del Jefe de Sección de la Unidad del Dolor, Dr. x., que es quien trató al paciente en esta Unidad y le puso el catéter epidural, describe de forma exhaustiva la cronología de los hechos y el tratamiento instaurado desde el 27 de abril de 2004, fecha de la primera visita del paciente a la referida unidad. Relata el informe los intensos dolores y su resistencia a los sucesivos tratamientos aplicados, que incluyen ozonoterapia y mórficos, lo que lleva a indicar la colocación del catéter epidural. Se transcribe a continuación la relación de asistencias efectuadas desde el 25 de mayo:

"El 25/05/04, se presenta de nuevo en la consulta con dolor intenso, a pesar del tratamiento con Ozonoterapia. Me comenta que en Barcelona le avisaron que podría necesitar una segunda sesión, por lo que volverá de nuevo a la Clínica Ruber. Entre tanto le indico que tome la Morfina con dosis sucesivamente crecientes, según intensidad del dolor y le explico la técnica para realizarlo, indicándole que si el dolor no cede esta segunda vez, con Ozonoterapia, estaría indicada la colocación de un catéter epidural lumbar externo, explicándole que, si el dolor se controla bien, ante la escasa duración de este procedimiento, la siguiente actuación sería el implante de una bomba para infusión continua de Morfina conectada a un catéter intratecal.

El 28/05/04, viene a la consulta la esposa x. y me cuenta que el paciente se encuentra muy mal: tiene mucho dolor y no puede andar. Me comenta que el día anterior, 27/05/04, se había sometido a la segunda sesión de Ozonoterapia. Le indico tomar el ACTIQ de 400 para que pueda controlar el dolor hasta el lunes 31/05/04, en que se le colocará un catéter epidural lumbar externo.

El 31/05/04 acude el paciente en silla de ruedas por debilidad de mm.ii. que le impiden la deambulación, y aquejado de fuertes dolores que no ceden con las altas dosis de mórficos pautados. También presenta retención urinaria.

Se le coloca el catéter epidural lumbar externo, inyectándole a su través una dosis de 6 ml. de Bupivacaína al 0,25 % con 40 mg de Depomoderin, con lo que el dolor comenzó a ceder. Entonces se le remitió al Área de Urgencias para ser sondado y vaciar la vejiga. A continuación se conecta al catéter un dispositivo de infusión continua de 5 días de duración, que rellenamos de forma que suministre 4 mg. por día de Cl. Mórfico y una infusión continua de Bupivacaína al 0,25 %. Esta última es un anestésico local que cumple una triple misión, a saber: anestesia las vías del dolor del Sistema Nervioso Central, sirve de vehículo a la morfina y tiene una acción antiséptica para evitar infecciones en el espacio epidural.

El 01/06/04 acude a la consulta con carácter urgente por intenso dolor que aparece en impulsos. Se comprueba la posición y permeabilidad del catéter que son correctos y se le vuelve a inyectar a su través 1 mg de Cl. Mórfico diluido en 3 ml de Bupivacaína 0,25 %, con lo que mejora discretamente.- Aumentamos el Cl. Mórfico del infusor a 6 mg / día como está indicado hacer cuando el dolor no se controla bien con las dosis utilizadas hasta entonces.- El paciente se marcha algo más aliviado.

Este mismo día, por la noche (posiblemente fueran las 20 h o quizás más tarde, no lo recuerdo con exactitud) me llama a mi teléfono móvil (se lo había facilitado anteriormente por si surgía una emergencia) la esposa del paciente, porque tenía dolor, vómitos y agitación. Acudo a su domicilio y encuentro al paciente con buen estado general, ansiedad y vómitos. Integra bien las ideas y se relaciona con normalidad, incluso se sienta en la cama. Interpreto los vómitos como consecuencia del tratamiento con mórficos, y le inyecto media ampolla i.m. de Haloperidol. Después me marché sin sospechar la fulminante evolución posterior ya que esa misma

madrugada del 1 al 2/6/04, ingresa en Urgencias con obnubilación de conciencia, consultándose desde esa misma Área, con Neurología y Siquiatría.

A partir de ese momento el paciente sale de mi ámbito de decisión y tratamiento, aunque permanece con el catéter colocado al no tener evidencia de un diagnóstico seguro de enfermedad neurológica infecciosa originada por la presencia del catéter y le sigo visitando a diario en el Área de Urgencias donde permanece en espera de disponer de camas para su ingreso en Medicina Interna, cosa que se realiza, según tengo entendido, el día 2/6/04.

El 03/06/04, localizo su ingreso en M. Interna donde había ingresado el día dos sobre las 17 h y me acerco a visitarlo. Le encuentro en coma y fiebre alta, bajo el diagnóstico de sospecha de Meningitis de posible origen infeccioso bacteriano y me comenta su Médico, Dr. x., que han intentado realizar una punción lumbar diagnóstica, sin haberlo conseguido. Le pido permiso para intentarlo y una vez concedido, le realizo la punción obteniéndose un LCR tan purulento y espeso que hubo que aspirar con la jeringuilla para extraerlo. Con esto quedaba plenamente confirmada la existencia de una meningitis purulenta.

Por parte de M. Interna se indica un TAC craneal y posteriormente RNM de cráneo y de C.Lumbar, apareciendo en ambas los hallazgos propios de una meningo-encefalitis purulenta, pero sin hacer mención expresa a la existencia de infección o absceso epidural, por lo que los gérmenes que se cultivaron en su punta (Estafilococo) provienen con toda probabilidad de la contaminación de la misma en el momento de la extracción, porque, además, la cepa encontrada en el LCR que también mostraba la presencia de Cándida, no es la misma que la que desarrolló el cultivo de la punta del catéter".

En la valoración de estas asistencias y su posible relación causal con la meningitis padecida por el paciente, se hacen las siguientes consideraciones:

"1.- Cuando se le coloca el catéter epidural el paciente ya había sido sometido, con anterioridad, a dos punciones raquídeas para tratamiento de Ozonoterapia, en la Clínica Ruber de Barcelona. He de aclarar que esta técnica precisa llegar con una aguja, a través de la piel hasta el disco intervertebral, cuya cara posterior forma parte de la pared anterior del canal medular. Tiene por tanto, capacidad potencial para producir una infección en zona muy próxima a las meninges, con el dato a favor de esta posibilidad de haber transcurrido el tiempo suficiente para la realización de la incubación necesaria para el desarrollo y transmisión de la infección.

2.- El catéter epidural NO PENETRA EN LAS MENINGES, sino que se queda fuera, en el espacio EPIDURAL. Tiene capacidad para producir meningitis, pero precisa de una serie de condiciones: La primera es tiempo para el desarrollo de la infección en el espacio epidural y su posterior "deslizamiento" hacia el interior del espacio intratecal, donde tiene que atravesar dos membranas, a saber, Duramadre y Aracnoides. Entre la colocación del catéter y la aparición de los primeros síntomas ha transcurrido ¡Un día y medio! cuando es más que sabido que un cultivo bacteriano en el laboratorio precisa 36 h de mantenimiento en estufa para que crezcan las colonias y, luego, tienen que llegar los gérmenes desde el espacio epidural al espacio intratecal. Pienso "a posteriori" si el cuadro de dolor que presentaba el paciente tan resistente a los mórficos incluso por vía epidural, sería realmente el comienzo de la sintomatología, por supuesto insidiosa, de la infección meníngea que ya portaba el enfermo y que, lógicamente, a esa altura evolutiva, era imposible de diagnosticar, ni siquiera de sospechar ni por el más avezado clínico. Naturalmente, al paso de los días la enfermedad realiza su desarrollo completo y entonces el diagnóstico es evidente.

La segunda condición es ineludible: para producir infección intrameningea ha de producir antes infección en el espacio epidural. En este caso no ocurrió así porque la RNM de C. Lumbar no indica infección, al no detectarse absceso epidural, por lo que es totalmente imposible infectar

las meninges sin infectar antes el espacio epidural. También habríamos encontrado impermeabilidad del catéter y dolor a la inyección de fármacos a su través. Nada de esto ocurrió a pesar de que se exploró.

La tercera condición deriva de la técnica en sí misma. Si utilizamos Bupivacaína como anestésico local es, entre otras razones porque tiene propiedades antisépticas y nos asegura que no vamos a tener infecciones epidurales y por tanto, meningitis ni abscesos epidurales. Números cantan: Entre los años 1996 y 2005, se han visitado 2092 pacientes nuevos, habiéndose colocado en este tiempo 134 catéteres epidurales, en los que ha habido un solo caso de meningitis, lo que representa el 0, 74 % de los casos.- Este paciente evolucionó favorablemente con el tratamiento adecuado y curó sin secuelas.

30.- La supuesta contaminación del catéter es con toda seguridad un falso positivo, por varias razones: la extracción se realizó por personal no habituado a las técnicas de las Unidades del Dolor. No se trata de un catéter venoso como dice la demanda, sino epidural y nadie que no sea de Unidades de Dolor ofrece las suficientes garantías en su extracción como para asegurar incontestablemente, como se ha afirmado, que lo que ha crecido en la punta del catéter proviene del espacio meníngeo y menos aún cuando el catéter no está situado en el espacio intratecal y no se ha podido demostrar la existencia de infección en el espacio epidural.

Por otro lado, el cultivo de LCR demuestra dos tipos de gérmenes: un *Staphilococo intermedius* 20 % y *Cándida spp* 20%, mientras en el catéter sólo ha crecido un estafilococo de otra familia: el *Estafilococo Aureus* que vive saprofiticamente en la piel de todos los seres humanos, y no se ha detectado *Candida*. Por lo tanto, casi con toda seguridad, el catéter fue contaminado durante su extracción".

Tras negar las imputaciones de falta de información y de asistencia al paciente, formula las siguientes conclusiones:

"- No es achacable la meningitis padecida por el paciente al catéter epidural colocado, ni a la técnica utilizada por:

El catéter no estaba colocado dentro del espacio intradural.

Existía una falta material de tiempo para el desarrollo de la infección, más aún en un estadio purulento que requiere al menos diez días para su establecimiento.

Las cepas que se cultivaron en la punta del catéter no eran las mismas que las detectadas en el LCR y además no se detectó *Candida spp.*, lo que demuestra contaminación del catéter con gérmenes de la piel en el momento de su extracción. El catéter se colocó utilizando todas las medidas de asepsia protocolizadas en nuestra Unidad y consagradas por una amplia y dilatada experiencia.

- La columna vertebral del paciente había sido manipulada en dos ocasiones, anteriores a nuestra actuación, en la Clínica Ruber de Barcelona a la que acudió en asistencia privada y fuera del ámbito del S. de Salud Pública. En dichas intervenciones pudo sufrir la infección meníngea que, naturalmente, no se manifestó hasta que no transcurrió el correspondiente período de incubación.

- No careció de la adecuada atención pues acudió a la consulta cada vez que le pareció necesario, no siendo nunca rechazado, sino al contrario, atendido inmediatamente. Incluso tenía línea directa de contacto con el facultativo responsable de la Unidad a cualquier hora del día o de la noche, como ya se ha explicado.

- En cuanto a la falta de información recibida, parece extraño aducirlo cuando se ha demostrado el libre y frecuente contacto con la Unidad del Dolor, así como el trato preferencial que recibió en contraposición con una actitud hermética y carente de explicaciones. No fue así, sino que se le facilitó cuanta información creyó oportuna requerir, aparte de la que en forma rutinaria y protocolizada se suele proporcionar a todos y cada uno de nuestros pacientes".

TERCERO.- Consta en el expediente que la esposa del paciente interpuso recurso contencioso-administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de Murcia, procedimiento ordinario 184/2006, contra la desestimación presunta de la reclamación patrimonial.

También consta sentencia del Juzgado de Primera Instancia nº 4 de Cartagena, de fecha 2 de diciembre de 2005, por la que se declara incapaz a x., y tutora a su esposa.

CUARTO.- En octubre del 2005 se solicita informe a la Inspección Médica, que se emite el 11 de diciembre de 2006. En sus consideraciones, la Inspectora informante pone de relieve que:

a) A diferencia de lo indicado por el facultativo de la Unidad del Dolor, acerca de la doble punción raquídea del paciente con anterioridad a la implantación del catéter, lo cierto es que sólo se había efectuado una sesión de ozonoterapia y, en consecuencia, sólo se había intervenido sobre la columna vertebral una vez, el 12 de mayo de 2004. El 27 de mayo, el paciente se desplazó a Barcelona, pero no para ser inyectado con ozono, sino para practicarse un electromiograma, que desvela una lesión radiculoplexular lumbosacra bilateral y mononeuropatía del nervio cubital derecho, probablemente secundarias a la diabetes.

2. Aunque el facultativo afirma haber informado al paciente acerca de los riesgos y complicaciones de la colocación del catéter epidural, tal información no consta en la historia clínica, ni que el paciente diera su consentimiento por escrito a someterse a la indicada técnica invasiva.

3. En las analíticas realizadas al ingresar en urgencias, el 1 de junio a las 23.30 horas, se pone ya de manifiesto una importante leucocitosis con desviación a la izquierda, lo que permite diagnosticar una infección bacteriana que debió sospecharse en un enfermo portador de catéter epidural y comenzar con antibiótico empírico inmediato y valorar, en ese momento, la retirada del catéter. Sin embargo, no es hasta las 11 horas del día 3 de junio que se retira el catéter epidural y se comienza el tratamiento antibiótico.

4. El cultivo de la punta del catéter da positivo para estafilococo aureus, bacilo que también aparece en el cultivo del LCR. Éste, sin embargo, no muestra presencia de estafilococo intermedius y cándida spp (como afirma el médico de la Unidad del Dolor en su informe), sino que tales gérmenes aparecen en un cultivo de secreciones bronquiales realizado días después, el 7 de junio.

5. El 25 de junio, cuando se cambia la vía central, el cultivo del catéter venoso resulta positivo para estafilococo aureus, que es lo que produce un shock séptico, infartos vasculares cerebrales y candidemia.

A la luz de tales consideraciones, la Inspección Médica alcanza las siguientes conclusiones:

"1. Podría existir un nexo causal razonable entre la introducción del catéter epidural y la aparición del cuadro clínico de meningitis purulenta.

2. Existió una demora en el tratamiento antibiótico, tanto en el Servicio de Urgencias como en el de Medicina Interna, a pesar de signos claros de infección bacteriana, importante leucocitosis con desviación izquierda, en paciente portador de catéter epidural.

3. No se evidencia consentimiento informado por escrito, cuando al paciente se le sometió a una técnica invasiva.

4. No es atribuible a las secuelas de la meningitis las padecidas por el enfermo como consecuencia de la polineuropatía (sensitivo-motora) diabética: la afectación esfinteriana con doble incontinencia, parestesia del dedo gordo del pie derecho y debilidad distal en EEII, arreflexia Aquilea bilateral, con debilidad para la marcha de puntilla con pie izquierdo, y neuropatía del nervio cubital derecho".

QUINTO.- El 5 de marzo de 2008, la x. dirige al SMS un escrito en el que cuantifica el daño padecido por su esposo, a la luz del baremo establecido por la Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de

seguros privados, en 2.370.582,49 euros, estimando, además, en 1.504,53 euros/mes los gastos que debe afrontar como consecuencia de la situación de su esposo (cuidados neurológicos y rehabilitadores, medicamentos no cubiertos por el sistema de salud, dieta, etc.). Manifiesta la interesada haber recibido propuestas verbales de la compañía aseguradora del SMS para llegar a una solución amistosa, si bien en cantidades claramente muy inferiores a la realidad y cuantía del daño ocasionado. No obstante, atendida la situación en que se encuentra, caracterizada por la necesidad de atender unos gastos mensuales de cuidado al enfermo muy elevados y la previsible dilatación en el tiempo del proceso judicial iniciado, propone al SMS *"una transacción o convenio indemnizatorio, por virtud del cual la exponente, siempre que fuese indemnizada en un plazo no superior a tres meses desde la firma del presente documento, es decir, antes del 5 de junio de 2008, aceptaría como indemnización la cantidad de 500.000 euros y desistiría de la demanda y reclamación formulada"*.

SEXTO.- El 7 de abril el órgano instructor elabora "informe-propuesta de resolución" en el que manifiesta que de la instrucción se desprende la existencia de responsabilidad patrimonial del SMS y que la cantidad de 500.000 euros se considera adecuada para la justa compensación de los daños producidos. Por ello, propone citar a los reclamantes a una comparecencia en la que muestren su conformidad a la cuantía señalada y renuncien a cualquier acción judicial o administrativa por los mismos hechos que motivaron la reclamación.

En esa misma fecha, se suscribe por el Director Gerente del SMS y por x., quien actúa en nombre propio y en representación de su esposo, propuesta de acuerdo convencional, en cuya virtud el Ente Público se compromete a abonar en el plazo de tres meses, a contar desde la incorporación al expediente del escrito del Ministerio Fiscal otorgando su conformidad al acuerdo, la cantidad de 500.000 euros en concepto de indemnización total por los hechos que motivan la reclamación. Una vez recibida la cantidad, los reclamantes desistirán, solicitando el archivo de las actuaciones tramitadas con ocasión del recurso contencioso-administrativo presentado, y renunciarán expresamente al ejercicio de cuantas acciones y derechos pudieran corresponderles por los hechos objeto de la reclamación, comprometiéndose a no realizar ninguna otra reclamación sobre los mismos a la compañía aseguradora del SMS, a éste ni a sus empleados.

SÉPTIMO.- Con fecha 24 de julio la interesada aporta informe favorable del Ministerio Fiscal, según el cual, *"por aplicación analógica del Baremo de Tráfico, y dada la existencia de cantidades fluctuantes en el mismo, se considera que la cantidad de 500.000 euros no perjudica los intereses del discapacitado, sin que se considere necesaria la práctica de prueba para demostrar la necesidad de la transacción y su utilidad, al entenderse adecuada y justificada, no tanto por la demora existente en la resolución de los asuntos cuanto por lo próximo de la cantidad que en su caso pudiera corresponderle al incapacitado"*. Termina su informe el Fiscal solicitando de la Sala que se dicte auto autorizando la transacción.

Dicho auto se dicta el 3 de julio, autorizando la Sala la transacción en los términos que constan en la propuesta de acuerdo convencional, *"debiendo proceder la recurrente a ingresar la cantidad de 500.000 euros en una cuenta bancaria a nombre del x. para atender con dicha cantidad a su cuidado y mantenimiento"*.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remitió el expediente en solicitud de Dictamen, con el ruego de su despacho por el trámite de urgencia, mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 31 de julio de 2008.

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 (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

1. La reclamación fue interpuesta por la esposa e hijos del enfermo, quienes se consideran perjudicados por la alteración afectiva, económica y social que se ha producido en su vida personal y familiar a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida por su esposo y padre, respectivamente. Ello les otorga legitimación activa para reclamar, en virtud del artículo 139.1 en relación con el 31, ambos de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Junto a esta legitimación respecto de los daños morales y patrimoniales, en el escrito de reclamación inicial los actores se irrogan la defensa de los derechos e intereses del enfermo, cuya situación de incapacidad le impide asumirla en persona. Si bien dicha declaración no quedaba documentalmente acreditada en la solicitud inicial, aunque sí cabía inferirla del estado del enfermo que describían los informes médicos aportados junto a ella, la esposa del paciente trae al procedimiento una sentencia judicial de declaración de aquél como incapaz, designándola a ella tutora de su marido. En consecuencia, también ostenta la x. legitimación activa para reclamar por los daños personales sufridos por su pupilo.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional en su condición de titular de la función pública de atención sanitaria de la población, singularmente, de la asistencia médica hospitalaria, a la que se imputa el daño padecido.

2. Presentada la reclamación el 31 de mayo de 2005, habiéndose comenzado a prestar la asistencia sanitaria a la que se imputan los daños el 31 de mayo de 2004, y atendida la naturaleza evolutiva de la patología neurológica del paciente, es evidente que aquélla ha sido interpuesta dentro del plazo de un año que el artículo 142.5 LPAC señala para la prescripción del derecho a reclamar.

3. 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, salvo el plazo máximo para resolver, de conformidad con lo previsto en el artículo 13.3 RRP.

No obstante el favorable juicio que merece el conjunto de la tramitación efectuada, es necesario efectuar una doble consideración acerca de la última actuación del órgano instructor: el denominado "informe-propuesta de resolución" que obra al folio 963 del expediente.

a) La primera observación se refiere a la denominación como propuesta de resolución, pues parece constreñir la naturaleza del acuerdo a un mero trámite que, integrado en el procedimiento de responsabilidad patrimonial, precisa de una posterior resolución que le ponga fin. Esta concepción, aunque está prevista en el artículo 88.1 LPAC, no es compatible con la regulación de la terminación convencional en el ámbito de los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

En efecto, el artículo 8 RRP establece que el órgano competente, a propuesta del instructor, podrá acordar con el interesado la terminación convencional del procedimiento mediante acuerdo indemnizatorio. Si existe conformidad del interesado, debe actuarse conforme a lo establecido en los artículos 12 y 13 del mismo reglamento. Así, debe remitirse al Consejo Jurídico todo lo actuado, junto con una propuesta de resolución o -nótese la disyuntiva- la

propuesta de acuerdo por el que se podría terminar convencionalmente el procedimiento. Tras el Dictamen, el órgano competente resolverá o someterá la propuesta de acuerdo para su formalización por el interesado y el órgano competente para suscribirlo. Estos preceptos dibujan un procedimiento diferente según la finalización del procedimiento haya de producirse por resolución -forma ordinaria- o por terminación convencional, pues el acuerdo indemnizatorio, una vez formalizado, pone fin por sí mismo al procedimiento administrativo, sin necesidad de una ulterior resolución.

b) Adolece el trámite, además, de una mínima fundamentación que ilustre acerca de diversos extremos relevantes en orden a la terminación convencional del procedimiento. Singularmente, carece el informe-propuesta de un análisis detenido del nexo causal que permita alcanzar la conclusión de su existencia en el supuesto planteado. Del mismo modo, se limita a manifestar lo adecuado de la cuantía, pero nada se dice acerca de los métodos de cálculo que han llevado a su fijación.

Parece preciso recordar que la labor instructora tiene naturaleza vicarial, en la medida en que su actuación persigue conseguir el mayor acierto del órgano que ha de poner fin al procedimiento, y ello no sólo cuando aquél haya de finalizar con una resolución, sino también cuando su terminación tiene naturaleza convencional. Para conseguirlo, el instructor debe determinar que el pacto de voluntades no traspasa ninguno de los límites establecidos por el artículo 88.1, a saber:

- Que el acuerdo no es contrario al ordenamiento jurídico. Es necesario, por tanto, que la instrucción determine si se dan todos y cada uno de los elementos generadores de responsabilidad patrimonial, pues sólo en tal caso procede la indemnización. En el supuesto sometido a consulta, se afirma, sin mayor fundamentación, que existe nexo causal, pero no se analiza de forma detenida el daño, ni su cuantificación, ni su carácter antijurídico o no.
- Que no verse sobre una materia no susceptible de transacción.
- Que tenga por objeto satisfacer el interés público que la correspondiente Administración tenga encomendado.

La ausencia en el informe propuesta de un razonamiento adecuado acerca de los extremos aludidos en los puntos anteriores, dificulta sobremanera la constatación de en qué medida el acuerdo propuesto satisface y es compatible con el interés público, requisito necesario para poder admitir la terminación convencional del procedimiento, sobre el que tampoco se pronuncia el informe-propuesta.

4. Por otra parte, la circunstancia de que se haya interpuesto por una de los reclamantes el correspondiente recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación, no es óbice para que se proceda a terminar convencionalmente el procedimiento administrativo, sin perjuicio de los efectos que el acuerdo indemnizatorio haya de tener en el proceso contencioso, los cuales exceden del objeto de la consulta. Baste ahora con señalar que convendría que el departamento consultante actuara coordinadamente con la Dirección de los Servicios Jurídicos de la Comunidad, en su condición de centro superior directivo de los asuntos contenciosos en los que es parte la Administración regional (artículo 4.2 de la Ley 4/2004, de 22 de octubre, de Asistencia Jurídica de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia), pues no consta en el expediente que haya sido notificada de las actuaciones tendentes a la suscripción del acuerdo transaccional.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial en la asistencia sanitaria. Requisitos. Como ya hemos adelantado en la Consideración Segunda, la procedencia o no de la terminación convencional en los términos propuestos por las partes exige la previa determinación de si concurren en el supuesto sometido a consulta los requisitos a los que el ordenamiento jurídico vincula el nacimiento de la responsabilidad patrimonial.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE: "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:

- a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
- b) 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.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) 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 médico ha de llevarse a cabo 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 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 (SAN, Sección 4ª, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002).

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios. Existencia de responsabilidad.

Para los reclamantes, el estado de su familiar se debe a dos circunstancias íntimamente vinculadas entre sí, cuya combinación determinó el lamentable resultado: a) la infección adquirida a través del catéter epidural que se le implanta para tratamiento del dolor crónico, originado por la neuropatía diabética que padece, y b) la tardanza en aplicarle el tratamiento antibiótico adecuado.

1. La infección nosocomial.

Para los reclamantes, la meningitis se debe a una infección bacteriana, producida a su vez por la implantación del catéter epidural, pues es a raíz de la realización de dicho acto médico cuando el paciente comienza a presentar los síntomas de la infección.

Sin perjuicio de las consideraciones que se harán más adelante, lo cierto es que la infección se produjo y que ésta fue la causante de la meningoencefalitis bacteriana, origen a su vez del

deterioro progresivo del paciente y del estado vegetativo en que se encuentra, quedando suficientemente acreditada en el expediente la infección por estafilococo aureus (cultivo positivo en LCR) y la relación causa-efecto existente entre dicha infección y los daños cerebrales del paciente. A tal efecto, basta con repasar los numerosos informes médicos de valoración que salpican la historia clínica, todos los cuales admiten sin fisuras dichos extremos. Más polémica es la determinación de si la vía de entrada de los gérmenes en el organismo del paciente fue el catéter epidural o no. Para el facultativo que lo implantó, el catéter no pudo ser la causa de la infección porque: a) no estaba colocado dentro del espacio intradural; b) entre el momento de su colocación el 31 de mayo y la extracción de LCR el 3 de junio, que confirma el diagnóstico de meningitis, no hubo tiempo material suficiente para que se desarrollara la infección, más aún en un estadio purulento que requiere al menos diez días para su establecimiento; c) las cepas que se cultivaron en la punta del catéter (estafilococo aureus) no eran las mismas que las detectadas en el LCR (estafilococo intermedius y cóndida spp), por lo que el positivo dado por el cultivo del catéter se debería a una contaminación con la piel del enfermo; d) se tomaron las medidas de asepsia protocolizadas; y e) la columna vertebral del paciente había sido manipulada en dos ocasiones en clínicas privadas, donde pudo sufrir la infección meningea.

Frente a estas consideraciones, la Inspección Médica precisa que sólo se había producido una (no dos) punción raquídea en la columna del paciente para el tratamiento con ozonoterapia, el 12 de mayo. Afirma, además, que el cultivo de la punta del catéter da positivo para estafilococo aureus, al igual que lo es el cultivo del LCR. Los gérmenes estafilococo intermedius y cóndida spp no aparecen en el LCR, sino en el cultivo de secreciones bronquiales realizado el 7 de junio. A la luz de tales consideraciones concluye que podría existir un nexo causal razonable entre la introducción del catéter epidural y la aparición del cuadro clínico de meningitis purulenta.

Sin embargo, frente a lo que señalan ambos informes, la historia clínica muestra que el bacilo que aparece en el cultivo de la punta del catéter epidural, cuando se retira éste al confirmar la meningitis el 3 de junio, no es el estafilococo aureus, sino el estafilococo coagulasa negativo. Así consta al folio 297 del expediente, en el informe de la Unidad de Microbiología del Hospital, relativo al cultivo de punta de catéter con fecha de registro del 3 de junio de 2004.

Este dato destruye una de las premisas sobre las que se basa el informe inspector para afirmar la probable relación causal entre la introducción del catéter y la infección desencadenante de la meningoencefalitis, pues los gérmenes presentes en los cultivos de la punta del catéter y en el LCR no son idénticos. Por otra parte, la Inspección no rebate el resto de argumentos contrarios a dicha posibilidad profusamente ofrecidos por el facultativo de la Unidad del Dolor, singularmente el relativo a la imposibilidad de que el catéter generara la infección meningea sin producirla antes también en el espacio epidural, pues el catéter no penetra en las meninges, sino que se queda fuera, en el espacio epidural, donde la historia clínica no muestra que exista infección. Del mismo modo, nada dice la Inspección acerca del argumento relativo a la falta de tiempo material para que se desarrolle la infección en estadio purulento, entre la fecha de su colocación y la detección de la sepsis, pues únicamente transcurren cuatro días (del 31 de mayo al 3 de junio), cuando según el informe del indicado facultativo necesitaría un mínimo de diez.

Por lo expuesto, no cabe considerar probado que el catéter epidural fuera la causa de la infección.

2. La tardanza en administrar el tratamiento antibiótico empírico.

Afirman los reclamantes que los daños cerebrales y consiguiente deterioro sufridos por el paciente se deben a la tardanza en instaurar el necesario tratamiento antibiótico. Así, cuando

se le traslada al Servicio de Urgencias, "a pesar de contar con un análisis que detecta 33.400 leucocitos por campo, vómitos, fiebre y rigidez en la nuca, se le envía a la cuarta planta, al Servicio de Medicina Interna después de más de 18 horas en urgencias. No fue reconocido esa tarde, ni por la noche del día 2 de junio de 2004, y es a partir del día siguiente 3 de junio, cuando el paciente presenta una situación de pérdida de conciencia, cuando se contacta con el Servicio de Medicina Intensiva, quien aconseja retirar el catéter. Se comprueba esa tarde el diagnóstico de meningitis, que obviamente se inicia el 31 de mayo de 2004, y se tarda por el Hospital del Rosell, después de pasar por el Servicio del Dolor, Urgencias, Medicina Interna y Medicina Intensiva (4 servicios), más de 72 horas en iniciar tratamiento para esa meningitis". La Inspección Médica, al analizar la atención prestada en Urgencias los días 1 y 2 de junio, destaca que en las analíticas allí realizadas ya se pone de manifiesto una importante leucocitosis con desviación a la izquierda, lo cual permite diagnosticar una infección bacteriana, que debió sospecharse en un enfermo portador de un catéter epidural y, en consecuencia, comenzar con antibiótico empírico inmediato y valorar en ese momento la retirada del catéter. Sin embargo, no es hasta el día 3 de junio a las 11 horas, cuando se realiza una punción lumbar, que se le diagnostica de meningitis, se retira el catéter y se comienza el tratamiento antibiótico. Concluye, por tanto, que existió una demora en el tratamiento antibiótico tanto en el Servicio de Urgencias como en el de Medicina Interna, a pesar de existir signos claros de infección bacteriana en paciente portador de catéter epidural.

La lectura de los informes emitidos por el Coordinador de Urgencias y por el facultativo Jefe de Sección de Medicina Interna que atendió al paciente en este último servicio, no hacen sino confirmar la cronología plasmada por la Inspección en su informe, en relación con el momento en que se diagnostica la meningitis y se comienza el tratamiento antibiótico. Se pone de manifiesto, además, que pudo haber una falta de coordinación entre los servicios de Urgencias y Medicina Interna en la remisión y recepción del paciente, que pudo influir en el retraso en instaurar el tratamiento.

Si bien el expediente no arroja luz acerca de en qué medida el retraso en administrar el tratamiento antibiótico fue determinante del daño cerebral sufrido por el paciente, lo cierto es que queda acreditada una omisión de medios contraria a la *lex artis*, lo que permite afirmar tanto el nexo causal entre el funcionamiento de los servicios públicos hospitalarios y el daño padecido por el enfermo, como el carácter antijurídico de éste, en la medida en que el paciente no tiene obligación jurídica de soportarlo.

Cabe concluir, en consecuencia, que concurren en el supuesto sometido a consulta todos los elementos exigidos por el ordenamiento jurídico para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, debiendo declarar el derecho de los reclamantes a ser indemnizados por los daños padecidos.

QUINTA.- La terminación convencional.

Acreditada la existencia de responsabilidad patrimonial procede establecer la cuantía y el modo de la indemnización a satisfacer a los interesados.

El artículo 8 RRP prevé que, en cualquier momento del procedimiento anterior al trámite de audiencia, el órgano competente, a propuesta del instructor, podrá acordar con el interesado la terminación convencional del procedimiento mediante acuerdo indemnizatorio. En el supuesto sometido a consulta se dan los requisitos establecidos por el precepto, toda vez que la oferta de terminación convencional y la propuesta en que se concreta el acuerdo indemnizatorio son anteriores a la apertura del trámite de audiencia.

La oferta, efectuada exclusivamente por la esposa del enfermo, consiste en aceptar una indemnización de 500.000 euros, comprometiéndose a desistir de la demanda y reclamación formuladas. La interesada justifica esta oferta "*por tener un gasto mensual fijo muy elevado,*

que resulta muy difícil de atender y las expectativas de duración del proceso judicial son elevadas, lo que indica que cuando se recibiese la cantidad que fijase la sentencia, habrían transcurrido unos años y mientras tanto la ayuda y asistencia a mi esposo no podría desarrollarla con la eficacia que de tener el dinero que se solicita, se permitiría y se podría realizar".

Ese gasto mensual lo cuantifica en 1.504,53 euros/mes y lo acredita con la aportación de diversas facturas expedidas a nombre del enfermo por establecimientos dietéticos, farmacéuticos y rehabilitadores.

Como pautas principales a seguir en la cuantificación de la indemnización, la doctrina de este Consejo Jurídico viene recogiendo de forma constante los siguientes criterios legales y jurisprudenciales:

- a) La extensión de la obligación de indemnizar responde al principio de reparación integral, es decir, se extiende a todos los daños alegados y probados por el perjudicado incluyendo el daño moral o, con carácter más general, el denominado *pretium doloris*, concepto éste que reviste una categoría propia e independiente de las demás, y comprende tanto el daño moral como los sufrimientos físicos y psíquicos padecidos por los perjudicados (SAN, Sección 4ª, de 27 de noviembre de 2002 y STS, Sala 3ª, de 3 de abril de 2002).
- b) La legislación sobre indemnización en caso de accidentes de tráfico no es más que un criterio orientativo (STS, Sala 3ª, de 13 de octubre de 1998), debiendo precisarse y modularse al caso concreto en que surge la responsabilidad patrimonial, por lo que han de tenerse en cuenta las circunstancias personales, familiares y sociales del mismo en relación con el funcionamiento de la Administración que ha ocasionado el daño.
- c) Incumbe a la parte reclamante la carga de probar cuantos elementos de cuantificación de los daños en virtud de los cuales reclama, como recoge la jurisprudencia del Tribunal Supremo, entre otras, las Sentencias de la Sala 3ª, de 3 de febrero de 1989 y 19 de febrero de 1992.
- d) La cuantía de la indemnización ha de calcularse con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al índice de precios al consumo (artículo 141.3 LPAC).

En el supuesto sometido a consulta, la asistencia médica prestada al paciente ha sido considerada causante de los daños cerebrales que padece y del estado vegetativo en que se encuentra.

La esposa del enfermo, con ocasión de su oferta transaccional, efectúa una cuantificación del daño al amparo del sistema de valoración establecido por la legislación de seguros, conforme al siguiente desglose:

- a) 539 días de hospitalización, 69.299,23 euros.
- b) Secuelas (deterioro de funciones cerebrales superiores con limitación muy grave de todas las funciones diarias y necesidad de ayuda de otra persona; hemiplejía derecha completa; hemiparesia izquierda grave; afasia motora; epilepsia parcial): 285 puntos, 755.378,25 euros.
- c) Perjuicio estético muy grave: 50 puntos, 83.675,5 euros.
- d) Gran invalidez, 86.158,38 euros.
- e) Necesidad de ayuda de otra persona, 344.633,51 euros.
- f) Adecuación de vivienda, 86.158,38 euros.
- g) Perjuicios morales de familiares, 129.237,57 euros.
- h) Adecuación de vehículo propio, 25.847,51 euros.

Total: 1.580.388,33 euros.

Aunque el carácter evolutivo de las lesiones padecidas por el enfermo determina que éstas puedan variar con el tiempo, lo cierto es que los daños cerebrales se le ocasionan durante la

encefalopatía infecciosa producida por la meningitis que sufre a primeros de junio de 2004. Ya al alta del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Santa María del Rosell presenta estado vegetativo persistente y en tal estado se le traslada al Hospital de Valencia en septiembre de 2004, cuyo informe de julio de 2005 muestra una cierta evolución, presentando a esta última fecha las siguientes secuelas, que el propio informe califica de definitivas:

"Desde el punto de vista neurológico su situación neurológica es compatible con estado de respuestas mínimas (puntuá 47/100 en Escala de Lowenstein).

Persisten fluctuaciones en atención arousal y episodios de desconexión del entorno. En cuanto al lenguaje sólo emite algunas palabras fuera de contexto y sobre todo en respuesta al dolor. Facies hipomímica. Apertura ocular espontánea. Mirada enfocada pero inconsistente, reflejo de amenaza y seguimiento ocular selectivo. Ha precisado colocación de sonda de gastrostomía para alimentación por disfagia neurógena. Precisa pañal y sonda vesical por doble incontinencia.

Desde el punto de vista motor hemiparesia espástica derecha asociada a monoparesia del miembro inferior izquierdo. Miembro superior derecho flexionado, aducido, con muñeca en flexo de 20° y mano en garra. De forma pasiva está limitada la flexión y abducción del hombro en unos 60° y la extensión del codo (aproximadamente 20°). El flexo de muñeca y de los dedos es irreducible tanto por el tono muscular como por una posible algodistrofia pendiente de confirmación. Paraparesia con flexo de ambas rodillas y caderas con limitaciones en la extensión completa de rodilla en unos 20° y en la abducción por espasticidad de isquiotibiales y abductores. Atrofia muscular distal con pie derecho en equinovaro reducible y pie péndulo izquierdo todo ello en relación con su neuropatía diabética. Moviliza adecuadamente el miembro superior izquierdo de forma no dirigida. Buen sostén cefálico sin movimientos laterales, consiguiendo sedestación inestable con apoyo de la mano izquierda.

Sensibilidad no valorable. Reflejos osteotendinosos abolidos. Cutaneoplantares indiferentes. Reflejos de liberación frontal presentes. Sonda vesical y pañal por doble incontinencia. Úlcera sacra en fase de granulación.

Sigue presentando crisis focales motoras sintomáticas con mejor control en biterapia de valproico y topiramato. Mala tolerancia digestiva a oxcarbamecina y somnolencia excesiva a levetiracetan.

A nivel funcional, presenta una Dependencia Total de las actividades básicas de la vida diaria (Barthel: 0/100). Necesita ayuda continua por parte de otra persona".

La situación descrita podría tener encaje en aquellas que constituyen el objeto de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Dependencia, singularmente en la descripción del concepto de dependencia contenido en su artículo 2.2, sin que en el expediente conste la recepción de prestación o ayuda económica alguna de las previstas en la Ley.

El baremo vigente en el momento de producirse las lesiones (junio de 2004) era todavía el introducido en la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor por la Disposición adicional octava de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, actualizado para el año 2004 por Resolución de la Dirección General de Seguros de 9 de marzo de ese mismo año. El texto refundido de la primera Ley, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, no entraría en vigor hasta el 6 de noviembre de 2004.

Si bien no se ha aportado al expediente una justificación adecuada de diversos extremos que inciden de forma sustancial en la cuantificación de los daños, tales como los ingresos anuales de la víctima -lo que excluiría la aplicación de factor de corrección alguno en determinadas tablas, como la V-, la adecuación de vivienda y de vehículo realizada, la declaración de gran invalidez, etc., y comoquiera que lo que se persigue con la presente valoración es determinar

qué cantidad podría corresponderle a la víctima como indemnización en orden a su comparación con la ofrecida para la terminación convencional, se hace abstracción de esa ausencia de prueba, en el bien entendido de que sería fácilmente subsanable por los reclamantes si continuara el procedimiento de responsabilidad. Atendida la indicada finalidad, asimismo, las cuantías que se van a tomar como referencia para la valoración son las que corresponderían a 2008 (Resolución de la Dirección General de Seguros de 17 de enero de 2008), para obtener unas cantidades ya actualizadas y, en consecuencia, homogéneas en términos de comparación a los 500.000 euros ofertados.

a) Indemnización por incapacidad temporal.

En la Tabla V del baremo se establecen las indemnizaciones por incapacidad temporal, señalando como indemnización básica por cada día de estancia hospitalaria la cantidad de 64,57 euros. La reclamante considera que, por este apartado, le correspondería una indemnización por los 539 días en que su marido estuvo ingresado, desde el 1 de junio de 2004 hasta el 21 de diciembre de 2005. La indemnización básica asciende a 34.803,23 euros. Aun no contando con el dato de los ingresos anuales de la víctima, en atención a su profesión de farmacéutico no parece irrazonable aplicar un factor de corrección del 40% (equivalente a unos ingresos algo superiores a unos 60.000 euros), lo que elevaría la indemnización por incapacidad temporal a 48.724,52 euros.

b) Indemnizaciones por lesiones permanentes.

De conformidad con el indicado baremo, cuando el perjudicado resulte con diferentes lesiones derivadas del mismo accidente, se otorgará una puntuación conjunta, que se obtendrá aplicando una fórmula polinómica. En cualquier caso, la puntuación no podrá ser superior a 100 puntos. En consecuencia, no serían valorables de forma acumulativa las diferentes secuelas, sino que habría de aplicarse la indicada fórmula, con el límite máximo de los 100 puntos. La valoración de secuelas se encuentra sensiblemente dificultada en el presente supuesto por el hecho de no haberse aportado al expediente un informe médico específico de valoración del daño. Ello no obstante, tomando como punto de referencia el informe del Hospital valenciano, y una vez excluidas aquellas dolencias que derivarían de la enfermedad de base del paciente (neuropatía de origen diabético) y que la Inspección Médica enumera en su informe, pueden considerarse acreditadas las siguientes secuelas, entre las más graves:

- Deterioro muy grave de las funciones cerebrales superiores integradas, con limitación grave de todas las funciones diarias que requiere una dependencia absoluta de otra persona, no pudiendo cuidar de sí mismo, 75-90 puntos.
- Hemiparesia espástica derecha grave, 40-60 puntos.
- Paraparesia de miembros inferiores grave, 60-65 puntos.
- Afasia mixta, 50-60 puntos.
- Epilepsias focales, 10-20 puntos.

Valorando estas secuelas en su puntuación máxima y tras aplicar la fórmula establecida por el baremo, se obtiene un valor superior a 100. Como la centena es el máximo de puntuación posible y el valor del punto, atendida la edad del enfermo en el momento de producirse la lesión, que era de 51 años, es de 2.650,45 euros, la indemnización básica por lesiones permanentes ascendería a 265.045 euros.

Los factores de corrección a aplicar serían los siguientes:

- Por perjuicios económicos y en consonancia con lo indicado en relación a la incapacidad temporal un 40%, es decir, 106.018 euros.
- Por daños morales complementarios del propio lesionado, cuando una secuela exceda de 75 puntos o las concurrentes de 90, 86.158,38 euros.
- Por tener la consideración de gran inválido y necesitar la ayuda de otra persona, en atención

a la edad de la víctima y al grado de incapacidad para realizar las actividades más esenciales de la vida, 130.552,8 euros.

Se alcanza esta cantidad aplicando un criterio de valoración recogido por algunos tribunales civiles (sentencia de la Audiencia Provincial de Castellón de 31 de julio de 2006), que atiende al coste de atención al inválido por parte de una tercera persona, calculándolo por relación al salario mínimo interprofesional del año en que se produjo el daño. En este caso, el referido índice salarial era de 6.871,2 euros/año en 2004, que es multiplicado por una estimación de la esperanza de vida del paciente, que se fija en 70 años. Comoquiera que en 2004 el enfermo contaba con 51 años, aquella cantidad ha de multiplicarse por 19.

- No se acredita en el expediente que se haya realizado gasto alguno para la adecuación de la vivienda ni del vehículo propio del enfermo, ni se ha indicado siquiera en la reclamación que se haya procedido a efectuarlas ni en qué han consistido. Por ello, ninguna indemnización procedería por estos conceptos.

- Daños morales de familiares. La situación familiar del interesado se describe en el escrito de reclamación inicial, de donde resulta que convive con su esposa, que es quien se encarga del cuidado del enfermo, al tiempo que los dos hijos del matrimonio, a la sazón reclamantes, de 24 y 21 años de edad, cursan estudios universitarios fuera de Cartagena, lugar de residencia de los padres (en Valencia y Murcia, respectivamente).

La indemnización por este concepto persigue resarcir a los familiares más próximos de la víctima por la sustancial alteración de la vida y convivencia derivada de los cuidados y atención continuada a aquélla. Siendo incontestable que dichas circunstancias se dan en la esposa, la conclusión no es tan evidente respecto a los otros dos reclamantes, hijos del enfermo, quienes no está acreditado en el expediente que convivan con el padre inválido ni colaboren en su cuidado.

En atención a lo expuesto y a la absoluta incapacidad del enfermo para la realización de las tareas más esenciales y básicas de la vida, como alimentarse, vestirse, asearse, desplazarse, etc., cabe entender que la dedicación de la esposa, quien no consta que tenga ocupación laboral alguna fuera del domicilio, al cuidado de su marido exigirá una parte sustancial de su tiempo. En consecuencia, y atendida la edad del enfermo, procedería otorgar una indemnización equivalente al 50% de la cantidad máxima prevista en el baremo para este concepto, es decir, 64.618,78 euros.

- Perjuicio estético, 28.892,5 euros.

Si bien la reclamante considera que existe un perjuicio estético importantísimo, pues le otorga la puntuación máxima (50 puntos), debe recordarse que el mismo baremo precisa que el perjuicio estético importantísimo corresponde a un perjuicio de enorme gravedad, como el que producen las grandes quemaduras, las grandes pérdidas de sustancia y las grandes alteraciones de la morfología facial o corporal, ninguna de las cuales concurre en el supuesto sometido a consulta. Se estima más adecuado valorar el perjuicio estético en la mitad de la tabla, como "bastante importante", otorgándole 25 puntos.

La suma de las cantidades parciales correspondientes a cada concepto indemnizatorio arroja un total de 730.009,6 euros. Al margen de las deficiencias y omisiones en que, como ya se dijo, incurren los reclamantes en la prueba de los daños, lo que podría incidir de forma sustancial en la valoración de los mismos, lo cierto es que el montante indemnizatorio resultante es superior a los 500.000 euros a que asciende su oferta de terminación convencional. Esta circunstancia, unida al carácter esencialmente dispositivo de las pretensiones resarcitorias de los interesados, convierte el acuerdo transaccional en adecuado al interés público que persigue la responsabilidad patrimonial, como institución de garantía frente al actuar administrativo, cual es la reparación del daño irrogado a los particulares. En este sentido, la reclamante manifiesta que

opta por ofrecer la terminación convencional al considerarlo más beneficioso para su marido, a quien podrá atender de forma más adecuada si dispone de la indemnización de forma inmediata, sin tener que esperar a la resolución del procedimiento judicial incoado. En el mismo sentido lo han estimado tanto el Ministerio Fiscal como la Sala juzgadora, en su condición de garantes de los intereses del incapaz.

A la vista de lo expuesto, considera el Consejo Jurídico que procede la terminación convencional del procedimiento en los términos contenidos en la propuesta de "resolución"-acuerdo indemnizatorio, sometida a consulta, si bien deben hacerse las siguientes precisiones:

1. Introducción de una nueva base en el acuerdo indemnizatorio.

El auto judicial por el que la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia autoriza la transacción impone una nueva base que ha de ser contemplada en el acuerdo indemnizatorio, de conformidad con el artículo 2029 de la Ley de Enjuiciamiento Civil de 1881, en cuya virtud, el auto por el que se autoriza la transacción "aprobará o modificará las bases presentadas". En efecto, la Sala, si bien autoriza la transacción en los términos que constan en la propuesta de acuerdo transaccional firmada por la esposa del enfermo y el Director Gerente del SMS, precisa que la primera habrá de ingresar la cantidad de 500.000 euros en una cuenta bancaria a nombre de su marido para atender con dicha cantidad a su cuidado y mantenimiento. Establece con ello una nueva base con evidente finalidad tuitiva de los intereses del incapaz, que habrá de reflejarse en el acuerdo indemnizatorio a formalizar.

2. Extensión subjetiva del acuerdo.

La propuesta de acuerdo indemnizatorio únicamente viene suscrita por la esposa del lesionado, no por los dos hijos, también reclamantes y que, aun siendo mayores de edad, no actúan en el procedimiento representados por su madre. El acuerdo, en consecuencia, sólo alcanzaría a la x., no a sus hijos. Por ello, para que la formalización del acuerdo de terminación convencional ponga fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial deben participar todos los reclamantes, bien personalmente, bien otorgando previamente su representación a la madre. De lo contrario, la terminación sólo afectaría a ésta, debiendo continuar el procedimiento con los otros dos reclamantes, otorgándoles audiencia y formulando propuesta de resolución, con remisión nuevamente de todo el expediente al Consejo Jurídico para Dictamen.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se informa favorablemente la propuesta de acuerdo indemnizatorio tendente a la terminación convencional del procedimiento, toda vez que se aprecian en el supuesto sometido a consulta todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial. Asimismo, se cumplen los requisitos para proceder a la terminación convencional del procedimiento.

SEGUNDA.- En la formalización del acuerdo de terminación convencional habrá de actuarse conforme a lo indicado en la Consideración Quinta, *in fine*, de este Dictamen, en relación con la introducción de una nueva base en el texto del acuerdo y acerca de la extensión subjetiva del mismo.

No obstante, V.E. resolverá.