



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

**Dictamen nº 154/2022**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 30 de junio de 2022, 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 8 de marzo de 2022 (COMINTER 67214 2022 03 08-11 32) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 9 de marzo de 2022, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022\_074), aprobando el siguiente Dictamen.

**ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** El 17 de junio de 2015 tuvo entrada en el registro del Servicio Murciano de Salud (SMS) un escrito firmado por don X, don Y y don Z, por el que formulaban una reclamación de responsabilidad patrimonial por el daño moral sufrido a consecuencia del fallecimiento de su madre, doña P, el día 21 de junio de 2014 en el Hospital General Universitario “Virgen de la Arrixaca”, en donde había quedado ingresada a cargo de su Servicio de Cardiología el día 19 anterior, tras ser trasladada a dicho centro después de ser asistida en su domicilio por los servicios de la Gerencia del 061, al presentar un dolor epigástrico intenso de características opresivas, irradiado hacia la espalda y ambos miembros superiores, que se diagnosticó como infarto agudo de miocardio. En el Servicio de Cardiología se le practicó una coronariografía urgente. Al día siguiente, 20 de junio de 2014, fue dada de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y pasó a planta presentando un cuadro febril de 38,7° realizándose cultivos de sangre y orina para averiguar la causa de la fiebre, falleciendo el 21 de junio a las 6:40 horas de la mañana.

Entienden los reclamantes que el fallecimiento de su madre fue consecuencia de un funcionamiento anormal de los servicios sanitarios, por su traslado a la planta de cardiología a las pocas horas de ingresar en la UCI a pesar del cuadro febril que presentaba, demostrativo de una asistencia inadecuada.

Terminaban solicitando que se declarase la responsabilidad patrimonial de la Administración y, en consecuencia, se les indemnizase en la cuantía que se precisaría en el momento procedimental oportuno.

A su reclamación acompañaban la fotocopia del libro de familia, de sus respectivos documentos nacionales de identidad y diversa documentación clínica.

**SEGUNDO.-** Por resolución de 29 de junio de 2015 el Director Gerente del SMS se admitió a trámite la reclamación presentada, se ordenó la incoación del expediente número 407/15, y se designó al Servicio Jurídico como órgano encargado de la instrucción.

La resolución fue notificada a los interesados el 7 de julio de 2015; a la correduría de seguros “Aón Gil y Carvajal, S.A.” para su traslado a la compañía aseguradora, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la Gerencia

del HUVA requiriéndole el envío de copia de la historia clínica de la fallecida y el informe de los profesionales que la hubieran atendido.

**TERCERO.-** Mediante comunicación de 14 de febrero de 2015, la Gerencia del HUVA contestó el requerimiento recibido enviando copia de la historia clínica de la fallecida, un CD con imágenes, y los informes del doctor Q, facultativo especialista de la UCI, de 7 de septiembre de 2015, y del doctor R, facultativo especialista del Servicio de Cardiología, de 14 de octubre de 2015.

El doctor Q afirma en su informe que durante su estancia en la UCI la enferma permaneció estable hemodinámicamente, asintomática y sin complicaciones de su proceso; que se siguió el protocolo habitual tomando muestras rutinarias de exudado axilar y faríngeo que resultaron negativas para el germen estudiado, y que el pico de hipertermia de 38° el día del alta de la unidad no era un dato significativo, por otro lado no infrecuente en situaciones de enfermedad coronaria aguda por el proceso inflamatorio que conlleva, por lo que fue trasladada a planta donde sufrió una muerte súbita que es una de las manifestaciones imposibles de prever de una cardiopatía isquémica aguda, pudiendo descartarse por su brusquedad y hallazgos electrocardiográficos tras la parada, un proceso infeccioso como causa de la misma. Concluye afirmando que se adoptaron todas las medidas que por la *lex artis* se exigen en estos casos.

Por su parte, el informe del doctor R relata la sucesión de los hechos tal y como ocurrieron según las anotaciones que obran en la historia clínica. Entre ellas consta que al no existir signos de alarma (edemas, ni ruidos sobreañadidos, sin soplos audibles, ni foco aparente de la infección) tras la coronariografía se le prescribió paracetamol y se solicitó analítica de orina. Consta en el informe que la familia habló con la enferma a las 5:30 horas del día 20 de junio y lo hizo de forma coherente y sin quejarse de nada en ese momento, en el que la tensión arterial reflejaba un valor de 146/74, quedando dormida ella y su acompañante hasta que a las 6:40 horas se avisa a enfermería de que no respondía, y tras su examen se certificó el éxitus.

**CUARTO.-** Mediante escrito de 26 de octubre de 2015 se solicitó el informe de la Inspección Médica a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria (SIPA). En la misma fecha se remitió el expediente a la correduría de seguros para que fuera incluido en la siguiente reunión a celebrar con la compañía en el seno de la Comisión Mixta.

**QUINTO.-** Obra en el expediente una diligencia extendida el 14 de julio de 2016 para hacer constar la comparecencia de una persona autorizada que solicitó y obtuvo copia íntegra del expediente instruido hasta ese momento.

Mediante escrito de los interesados de 2 de noviembre de 2016 solicitaron que se requiriese a la Inspección Médica para que emitiera su informe. Dicho escrito fue enviado a la Inspección con una comunicación del siguiente día ocho.

**SEXTO.-** Unido al expediente figura un informe médico pericial de la empresa --, elaborado el 2 de diciembre de 2016 por la doctora S, médico especialista en cardiología. El párrafo final de su informe es el siguiente: *“A pesar de que el desenlace final fuera inesperado (incluso objetivado con la baja puntuación en las escalas de mortalidad), no se puede deducir que la actuación hacia la paciente presentara datos de anormalidad, ni deficiencia, ni desatención, sino más bien, todo lo contrario”*.

**SÉPTIMO.-** Con escrito de 21 de mayo de 2021 se remitió el informe de la Inspección Médica que concluye que la asistencia sanitaria prestada por los distintos facultativos que atendieron a la paciente fue en todo momento correcta y acorde con lo que establecen los protocolos y guías para la patología que presentaba.

**OCTAVO.-** La instructora del procedimiento dirigió un escrito de 24 de junio de 2021 a una abogada que venía actuando en nombre y representación de los reclamantes exigiendo que subsanará el defecto consistente en la falta de acreditación de la misma mediante la presentación del documento correspondiente.

**NOVENO.-** El 30 de julio de 2021 se ordenó la apertura del trámite de audiencia notificándolo electrónicamente a la compañía aseguradora y a la abogada de los reclamantes, a esta última el día 8 de septiembre de 2021. No consta la presentación de alegaciones.

**DÉCIMO.-** La instructora del procedimiento elevó propuesta de resolución el 2 de marzo de 2022 en el sentido de

desestimar la reclamación al no concurrir las causas legalmente exigibles para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

**UNDÉCIMO.-** En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando una copia del expediente y el extracto e índice reglamentarios.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

## **CONSIDERACIONES**

### **PRIMERA.- Carácter del Dictamen.**

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

### **SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.**

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

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

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, se observa que tuvo entrada en el registro el día 17 de junio de 2016, mientras que el hecho causante que la motiva acaeció el 21 de junio de 2015, por lo que no hay reparo que oponer.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos. No obstante, los reclamantes no llegaron a cuantificar su petición de indemnización requisito que demandaba una adecuada tramitación del mismo. Igualmente, considera este Consejo que ha de llamar la atención por la excesiva dilación en su tramitación, que tiene su origen en el retraso acumulado hasta la evacuación del informe de la Inspección Médica. Junto con ello debe llamarse la atención sobre la falta de acreditación de la representación con la que decía obrar la abogada, requerida por la instrucción para la subsanación del defecto y que, sin embargo, no fue atendida, sin que ello pueda suponer ahora obstáculo para la resolución definitiva del procedimiento a la vista de que, incluso después del requerimiento de subsanación, el propio órgano instructor se dirigió a ella y le notificó la apertura del trámite de audiencia.

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

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

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos

139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

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

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

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

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

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

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias



relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

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

**CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación.**

De la reclamación reseñada en el Antecedente Primero se desprende que se imputa a la Administración regional una indebida prestación de asistencia cuando la señora P acudió a sus servicios sanitarios para ser atendida de la dolencia que le sobrevino el día 19 de junio de 2014, diagnosticada de infarto agudo de miocardio y por la que se le practicó una coronariografía en el HUVA, ingresando en la UCI y tras lo cual fue trasladada a planta para observación, en donde falleció en la mañana del día 21 siguiente. Entienden los reclamantes que la presencia de un pico febril de 38,7º debió impedir el alta en la UCI por lo que este hecho es constitutivo de un mal funcionamiento de los servicios sanitarios que deben responder por el daño causado, daño que, reiteramos, no cuantificaron. Pero, en apoyo de sus afirmaciones no han presentado ningún informe pericial que las sustente, incumpliendo así el mandato contenido en el artículo 217 LEC respecto de la carga de la prueba .

Sin embargo, no es el caso de la Administración que ha traído al procedimiento diversos informes que vienen a confirmar la actuación acorde a la *lex artis* de los distintos servicios intervinientes. En el Antecedente Tercero ya ha quedado expuesto el contenido de los informes de los facultativos de los dos servicios afectados por la reclamación. Pero, es más, el informe de la empresa -- no deja lugar a dudas al afirmar la adecuación a la normopraxis de la atención dispensada a la fallecida. Así, en él se afirma que *"Del análisis realizado, se concluye que la praxis médica fue apropiada al caso en todo momento. Se siguieron las recomendaciones de las guías clínicas vigentes para cada situación, incluida la estancia en UCI, de duración incluso superior al mínimo recomendado. El cuadro febril no mostraba datos de gravedad y fue atendido conforme a las recomendaciones generales, que lo controlaron desde el inicio"*.

De otro lado, con la misma contundencia se manifiesta la Inspección Médica que dice: *"1. Dª. P, el día 19 de junio de 2014, fue atendida en su domicilio por el Servicio de Urgencias 061. Clínicamente presentaba una crisis hipertensiva por lo que debidamente se administró tratamiento antihipertensivo y fue trasladada al Servicio de Urgencias del H UVA.*

*2- En HUVA a la vista del resultado del ECG y analítica se diagnosticó de SCACEST. A pesar del tratamiento que se administró persistía la sintomatología indicándose correctamente realizar una coronariografía urgente.*

*3- En la coronariografía se visualizó que las arterias coronarias obstruidas eran de un diámetro de 1 mm, este pequeño calibre no permitía la revascularización mediante angioplastia. Se descartó el intervencionismo y se decidió tratamiento conservador. Esta actuación se adecúa a los estudios publicados en la literatura.*

*4- Durante su estancia en UCI permaneció asintomática y estable hemodinámicamente lo que permitió el alta y su ingreso en planta de Cardiología. Presentó un pico febril aislado, con buena respuesta a antitérmicos y sin foco infeccioso según el resultado de los cultivos realizados. Ante esta situación clínica no estaba indicada otra actuación por parte de los facultativos.*

5- La noche del día 20 de junio la paciente se encontraba estable y asintomática; a las 5h30 de día 21 la TA era normal, no tenía fiebre y pudo conversar con su acompañante antes de quedarse dormida. Una hora más tarde no respondía confirmándose la asistolia mediante ECG y su fallecimiento.

6- Del estudio del proceso asistencial de D<sup>a</sup> P se concluye que la asistencia sanitaria prestada por los distintos facultativos que la atendieron fue en todo momento correcta y acorde con lo establecido en los protocolos y guías para la patología que presentaba”.

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

### **CONCLUSIÓN**

**ÚNICA.-** Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución en cuanto es desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos legalmente exigibles para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria.

No obstante, V.E. resolverá.

