



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 20/2023

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 27 de enero de 2023, 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 Instituto Murciano de Acción Social (por delegación de la Excm. Consejera de Mujer, Igualdad, LGTBI, Familias, Política Social y Transparencia), mediante oficio registrado el día 28 de junio de 2022 (COMINTER 189631/2022), sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, en representación de D. Y y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_214), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO. – Con fecha 28 de agosto de 2020, tiene entrada en el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por un abogado, en nombre y representación (tras la subsanación) de D. Z, D. Y, D.^a P, D. Q y D. R (en adelante, los reclamantes), por los perjuicios causados por el fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, D.^a S, fallecida el 2 de septiembre de 2019, debido, según los reclamantes, al paupérrimo manejo médico de esta paciente -diabética e insulino dependiente- sin haberla sometido a tratamiento hipoglucemiante, ni con insulina ni con antidiabéticos orales durante su ingreso, tanto en el Hospital VIAMED San José como en la residencia Ceutí San Pablo.

Aporta junto con su solicitud, documentación relativa a la declaración de dependencia de la fallecida y diversos informes médicos del Hospital VIAMED San José (HVSJ), del Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Arrixaca” (HUVA) y del Hospital Universitario “Morales Meseguer” (HMM).

Los reclamantes cuantifican su reclamación, solicitando una indemnización de 200.000 euros por el daño moral causado, sin especificar los criterios utilizados para la obtención de dicha cantidad.

SEGUNDO. – Con fecha 10 de septiembre de 2020, el IMAS da traslado al Servicio Murciano de Salud (SMS) de la citada reclamación, por entender que ésta se dirige frente al mismo.

TERCERO. – Con fecha 1 de octubre de 2020, se da traslado de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la compañía aseguradora ZURICH INSURANCE PLC.

CUARTO. – Por Orden de la Directora Gerente del IMAS (por delegación de la Consejera de Mujer, Igualdad, Lgtbi, Familias y Política Social) de 2 de octubre de 2020 se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial y se nombró instructora del procedimiento.

QUINTO. – Por la instrucción del procedimiento se realizan los siguientes trámites:

1. Con fecha 2 de octubre de 2020, se solicita informe de la Dirección General de Personas Mayores del IMAS.

2. Con fecha 5 de octubre de 2020, se solicita de los reclamantes la subsanación de la solicitud, aportando la documentación que acredite ser herederos de la fallecida y, por tanto, estar legitimados activamente para poder reclamar.

3. Con fecha 5 de octubre de 2020, se emplaza en el procedimiento a la Residencia “San Pablo” de Ceutí (en adelante, la residencia).

No consta petición de informe a la Inspección Médica.

SEXTO. – Con fecha 19 de octubre de 2020, los reclamantes presentan “Acta de Notoriedad de Declaración de Herederos Abintestato”, acreditativa de la legitimación activa de éstos.

SÉPTIMO. – Con fecha 28 de octubre de 2020, la compañía aseguradora se persona en el procedimiento. Con esa misma fecha, también se persona en el procedimiento “STS GESTIÓ DE SERVEIS SOCIO-SANITARIS, S.L.”, propietaria de la residencia, aportando informe en el que se indica:

“Dña. S ingresa en la residencia el 22-08-2019 en torno a las 16:30 con plaza pública para personas mayores concedida por el IMAS mediante resolución firmada con efectos del 14-08-2019. El día de su ingreso viene trasladada en ambulancia desde el Hospital San José de Alcantarilla (Murcia) en el que se encontraba ingresada aproximadamente dos años a la espera de que el IMAS le concediera una plaza concertada en residencia por la imposibilidad de regresar a su domicilio ya que sus patologías y estado general de autonomía requiere de atenciones profesionales que no es posible prestar en el domicilio por su entorno familiar y social de apoyo. La situación basal de la residente en el momento de su ingreso es encamada y cognitivamente también se encuentra en un estado de deterioro importante no siendo capaz de expresarse verbalmente ni comunicarse de otra manera. La residente llega sola a la residencia en la ambulancia el día del ingreso, a pesar de haberse programado en los días previos con sus familiares de referencia, y aproximadamente una hora más tarde se personan su hijo Y Antonio y su nuera T en el centro con la documentación e informes necesarios al ingreso.

Desde el primer día de su estancia en la residencia, muestra dificultades en la ingesta de alimentos, vómitos y diarrea. Desde Enfermería, Nutrición y Medicina se interviene modificando la textura y tipo de dieta además de administrar tratamientos que consiguen que cesen los vómitos y diarreas. Sin embargo, mantiene la dificultad para comer tal y como plasma la nutricionista en seguimiento del 27-08-2020: “Buena ingesta en desayuno, aunque con mucha dificultad. Negación a comer en comida, escupe todo y refiere que no le gusta”.

El 28-08-2020 sus hermanas acuden al centro para visitarla por primera vez desde su ingreso y requieren a Enfermería para que se valore el estado de la residente al notarla muy adormecida. Se detecta un posible error en el tratamiento puesto que se le ha pautado Deprax crónico en lugar de si precisa, lo cual explicaría que se encuentre un poco adormecida. Este mismo día sin embargo el médico en turno la valora a la residente a las 16:30 nada más llegar al centro porque mantiene dificultad respiratoria a pesar de administración de O2 con reservorio y suero fisiológico. El médico toma glucemia a la residente y el valor es muy alto por lo que se avisa a 112 y es derivada al Hospital Virgen de la Arrixaca para valoración ante sospecha clínica de insuficiencia respiratoria de probable etiología aspirativa y descompensación glucémica”.

Aporta también la siguiente documentación:

-Resolución por la que se aprueba el programa individual de atención correspondiente.

-Informe de alta del HVSJ.

-Receta electrónica al ingreso.

-Pauta de fisioterapia. -Plan de cuidados.

-Plan farmacológico.

-Registros auxiliares.

-Control de constantes.

-Curso clínico (sanitario).

OCTAVO. – La Dirección General de Personas Mayores informa:

"1-Que a Doña S tras su Resolución de grado de 17/07/2018 se le reconoce el derecho de atención residencial el 14/08/2019 como modalidad más adecuada entre los Servicios y prestaciones económicas previstas en la normativa de aplicación para su grado de dependencia..."

2-Que el ingreso se efectuó el 22/08/2019 en la Residencia de Personas Mayores San Pablo de Ceutí, con la que este Instituto tiene suscrito un Acuerdo de Concierto Social para la Reserva y Ocupación de Plazas de Servicios Especializados en Atención Residencial para la reserva y ocupación de plazas con la finalidad de satisfacer las necesidades de Atención Residencial de las personas mayores de conformidad con la normativa vigente en el que se recogen los derechos y obligaciones de la Entidad concertada y en especial, las condiciones de prestación objeto de concierto social..."

3- Que la Entidad se encuentra debidamente autorizada e inscrita en el Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales de la Región de Murcia, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 3/2015 de 23 de enero por el que se regula la autorización, acreditación, el registro y la Inspección de Entidades Centros y servicios sociales de la CARM para la actividad de Residencia para Personas Mayores, por ello está declarada apta para suscribir conciertos sociales, por lo que tiene constatada su capacidad material, técnica y humana adecuada para llevar a cabo actuaciones en materia de Servicios sociales con el grado de calidad exigible..."

NOVENO. – Con fecha 26 de enero de 2021, se procede a la apertura del trámite de audiencia para todos los interesados en el procedimiento.

DÉCIMO. – Con fecha 5 de febrero, la compañía aseguradora presenta escrito de alegaciones en el que, basándose en el informe pericial que aporta, suscrito por el Dr. D. V, Jefe Emérito del Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas del Hospital del Mar de Barcelona, Profesor Titular de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona (retirado), Catedrático Acreditado de Medicina e Investigador del Centro de Investigación Biomédica En Red en Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES), indica:

"...la Sra. S padecía lo que se denomina síndrome de fragilidad, que comporta un riesgo muy aumentado de mortalidad, siendo la paciente un ejemplo típico de este problema ya que "Aparte de su edad, y más importante que la misma, padecía una serie de enfermedades crónicas debilitantes, a destacar entre ellas la hipertensión, la enfermedad vascular generalizada, enfermedad vascular cerebral y demencia vascular". Atendiendo a las comorbilidades (sic) que presentaba, su índice de supervivencia a los 10 años era del 0 %..."

...la Sra. S presentaba los tres componentes del síndrome, "lo que añade precariedad a su estado y explica que ante cualquier acontecimiento de salud (enfermedad, intervención quirúrgica, etc.) su pronóstico sea especialmente negativo". Ante la aparición de un episodio de insuficiencia respiratoria por aspiración, se desencadenó la descompensación y se produjeron las complicaciones que llevaron al fallecimiento..."

En cuanto a la pretensión de los reclamantes de que el no administrar insulina fue el desencadenante del episodio que acabó con la muerte de la paciente, el perito es contundente al negarlo:

-Es posible que hubiera recibido insulina en el pasado (desde luego más de dos años antes de los hechos que ahora se examinan), pero ello no implica dependencia de la insulina.

-Demuestra que la paciente no necesitaba tratamiento con insulina el hecho de que durante los casi dos años que permaneció ingresada en el Hospital VIAMED no se le administrase. "Es absolutamente inverosímil que una paciente que en tan largo período no recibiese tratamiento, ni con insulina ni con hipoglucemiantes orales, hubiese sobrevivido sin caer en complicaciones agudas por descompensación de la diabetes, potencialmente letales. Por tanto, es irrefutable que se trataba de una diabetes bien controlada espontáneamente con medidas dietéticas no farmacológicas".

-Una vez ingresada en la Residencia Ceutí San Pablo se realizaron controles diarios de glucemia, "con valores totalmente tolerables en una paciente con diabetes tipo 2, que no representaron riesgo de descompensación metabólica. De hecho, esta no se presentó hasta que la paciente padeció un episodio de Broncoaspiración de

alimentos, acontecimiento de extrema gravedad que, en esta ocasión sí desencadenó una reacción aguda que se acompañó de una elevación muy importante de la glucemia como ocurre invariablemente en estos pacientes".

-Ante la descompensación se actuó de forma inmediata, y con solo dos administraciones de insulina se compensó el cuadro, lo que "nuevamente constata la poca repercusión metabólica de la diabetes de la paciente ya que en menos de 12 horas se consigue controlar la descompensación con un tratamiento muy poco intenso".

En cuanto a la causa del fallecimiento, señala el perito que "es muy clara y se deriva de la situación neurológica de la paciente", que facilitó que se produjera una aspiración de alimentos a las vías respiratorias, lo que es "una complicación irreversible y a pesar de las medidas conservadoras para mejorar la deglución no se consigue su control. El síndrome del declive, ya comentado, contribuye a los trastornos deglutorios por desacondicionamiento y por debilitamiento muscular que afecta a la zona orofaríngea". El tratamiento de la complicación es precisamente el que se aplicó, y consiste en aportes de oxígeno, antibióticos y medidas de apoyo, pero en la situación de la paciente su fallecimiento era inevitable.

En definitiva, el Dr. V alcanza las siguientes conclusiones:

"1. La paciente D^a S padecía una serie de procesos crónicos graves muy evolucionados que condicionaban un síndrome de fragilidad.

2. De entre estos procesos, una demencia vascular avanzada era, junto a la fragilidad y la dependencia, constitutiva de un síndrome del declive, proceso terminal irreversible.

3. Entre su pluripatología constaba el diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2.

4. Esta diabetes era de poco impacto metabólico y sin requerimientos farmacológicos (insulina o hipoglucemiantes) ya que durante muchos meses se mantuvo: sin descompensaciones a pesar de no ser tratada con ninguno de estos medicamentos.

5. Como consecuencia de la demencia y la fragilidad padecía un trastorno deglutorio, o disfagia, establecido y de carácter irreversible.

6. Este trastorno deglutorio le originó una aspiración de alimentos con invasión de las vías respiratorias con insuficiencia respiratoria aguda.

7. Como consecuencia del episodio se produjo una descompensación secundaria de su diabetes mellitus.

8. Esta descompensación se estabilizó en el curso de unas horas con un tratamiento de intensidad limitada, a base de sueroterapia y dosis discretas de insulina.

9. Como consecuencia de la aspiración se produjo una neumonía que no respondió a los tratamientos que están indicados en estos procesos y que le fueron aplicados.

10. Ante la situación irreversible de su enfermedad neurológica y el agravamiento inducido por la neumonía se optó por no aplicar medidas agresivas.

11. El fallecimiento de la paciente se produjo por la neumonía por aspiración como causa inmediata, originada a su vez por el deterioro neurológico y fragilidad extrema que había alcanzado.

12. La descompensación de su diabetes fue resuelta fácilmente y no tuvo ninguna repercusión ni en el desencadenamiento, ni en el curso ni en el desenlace del cuadro".

Y finaliza su Informe Pericial señalando que "Como conclusión general podemos afirmar que la asistencia prestada se ajustó a una práctica totalmente adecuada sin que existiese acción u omisión, diagnóstica o terapéutica, que hubiese podido alterar el curso oneroso de esta paciente".

No solo no se acredita la relación causal entre la asistencia prestada y el fallecimiento de la Sra. S, lo que bastaría para desestimar la reclamación presentada, sino que queda plenamente acreditado que la asistencia prestada fue

completamente correcta, sin tener relación alguna con la muerte de la paciente, debida exclusivamente a sus propias y gravísimas patologías”.

En cuanto a la valoración del daño, y de acuerdo al baremo incluido en la Ley 35/2015, considera que el marido de la fallecida no tendría la condición de perjudicado, puesto que la relación entre la fallecida y su marido *“es distante y en ocasiones disfuncional. En los dos años que ha estado ingresada en el Hospital San José de Alcantarilla no ha querido ir a verla ni demuestra interés por ella ni por su estado”.*

Por lo que respecta a los hijos, le correspondería a cada uno la cantidad de 20.696,73 euros.

Por último, considera que, en el negado supuesto de que se estimase que ha existido algún tipo de actuar contrario a la *lex artis*, lo único que cabría valorar es una pérdida de oportunidad, ya que aunque en el fallecimiento incidiese la no administración de insulina, las comorbilidades de la paciente habrían tenido igualmente una trascendencia fundamental en el resultado final, por lo que estaríamos en todo caso ante una pérdida de oportunidad que, atendida la edad del paciente y sus muy graves patologías previas, la pérdida de oportunidad fue inexistente, o subsidiariamente y con meros efectos discursivos, muy baja, por lo que deberá moderarse la indemnización por fallecimiento atendidas dichas circunstancias.

UNDÉCIMO. – Con fecha 23 de febrero de 2021, los reclamantes presentan escrito de alegaciones en el que, simplemente, se ratifican en su escrito de reclamación inicial.

DUODÉCIMO. – La propuesta de resolución, de 26 de marzo de 2021, desestima la reclamación formulada, al no concurrir relación de causalidad directa entre el funcionamiento de la Administración, en general y del centro residencial, en particular, y el fallecimiento de Doña S, y no revistiendo dicho daño carácter antijurídico.

DECIMOTERCERO. – Con fecha 8 de abril de 2021 se recabó el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo, que es emitido con fecha 7 de julio de 2021 (nº 133/2021) en el sentido de requerir que se complete el expediente administrativo con la Historia Clínica de la paciente, tanto del HUVA como del HMM, con informe de los profesionales implicados; la Historia Clínica de la paciente con el informe de los profesionales implicados del HVSJ; y la solicitud de informe de la Inspección Médica.

DECIMOCUARTO. – Del HUVA es remitida la historia clínica y el informe del Dr. D. W, Facultativo Especialista del Servicio de Urgencias, que indica:

“la paciente acude remitida de la residencia San Pablo en ambulancia, informando de deterioro del estado general. Aporta hoja con medicación aplicada en el centro, así como de medicación crónica. En la analítica se evidencia niveles de glucemia elevados por lo que se comienza con tratamiento hipoglucemiante y a su vez se evidencia una infección respiratoria posiblemente secundaria a broncoaspiración. En este servicio de urgencias presenta mejoría clínica por lo que tras hablar con la familia se decide traslado a su hospital de referencia”.

Del HMM es remitida historia clínica e informe éxitus de la paciente de la Dra. D.^a B, Facultativa Especialista del Servicio de Medicina Interna, en el que se indica:

“Esta paciente fue trasladada a medicina interna, desde el Servicio de Traumatología, por fractura ósea.

Declaro, que por parte del Servicio de Medicina Interna, la paciente recibió en todo momento la atención que precisaba, informando diariamente a los familiares de la evolución, y ajustando tratamiento según acontecía la evolución de la patología de la paciente.

En un determinado momento que la paciente evolucionó desfavorablemente, ésta expresó su deseo de no ingresar en la unidad de cuidados intensivos, además de no desear ventilación mecánica no invasiva. Ambos deseos fueron respetados por su familia y por parte de los facultativos de Medicina Interna.

Me remito a informe de éxitus, donde se explica la irreversibilidad de los síntomas, optando en su momento (de acuerdo con la familia y paciente) a control sintomático...”

En el citado informe de éxitus se indica:

“(…)

EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS: se comenta con la familia que dada la disfagia por la evolución de la enfermedad la paciente no es candidata a medidas agresivas, y debe primar tratamiento sintomático, dada la irreversibilidad del cuadro primario. Buen control, sintomático. El 2/9/19 se produce éxitus letalis.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Éxitus letalis.

Neumonía broncoaspirativa.

Insuficiencia cardíaca izquierda descompensada.

Insuficiencia respiratoria hipoxémica secundaria.

Descompensación glucémica (hiperglucemia) en paciente con proceso infeccioso intercurrente.

Hipertiroidismo subclínico.

Hipernatremia por deshidratación...”

DECIMOQUINTO. – Con fecha 6 de mayo de 2022, el HVSJ remite la historia clínica de la paciente, e informe del Dr. D. C, que indica:

“La Paciente Dña. S, fue ingresada en nuestro centro el día 02-01-2018, en la Unidad de Cuidados Medios, y dada de alta con fecha del 22-08-2019, para traslado a un centro socio-sanitario. Diagnóstico principal: ITU por klebsiella pneumoniae BLEE, encefalopatía vascular.

Diagnósticos secundarios, Antecedentes:

HTA

DM tipo 2 insulinizada asociando metadiabetes (retinopatía, neuropatía)

DLP (de más de 5 años)

ACV (infarto isquémico caudado derecho en 2008)

Cólico nefrítico expulsivos previos

Portadora de catéter doble J

Fractura de fémur intervenida 16-04-2016 (fijación con clavo trocantérico)

Ingresos previos:

-Hospital Quirón San Carlos 2017, donde permaneció 4 meses (desde entonces encamada) siendo la situación basal de la paciente cama/sillón y dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria.

-Hospital Virgen de Arrixaca en noviembre del 2017, por infección urinaria, durante su ingreso fue valorada por neurología que diagnostica demencia vascular degenerativa.

-Hospital Viamed San José en enero del 2018 (nuestro centro)

Durante su ingreso, se realiza Ecografía de abdomen que presenta colelitiasis, y control TAC craneal para descartar lesiones agudas, que evidencian las lesiones crónicas cerebrales

Teniendo en cuenta su anterior diagnóstico de trastorno cognitivo evolucionado, valorada por neurología como demencia vascular degenerativa, y disfagia a líquidos, que se controla con espesantes.

Se le asignó en nuestro centro la dieta (9)- (triturada para diabéticos sin sal)

Dada la situación de la paciente que fluctúa y presenta dificultades, para su alimentación, e hidratación. Se optó por establecer pautas de control de glucemias cada 8 horas, así como insulino terapia con rescate 2.

En su informe de alta, se recomienda la revisión por su médica de familia que realizará las variaciones que estime oportunas en el tratamiento”.

DECIMOSEXTO. – Con fecha 10 de mayo de 2022, se procede a la apertura del trámite de audiencia para los interesados, habiendo presentado alegaciones:

1º. La compañía aseguradora Zúrich Insurance PLC, que concluye que según los informes reproducidos, y acreditan las diferentes Historias Clínicas aportadas, ninguna relación existe entre los tratamientos – o la pretendida falta de estos – administrados y el fallecimiento de la Sra. S, imputable de forma exclusiva a sus propias patologías previas, siendo la causa del fallecimiento la situación neurológica de la paciente que facilitó que se produjera una aspiración de alimentos a las vías respiratorias, lo que es *“una complicación irreversible y a pesar de las medidas conservadoras para mejorar la deglución no se consigue su control. El síndrome del declive, ya comentado, contribuye a los trastornos deglutorios por desacondicionamiento y por debilitamiento muscular que afecta a la zona orofaríngea”*. El tratamiento de la complicación es precisamente el que se aplicó, y consiste en aportes de oxígeno, antibióticos y medidas de apoyo, pero en la situación de la paciente su fallecimiento era inevitable, por lo que concluye que no solo no se acredita la relación causal entre la asistencia prestada y el fallecimiento de la Sra. S, lo que bastaría para desestimar la reclamación presentada, sino que queda plenamente acreditado que la asistencia prestada fue completamente correcta, sin tener relación alguna con la muerte de la paciente, debida exclusivamente a sus propias y gravísimas patologías.

2º. Los reclamantes reiteran que entre los antecedentes médicos de la paciente constan expresamente recogidos en la historia clínica “diabetes mellitus insulino dependiente”, sin embargo, la paciente no fue tratada de dicho cuadro, situación que era perfectamente conocida tanto por el HVSJ como por la residencia.

DECIMOSÉPTIMO. – Con fecha 24 de junio de 2022, se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación formulada, al no concurrir relación de causalidad directa entre el funcionamiento de la Administración, en general y del centro residencial, en particular, y el fallecimiento de Doña S, y no revistiendo dicho daño carácter antijurídico, puesto que *“la causa del fallecimiento no fue, como indican los reclamantes, la “falta de tratamiento hipoglucemiante, ni con insulina, ni con antidiabéticos orales durante su ingreso tanto en el Hospital VIAMED San José como en la Residencia San Pablo de Ceutí”. Por el contrario, la descompensación hiperglucémica, que fue debidamente controlada, es secundaria a la neumonía sufrida por Doña S, con demencia vascular avanzada, trastorno deglutorio o disfagia de carácter irreversible”*.

DECIMOCTAVO. – Con fecha 28 de junio de 2022 se recabó el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

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 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

SEGUNDA. - Legitimación, plazo y procedimiento

I. Los reclamantes ostentan legitimación activa para reclamar una indemnización, de conformidad con lo previsto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), por el daño moral producido por el fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente.

En cuanto a la legitimación pasiva, la fallecida (esposa y madre de los reclamantes) ocupaba una plaza residencial en la Residencia para Personas Mayores “San Pablo”, de Ceutí, con la que el IMAS había firmado un acuerdo de concierto social para la “Reserva y Ocupación de plazas de Servicios Especializados en Atención Residencial” destinadas a personas mayores, por lo que dicha legitimación correspondería a la Administración asistencial (IMAS), al ser la titular del servicio público que se prestó en la residencia, sin que la intervención de esta última institución, centro concertado, altere para nada dicha legitimación.

II. Según determina el artículo 67.1 LPACAP, 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 caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En el caso que nos ocupa, dado que el luctuoso hecho origen de la reclamación tuvo lugar el día 2 de septiembre de 2019, debe considerarse temporánea.

III. En lo que al procedimiento seguido se refiere, cabe afirmar, en términos generales, que se han respetado las prescripciones legales y reglamentarias aplicables al mismo, salvo el plazo para resolver, que excede, en mucho, el de seis meses previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

Tampoco consta que se haya solicitado ni emitido informe por la Inspección Médica, tal y como se requirió en el Dictamen previo, si bien, constan suficientes elementos de juicio en el expediente para que este Consejo puede resolver sobre el fondo del asunto.

TERCERO. - Sobre el fondo del asunto. Inexistencia de daño antijurídico.

El artículo 106.2 de la Constitución Española (CE) reconoce el derecho de los particulares a ser indemnizados por cualquier lesión que sufran en sus bienes y derechos cuando dicha lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos. En similares términos se expresa el artículo 32 y siguientes de la LRJSP, que configura una responsabilidad patrimonial de naturaleza objetiva, de modo que cualquier consecuencia dañosa derivada del funcionamiento de los servicios públicos debe ser en principio indemnizada.

No obstante, el Tribunal Supremo viene declarando de forma constante (por todas, en su Sentencia de 5 de junio de 1998) que no es acorde con el citado principio de responsabilidad patrimonial objetiva su generalización más allá del principio de causalidad, de manera que para que exista tal responsabilidad es imprescindible la existencia de nexo causal entre la actuación de la Administración y el resultado lesivo o dañoso sufrido, sin que la responsabilidad objetiva de la Administración pueda extenderse a cubrir cualquier evento. Ello, en definitiva, supone que la prestación por la Administración de un determinado servicio público no implica que aquélla se convierta en aseguradora universal de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse, con independencia del actuar administrativo, ya que, de lo contrario, el actual sistema de responsabilidad objetiva se transformaría en un sistema pr ovidencialista no contemplado en nuestro ordenamiento.

En suma, de acuerdo con lo establecido por los artículos 32 y ss. LRJSP son requisitos para que se reconozca la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración los siguientes:

- a) Que exista un daño real y efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño tenga su causa en el funcionamiento de los servicios públicos.

c) Que el perjudicado no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Con ocasión de anteriores Dictámenes, el Consejo Jurídico ha destacado que el instituto de la responsabilidad patrimonial no puede desnaturalizarse de manera que se convierta en un seguro a todo riesgo, haciendo de la Administración un centro de imputación de cualquier lesión, que conduciría a la larga a la paralización de la vida, administrativa o no, ya que la simple coexistencia en el tiempo y en el espacio de acciones no ligadas causalmente, constituirían al titular de tales acciones en asegurador universal de cualquier contingencia; en tal sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª, de 4 de mayo de 1998 (Dictámenes números 76/1999 y 84/2002). De manera coincidente se pronuncia la Sentencia de la misma Sala y Sección del Tribunal Supremo, de 5 de julio de 1998.

Cabe añadir que mantener sin más que cualquier daño producido en los locales públicos en general, o en centros privados concertados, puede desplegar los efectos indemnizatorios de la responsabilidad patrimonial, constituiría una interpretación desmesurada de este instituto jurídico.

A este respecto, el Consejo de Estado ha afirmado, entre otros en su Dictamen núm. 267/2009, que el hecho de que una persona se encuentre bajo la tutela de una institución sanitaria pública no implica *per se* que ésta haya de asumir en todo caso las consecuencias lesivas que se produzcan, exigiéndose un vínculo entre el hecho dañoso y la acción u omisión de los servicios públicos (dictámenes 2.604/2000, de 26 de octubre y 665/2001, de 26 de abril).

En materia de responsabilidad patrimonial ha de partirse de la regla base de que corresponde a los reclamantes probar la realidad de los hechos que alegan, la certeza de las lesiones que aducen y la relación de causalidad entre el evento lesivo y el actuar de la Administración (art. 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil) y a la Administración la de los hechos que la desvirtúen (art. 217.3 de la referida LEC), sin perjuicio del deber de colaboración para el esclarecimiento de los hechos que pesa sobre la Administración.

En el supuesto sometido a consulta, se desprende del expediente que los reclamantes sufrieron un daño por el fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, la cual se encontraba ingresada en la residencia privada "San Pablo", de Ceutí, con la que el IMAS tenía suscrito un concierto social para la reserva y ocupación de plazas para personas mayores.

Ahora bien, esta circunstancia no conlleva por sí misma la atribución de responsabilidad a la Administración titular del servicio, sino que han de concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad, es decir, daño, relación causal y antijuridicidad.

La existencia de un daño ha quedado acreditada en el expediente, toda vez que consta el fallecimiento de la paciente.

Considera el Consejo Jurídico que, sin embargo, no concurre en el presente supuesto el necesario nexo causal entre el indicado daño y la actuación administrativa, en la medida en que la prestación del servicio asistencial se ajustó a los estándares exigibles.

En palabras del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sevilla, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 3ª, en su sentencia de 17 de febrero de 2000, *"En suma lo que importa es, de un lado, que la Administración se halle en el ejercicio de una competencia propia de un servicio público que preste, que el daño se produzca con ocasión del funcionamiento de tal servicio, que el perjudicado no tenga el deber jurídico de soportar el daño (...), y que una actuación de dicha Administración dirigida a evitar un daño previsible, aún imputable a terceros ajenos al servicio, hubiese impedido, o al menos -hubiera hecho más difícil, la producción del daño que, finalmente sucedió. Los medios que en este sentido está obligada a proveer la Administración para evitar o hacer más difícil el perjuicio no son siempre los mismos, sino que habrá que estar a los parámetros de normalidad que exigen la conciencia social de cada momento, al grado de desarrollo y medios de que dispongan los servicios públicos o, dicho al modo de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, a los estándares de funcionamiento del servicio, variables en cada lugar y en el tiempo"*.

De conformidad con el informe remitido por HVSJ, la paciente era diabética tipo 2 insulinizada, pero como se

expone más adelante, se le asignó dieta para diabéticos, pero la insulina sólo se administraba para rescate. Y ello es así porque en la documentación que aporta dicho hospital y, en concreto, en el “diario de medicación” podemos comprobar que no aparece la insulina como tratamiento de la paciente, y que en las gráficas de control solo aparecen realizados controles de glucemias los días del 2 al 8 de julio de 2019.

Igualmente, en el informe de alta de dicho hospital para su traslado a la residencia, si bien se advierte que la paciente padecía diabetes mellitus tipo 2, en cuanto a la medicación que se administra de nuevo no aparece la insulina, como tampoco consta en la “hoja de tratamientos crónicos” de la paciente emitida por el SMS aportada por la residencia.

En esta documentación aportada por la residencia, podemos ver en el “Plan de Cuidados” que se hace constar que la residente padece diabetes tipo 2, pero en el plan farmacológico tampoco aparece la insulina.

No obstante, en el “Registro de Constantes Vitales” sí podemos comprobar que se realiza el control de glucosa diario desde el segundo día de su ingreso en la residencia hasta el día de su hospitalización, en el que, precisamente, ante el estado de deterioro de la residente y al realizarle el médico de la residencia el control de glucemia, se comprueba que éste era muy elevado, por lo que se administra insulina rápida, se llama al 112 y se traslada al hospital.

Por tanto, es evidente que tanto el HVSJ como la residencia conocían que la paciente padecía diabetes mellitus tipo 2, pero la administración de la insulina no se realizaba de forma periódica sino sólo de rescate, puesto que los niveles de glucosa se contralaban, en el caso de la residencia, a diario.

En cuanto a que la hiperglucemia padecida por la paciente fuese la causa de su muerte como afirman los reclamantes, y a falta de prueba en contrario, tenemos que acudir al informe médico pericial aportado por la compañía aseguradora, en el que se expone que se trata de una paciente pluripatológica, con una demencia vascular avanzada, que fallece por una neumonía por broncoaspiración que origina una descompensación hiperglucémica.

Ante la alegación de que la paciente había sido tratada en el pasado con insulina, advierte que este hecho no es infrecuente en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que, con motivo de padecer una complicación infecciosa, intervención quirúrgica, etc., experimentan un aumento de las cifras de glucosa que precisan de la administración de insulina, pero, una vez resuelto el episodio, se puede suspender el tratamiento, lo que no implica dependencia de la insulina y queda además demostrado de manera concluyente por el hecho de que durante su ingreso en HVSJ durante cerca de dos años no se le administró tratamiento antidiabético, resultando inverosímil que de haber necesitado medicación antidiabetes hubiese sobrevivido ese tiempo sin caer en complicaciones agudas por descompensación potencialmente letales. Incluso durante su estancia en la residencia se le realizaron controles diarios de glucemia con valores totalmente tolerables en una paciente con diabetes tipo 2 que no presentaron riesgo de descompensación metabólica. Esta descompensación solo se produce cuando la paciente padece un episodio de broncoaspiración de alimentos que desencadenó una reacción aguda que se acompañó de una elevación muy importante de la glucemia, como ocurre invariablemente en estos pacientes.

Una vez detectada la hiperglucemia se trató inmediatamente con insulina y reposición de líquidos, que es el tratamiento indicado, compensándose el cuadro, y que en ningún momento se clasificó como coma diabético, controlándose la descompensación en menos de 12 horas con un tratamiento muy poco intenso.

La causa del fallecimiento no se puede relacionar con la diabetes, sino con la situación neurológica de la paciente, sigue diciendo el informe, ya que es frecuente que éstos puedan presentar una aspiración de alimentos a las vías respiratorias, como ocurrió en este caso, provocándole una neumonía por aspiración que implica una mortalidad asociada en la fase aguda del 20%, y que no respondió a los tratamientos que están indicados en estos procesos.

Por ello, concluye que la asistencia prestada se ajustó a una práctica totalmente adecuada sin que existiese acción u omisión, diagnóstica o terapéutica, que hubiese podido alterar el curso oneroso de esta paciente.

Por todo lo expuesto concluimos, como hace la propuesta de resolución, que no concurre relación de causalidad directa entre el funcionamiento de la Administración, en general y del centro residencial, en particular, y el fallecimiento de Doña S, por lo que la reclamación debe ser desestimada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA. - Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada sometida a consulta, en el sentido de no concurrir relación de causalidad entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público residencial.

No obstante, V.E. resolverá.

