



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 125/2023

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 12 de mayo 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 Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 28 de noviembre de 2022 (COMINTER 326724) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 29 de noviembre de 2022, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X y otra, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_357), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 4 de septiembre de 2021 D. X, actuando en nombre y representación de su hija menor de edad Y, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que en el mes de agosto de 2020 la madre de su hija, D.^a Z, acudió a su Centro de Salud de La Torrecilla, en Lorca, aquejada de dolor en un lado del estómago.

También explica que su médico de cabecera le dijo que posiblemente se trataba de una piedra en el riñón. Por ese motivo, le prescribió medicación para calmar el dolor y solicitó que se le hiciese una ecografía.

Añade que, en los días sucesivos, las molestias no remitieron, sino que unas veces eran más fuertes y que otras se suavizaban. Por esa razón, la paciente tuvo que acudir a una nueva cita con su médico de cabecera el día 14, se entiende que del mencionado mes de agosto de 2020.

El interesado destaca que la facultativa le dijo lo mismo, es decir, que tenía que esperar a que la llamasen para realizarle la ecografía y que debía continuar con los calmantes.

También resalta que el día 15 tuvo que acudir al Servicio de Urgencias del Hospital *Rafael Méndez* (HRM) de Lorca porque se retorció de dolor. Relata que allí le hicieron una radiografía y que le dijeron que tenía la vesícula inflamada y piedras, por lo que se tenía que quedar ingresada para reducirle la inflamación. Destaca que en aquel momento tenían que hacerle una PCR y esperar los resultados antes de subirla a planta.

El reclamante sostiene que no fue hasta las 8 de la tarde del día 16 cuando la subieron a la planta, y que allí siguió con medicación y mucho dolor.

También explica que le comentaron que, en 3 días, cuando bajase la inflamación, le darían el alta y que la pondrían en lista de espera para extraerle las piedras.

A continuación, expone que el día 17, lunes, los análisis mostraban cierta mejoría, y que ella tenía menos dolores

porque le habían puesto unos calmantes muy fuertes, posiblemente morfina. Asimismo, manifiesta que el día 18, por la mañana, el cirujano que la operó le prescribió una resonancia, y que, tras realizársela, le dijeron que tenía una obstrucción en el estómago, que le iban a hacer una operación que era sencilla y que en unas 2 horas la subirían de nuevo a planta.

Antes de que pasaran 2 horas, la paciente llamó a su hermana para que acudiese al quirófano y que el cirujano le dijo: *“no sabemos ni cómo ni por qué, pero tu hermana tiene necrosis en el intestino delgado y eso es incompatible con la vida”*. También le dijeron que iban a intentar operarla porque era joven. La intervinieron durante 4 o 5 horas y, tras la operación, el cirujano le dijo a su hermana que, pese a que era una intervención muy complicada, que había requerido que tuviese que contactar con compañeros de Madrid porque no habían visto nada igual, la había superado, pero que no le garantizaba que sobreviviese esa noche.

El médico de la UCI también les advirtió que la paciente no superaría la noche. No obstante, eso no sucedió y el médico los llamaba cada 24 horas para informarles del estado de la enferma.

También resalta que el 3 de septiembre la trasladaron al Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) con el pretexto de que necesitaban la cama para los enfermos de COVID-19, cuando lo cierto, según ha sabido, es que la trasladaron a petición insistente del médico que la operó, que era consciente de que el HRM no disponía de medios materiales ni humanos suficientes.

El reclamante expone que D.^a Z falleció el 6 de septiembre de 2020.

Por esta razón, sostiene el interesado que se incurrió en un tremendo retraso en el diagnóstico de la enfermedad, que es lo que ocasionó el fatal desenlace, ya que, tras consultar con expertos en la materia, le han confirmado que una necrosis intestinal no se desarrolla en 15 días. De igual modo, demanda que se resarza a su hija con la cantidad que más adelante concretará.

SEGUNDO.- El 6 de octubre de 2021 se requiere al interesado para que acredite que es el padre de la menor reclamante y que ella, a su vez, es hija de la paciente fallecida. También se le pide que efectúe una evaluación económica de la reparación patrimonial que solicita.

TERCERO.- El interesado presenta el 22 de octubre un escrito con el que adjunta copias del Libro de Familia, del certificado de nacimiento de la menor y de los documentos nacionales de identidad de los dos.

CUARTO.- La reclamación se admite a trámite el 10 de noviembre de 2021 y cinco días más tarde se informa de este hecho a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente.

De igual modo, se solicita a las Direcciones Gerencias de las Áreas de Salud III-HRM y I-HUVA que aporten copias de las historias clínicas de Atención Primaria y Especializada de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que atendieron a la paciente fallecida.

QUINTO.- El 30 de noviembre de 2021 se reciben las copias de los documentos clínicos solicitados al Área de Salud III-HRM y dos informes médicos.

El primero es el elaborado el día 28 de ese mes por el Dr. D. P, facultativo especialista de Cirugía General y Aparato Digestivo del HRM, en el que expone lo que se transcribe a continuación:

“PRIMERO.- Que el día 18 de agosto de 2020 me encontraba de guardia en el H. U. Rafael Méndez, formado parte del equipo de guardia del Servicio de Cirugía General y Ap. Digestivo.

SEGUNDO.- Que la paciente acudió al Servicio de Urgencias del H. U. Rafael Méndez el día 15/08/2020, siendo diagnosticada, tras la realización de las pruebas complementarias que se adjuntan en Anexo I, de probable pancreatitis aguda litiásica, y decidiéndose ingreso hospitalario para inicio de tratamiento médico y valorar posibles escenarios según evolución de la paciente (ver informe de ingreso-Anexo V).

TERCERO.- Que tras decidirse ingreso hospitalario, la paciente fue valorada los días 16, 17 y 18 por el personal facultativo del Servicio de Cirugía General, según se describen en las notas de evolución clínica que se adjuntan a este informe en el Anexo III.

CUARTO.- Que el día 18, en el paso de planta, tras valoración clínica y analítica, se decide la realización de nueva prueba de imagen. Ante los hallazgos vistos en dicha prueba (TC abdominal - pélvico, Anexo II), se decide cirugía urgente, informando previamente a los familiares, y tras la firma del preceptivo consentimiento informado.

QUINTO.- Que según los hallazgos que se describen en el protocolo quirúrgico redactado por mí, se decide optar, dada la edad de la paciente, por la técnica también detallada en el mismo protocolo (Anexo IV).

SEXTO.- Que tras la cirugía, habiendo encontrado los hallazgos descritos en el protocolo, y habiendo tenido que realizar los gestos quirúrgicos que en el mismo se relatan, se contacta con el Servicio de Medicina Intensiva de nuestro hospital, para ingreso en su unidad y posterior control postoperatorio”.

El segundo informe es el realizado el 24 de noviembre por el Dr. D. Q, Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del HRM, en el que, en relación con la intervención de dicho servicio, ofrece el siguiente relato de los hechos:

“Que la paciente (...), ingresó en el área de urgencias de este centro el 15 de Agosto de 2020, posteriormente ingresada en el servicio de cirugía general de este centro, por tanto el manejo y toma de decisiones sobre la paciente debe ser valorado por miembros de estos servicios (Urgencias y Cirugía General).

En el Servicio de Medicina Intensiva ingresó el día 18 de Agosto de 2020, después de una intervención quirúrgica, objetivándose una isquemia mesentérica masiva. Durante la estancia en nuestra unidad desarrolló un fracaso multiorgánico con afectación pulmonar (SDRA), fracaso circulatorio (demanda de tratamiento con noradrenalina) y fracaso renal (precisando hemofiltración vena-venosa continua). Todas estas alteraciones descritas suponen un pronóstico clínico de elevada mortalidad. No obstante, con las medidas terapéuticas aplicadas la paciente fue mantenida hasta el día 3 de septiembre de 2020 (se adjunta informe de alta de nuestra unidad), en esta fecha se trasladó a la UCI del Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca, como único motivo la necesidad de reorganización del área de pacientes críticos en nuestro hospital al encontrarnos en una situación extraordinaria, como fue la pandemia SARS-COV-2. La ola pandémica que sufríamos en ese momento se inició en nuestra área de salud y posteriormente se extendió a otras áreas de la Región, esto obligó a la reorganización de recursos para atender a los pacientes críticos de nuestra área.

En cualquier caso, el hecho del traslado no supuso ningún impacto sobre la evolución de la enfermedad, que tal y como se ha comentado, con los datos clínicos expuestos predecían una elevada mortalidad, a pesar de la aplicación de las medidas terapéuticas adecuadas.

Respecto a la valoración clínica de la situación de la paciente a partir del 3 de septiembre corresponde a los facultativos del hospital al que fue trasladada la paciente”.

SEXTO.- Con fecha 22 de diciembre de 2021 recibe el órgano instructor dos informes médicos.

El primero es el informe suscrito dos días antes por el Dr. D. R, facultativo que ejerce sus labores en el Centro de Salud Lorca-Sur, consultorio de Campillo.

En ese documento reconoce que atendió a la madre de la reclamante el 14 de agosto por sustitución de su compañera de consultorio. Añade que recuerda su actuación y que confirma la información que está disponible en el sistema informático (OMI-AP). También, que aquel cuadro clínico le pareció “*un cólico hepático por colestasis*”. Eso dedujo tras historiar y explorar a la paciente y de esta forma la trató”.

Agrega, a continuación, que *“Una vez aliviado el dolor en camilla, con el apoyo de enfermería que puso una inyección de buscapina compositum, le indiqué que esperara fuera para ver la evolución. Después de atender a otros pacientes salí a ver como se encontraba, pero se había marchado. Al mediodía llamé por teléfono a su domicilio y me dijeron que se encontraba bien”*.

Asimismo, recuerda que en el apartado primero de la reclamación se expone que en el Centro de Salud le dijeron lo mismo, es decir, que tenía piedras en el riñón, y que tenía que esperar para que la llamasen para la ecografía y que debía continuar con calmantes.

Acerca de esa manifestación, efectúa las siguientes puntualizaciones:

- a) Que le comunicó que pensaba que tenía un cólico hepático por coleditiasis y que nunca le dijo que tuviera piedras en el riñón. Así está escrito en la historia clínica.
- b) Que no le dijo que tuviera que esperar. De hecho, la pasó de forma inmediata a la consulta, la historió, la exploró y le dio su opinión diagnóstica, a ella y a su esposo que la acompañaba.
- c) Que solicitó una ecografía preferente para confirmar el diagnóstico clínico. En esos momentos de incertidumbre, propios de la atención médica, esa era la prueba indicada y no se le podía hacer en el momento.
- e) Que no le dijo *“continúe con los calmantes”*. Le puso nuevo tratamiento y le hizo recetas para farmacia de Nolotil 575 mg cápsulas y Buscapina 10 mg comprimidos, como consta en el historial de prescripciones.

El segundo informe es el realizado el 17 de diciembre de 2020 por la Dra. D.^a S, médico de familia en el consultorio médico de La Torrecilla, del Centro de Salud Lorca-Sur.

En este documento explica que *“La paciente acudió a mi consulta en La Torrecilla el día 7 de Julio de 2020, con carácter de urgencia, refiriendo dolor en epigastrio desde hacía 2 días, de tipo cólico, sin fiebre y con diarrea al inicio del cuadro (por lo que en ese momento ya había desaparecido, haciendo entender que había mejorado). A la exploración física se observa dolor a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal ni signos de alarma (es decir, no masas ni megalias, abdomen blando y depresible).*

Ante estos hallazgos pauto tratamiento con nexium, paracetamol y buscapina.

De forma verbal explico a la paciente que sospecho un cólico biliar, (es decir, piedras en la vesícula), hasta ese momento cólico biliar simple, en ningún momento explico que fueran piedras en el riñón, ya que la exploración no es sugestiva de esto, o bien relacionado con gastritis, por lo que indico el nexium. Indico el tratamiento, que considero adecuado a día de hoy, y puesto que viene de urgencias indico que si empeora vuelva a consultar y si persisten los síntomas realizaremos las pruebas complementarias o derivaciones que se consideren, según evolución del cuadro.

La paciente no vuelve a consultar, ni en urgencias ni en el centro de salud por el mismo motivo hasta pasado más de un mes, el día 13 de agosto, cuando consulta en urgencias, abandonando el centro tras administrarle medicación como se refleja en el informe. Dando a entender que durante este tiempo presentó mejoría de los síntomas, por lo que es muy improbable que ya tuviera entonces isquemia mesentérica masiva.

Durante este periodo me encuentro en periodo vacacional (aproximadamente desde el 15 de julio al 15 de agosto de 2020), por lo que en la próxima consulta es atendida por mi compañero.

Como ya he explicado, considero adecuada la actuación ante los hallazgos clínicos que presentaba la paciente, ya que ante un primer episodio de dolor epigástrico, y sobre todo sin signos clínicos de alarma que hagan sospechar una patología potencialmente urgente se ha de proceder de la manera en que se hizo y continuar el tratamiento y estudio de manera ambulatoria, además en una paciente sin antecedentes médicos que hagan sospechar otra causa del dolor (paciente joven sin antecedentes de eventos aterotrombóticos)”.

SÉPTIMO.- El 22 de enero de 2022 se recibe la documentación clínica requerida al Área de Salud I-HUVA y se advierte que los resultados de las pruebas de imagen que se realizaron se contienen en 4 discos compactos (CD) que se remitirán por correo.

Además, se adjunta el informe elaborado el 18 de enero por la Dra. D.^a T, facultativo especialista del Servicio de Medicina Intensiva del HUVA.

En este documento se ofrece una exposición detallada de la situación en la que se encontraba la paciente cuando quedó ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos del HUVA desde que fue trasladada desde el HRM.

De su lectura se deduce que entre las 48 y las 72 horas después de su llegada presentaba un empeoramiento clínico generalizado y que se advirtieron *“signos de isquemia mesentérica con defecto de repleción de arteria mesentérica, hipoperfusión de colon derecho con colecciones adyacente al ciego e íleon y neumoperitoneo, hallazgos que se interpretan como perforación intestinal. Infartos múltiples parcheados hepáticos, renales y masivo en bazo.*

Durante las siguientes horas, a pesar de optimización terapéutica, presenta shock refractario a pesar de drogas vasoactivas, acidosis metabólica y elevación de lactato. En dicha situación de fracaso multiorgánico refractario a las medidas instauradas, es exitus”.

OCTAVO.- El 7 de febrero de 2022 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la correduría de seguros del SMS y a la Inspección Médica para que se puedan elaborar, en su caso, los informes pericial y valorativo correspondientes.

NOVENO.- El 24 de febrero de 2023 se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud I-HUVA que remita una copia del informe de la necropsia que se pudo realizar. Asimismo, a la Dirección Gerencia del Área de Salud III-HRM se le demanda que envíe otra copia del informe de anatomía patológica de la pieza quirúrgica.

DÉCIMO.- El 2 de marzo siguiente se recibe el informe elaborado ese mismo día por el Dr. D. V, Jefe de Servicio de Anatomía Patológica del HUVA, en el que confirma que no se le efectuó a la fallecida el examen *post mortem* mencionado.

UNDÉCIMO.- Con fecha 24 de marzo de 2022 recibe el órgano instructor el informe anatomopatológico efectuado el 28 de agosto de 2020. En él se refleja el siguiente diagnóstico: *“Intestino delgado (resección intestinal, desde 15 cm de ángulo de Treitz hasta válvula ileocecal D.C.): Hallazgos compatibles con isquemia intestinal, uno de los bordes de resección presenta signos de isquemia intestinal, el otro borde de resección no presenta alteraciones relevantes.*

En los fragmentos de tejido adiposo se identifica inflamación aguda a nivel del peritoneal, igualmente en el peritoneo identificado en las muestras de pared intestinal”.

DUODÉCIMO.- El 8 de abril de 2022 se envían a la correduría de seguros del SMS y a la Inspección Médica las copias de los nuevos documentos incorporados al expediente.

DECIMOTERCERO.- El 28 de abril de 2022 se recibe el informe pericial realizado el 15 de marzo anterior, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por una médica especialista en Cirugía del Aparato Digestivo. En

este documento se contienen las siguientes conclusiones:

“1. La paciente es valorada adecuadamente por su médico de atención primaria y en Urgencias habiendo presentado cuadros de dolor abdominal epigástrico irradiado a ambos hipocondrios y asociados a náuseas o vómitos de características sugestivas de cólicos biliares por lo que se inicia estudio para descartar patología biliar.

2. A su llegada a urgencias la paciente es atendida correctamente y se le realizan todas las pruebas oportunas incluso un TAC de abdomen que descarta patología relevante en ese momento.

3. El tratamiento pautado durante el ingreso es el adecuado para la sospecha clínica de pancreatitis aguda.

4. Para completar el estudio y en el contexto de una mejoría clínica de la paciente se repite un TAC de abdomen que objetiva signos de isquemia intestinal aguda. En ese momento es cuando se interviene de forma urgente a la paciente y se llega al diagnóstico de isquemia intestinal aguda.

5. No existe retraso en el diagnóstico de la isquemia intestinal aguda dado que el TAC de abdomen inicial en urgencias no mostró alteraciones relevantes.

6. El diagnóstico de isquemia intestinal aguda conlleva per se muy mal pronóstico a pesar de un diagnóstico precoz y de un adecuado tratamiento quirúrgico”.

DECIMOCUARTO.- Los días 15 y 29 de julio de 2022 se concede audiencia a la compañía aseguradora interesada y al padre de la reclamante, respectivamente, para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen convenientes.

Sin embargo, no consta que alguno de ellos haya hecho uso de ese derecho.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen mediante un escrito recibido en este Consejo Jurídico el 28 de noviembre de 2022, que se completa con la presentación de un CD al día siguiente.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación por daño moral se ha formulado por una persona interesada que es la hija menor de edad de la

paciente fallecida, según se deduce del contenido del expediente administrativo y de la copia del Libro de Familia que presentaron. En este sentido, la menor está legalmente representada por su padre, en virtud de lo dispuesto en el artículo 162 del Código Civil.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. El artículo 67.1 LPACAP determina que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

En el presente supuesto, el fallecimiento de la madre de la interesada se produjo el 6 de septiembre de 2020, por lo que el *dies ad quem* del plazo para reclamar venció el mismo día del siguiente año 2021. La acción de resarcimiento se interpuso el 4 de septiembre de 2021, esto es, dentro del plazo legalmente establecido al efecto y, en consecuencia, de forma temporánea.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

Por último, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de suficientes elementos de juicio para resolver el procedimiento, de acuerdo con lo señalado en el Dictamen de este Consejo Jurídico núm. 193/2012.

Así, la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada asume las consideraciones médicas que se exponen en el informe pericial que ha traído al procedimiento la compañía aseguradora del SMS. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que la reclamante no ha presentado ningún informe pericial que le permita sostener la realidad de sus imputaciones de mala praxis en relación con el retraso en el diagnóstico.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, en el marco del artículo 106.2 de la Constitución Española, según el cual *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce *“el derecho a la protección de la salud”*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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

tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes núms. 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico de la Región de Murcia). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

I. Como se ha explicado, la interesada solicita que se le reconozca el derecho a recibir una indemnización, que no ha cuantificado, como consecuencia del fallecimiento de su madre en el HUVA, el 4 de septiembre de 2020. Considera que se incurrió en un tremendo retraso en el diagnóstico de la necrosis intestinal que le provocó la muerte.

La reclamante no ha presentado algún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que le ayude a sostener la realidad de las imputaciones de mala praxis que realiza.

En este sentido, se debe recordar que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de práctica de prueba en el ámbito de los procedimientos administrativos, impone al actor la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprende el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la reclamación.

De forma contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento la historia clínica completa de la paciente fallecida y los informes de los facultativos de los distintos servicios médicos y hospitales que la atendieron. Por su parte, la compañía aseguradora del SMS ha aportado un informe pericial realizado a su instancia por una especialista en Cirugía del Aparato Digestivo.

II. En este último informe pericial referido se analiza, en primer lugar, la atención que se le dispensó a la paciente

en el Centro de Salud Lorca-Sur. Así, se recuerda que la enferma sufrió, en un mes, 3 episodios de dolor epigástrico irradiado en cinturón asociado con náuseas y vómitos. En el primero de ellos, sucedido el 7 de julio de 2020, acudió a dicho centro de Atención Primaria, como también hizo en el segundo, que sufrió el 14 de agosto siguiente.

En relación con estos dos casos, la perita médica considera que los dos episodios presentan características similares, que a la paciente se le realizaron exploraciones físicas completas y que, ante la sospecha de que sufriese un cólico biliar, se solicitó una ecografía abdominal para valorar la presencia de litiasis en la vesícula biliar.

La facultativa reitera que la enferma fallecida presentaba una clínica sugestiva de cólicos biliares de repetición y que lo adecuado es pautar tratamiento analgésico y solicitar ecografía abdominal para confirmar la sospecha (Conclusión 1ª de su informe). Añade, además, que hasta entonces no mostraba clínica de isquemia intestinal aguda, cuadro que, por otra parte, cursa de forma aguda o subaguda y no con cuadros de dolor abdominal de repetición.

En segundo lugar, analiza la asistencia que se le prestó en el Servicio de Urgencias del HRM el 15 de agosto de 2020, porque presentaba la misma sintomatología (tercer episodio). Se le realizó entonces una analítica, una ecografía de abdomen, que confirmó la existencia de coleditis, y una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen que no objetivó hallazgos relevantes. La paciente fue ingresada con el diagnóstico de posible pancreatitis aguda biliar para observación y seguimiento con tratamiento antibiótico, reposo pancreático y fluidoterapia intensiva.

La perita considera que la actuación en el Servicio mencionado fue correcta porque se realizaron todas las pruebas que resultaban oportunas (Conclusión 2ª) para alcanzar un diagnóstico, sin que se hubieran objetivado alteraciones reseñables que obligasen cambiar de actitud. En ese momento, además, la paciente no mostraba signos de sospecha clínica para el diagnóstico de isquemia mesentérica aguda.

De igual modo, destaca que no se subestimó la importancia del cuadro, pese a la inexpresividad de la exploración abdominal, y que esto lo confirma el hecho de que se realizaron dos pruebas de imagen (ecografía y TAC de abdomen) para tratar de aclarar el diagnóstico.

Pese a ello, en tercer lugar, admite que no se pudo diagnosticar en aquel momento la isquemia mesentérica aguda, porque en el TAC que se realizó el 15 de agosto no se objetivaron hallazgos significativos.

Resalta la facultativa que el diagnóstico de sospecha de isquemia mesentérica aguda se alcanzó con el segundo TAC, efectuado tres días más tarde, el 18 de agosto, que fue la prueba que permitió apreciar signos de neumatosis intestinal. Como consecuencia, se intervino a la paciente de forma urgente y se objetivaron signos de la mencionada isquemia, que justificó una resección muy extensa del intestino delgado.

En cuarto lugar, sostiene la perita que no se incurrió en retraso en el diagnóstico, dado que el primer TAC abdominal no ofreció resultados de isquemia (Conclusión 5ª). Por tanto, entiende que no se puede establecer que el cuadro inicial por el que acudió a Urgencias fuese de isquemia intestinal aguda. Y que tampoco se puede saber el tipo de isquemia intestinal que presentaba la enferma. También destaca que, ante la falta de una necropsia, no se puede determinar qué factores motivaron que la paciente sufriera una isquemia intestinal aguda dado que, a priori, no presentaba factores de riesgo.

Por último, expone la facultativa que el pronóstico de los pacientes con isquemia intestinal aguda es malo, a pesar de que se alcance un diagnóstico precoz y de que se lleve a cabo un adecuado tratamiento quirúrgico (Conclusión 6ª). Recuerda, asimismo, que la mortalidad perioperatoria en los pacientes sometidos a una revascularización oscila entre el 44% y el 90% (y que es superior al 75% cuando el tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y la intervención es mayor de 12 h).

Estas consideraciones motivan que este Órgano consultivo entienda que no se incurrió en retraso de ninguna clase en la detección de la isquemia mesentérica aguda que padecía la paciente, que se indicaron y realizaron en cada momento las pruebas que resultaban adecuadas en atención a los síntomas y signos que mostraba la enferma y que no se dejaron de emplear los recursos humanos o materiales necesarios para obtener un diagnóstico correcto y poder dispensar un tratamiento adecuado.

Como es sabido, la obligación de medios -y no de resultados- que se predica de toda actuación médica, impone que ésta se corresponda con el contexto del momento y las circunstancias en que se dispensó la asistencia, por lo que debe ser conforme con los síntomas que presentaba el paciente y las probabilidades de que sufriese una determinada patología. No cabe, por lo tanto, exigir la aplicación de medios diagnósticos en supuestos en los que la probabilidad de que se padezca una determinada enfermedad sea escasa en el momento del diagnóstico.

Así pues, se debe insistir en que lo que procede es el empleo de los medios ordinarios y la puesta en práctica de la diligencia necesaria para alcanzar el diagnóstico relacionado con los síntomas, sin que se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior que experimente un enfermo. Lo contrario supondría una clara vulneración del principio de prohibición de regreso.

De acuerdo con la doctrina relativa a ese principio elaborada en el ámbito sanitario -que se expone detalladamente, entre otros, en los Dictámenes núms. 285/2015 y 56/2018 de este Consejo Jurídico-, no resulta factible censurar el diagnóstico inicial de un paciente si el reproche se fundamenta primordial o exclusivamente en la evolución posterior que se haya podido producir, o en el conocimiento posterior -cabe añadir- de datos que en un primer momento no era posible saber. Como muy gráficamente pone de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en su Sentencia de 27 de abril de 2011, *"... la medicina no es una ciencia exacta y a "posteriori" es fácil diagnosticar y aventurar una posible actuación médica"*.

Lo que se ha explicado permite concluir que no existe en este supuesto relación de causalidad alguna entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y el daño moral alegado como consecuencia del fatal desenlace al que se ha hecho alusión. Y que tampoco se ha acreditado que dicho daño revista carácter antijurídico. Así, pues, procede la desestimación de la solicitud de indemnización formulada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y el daño moral por el que se solicita un resarcimiento, cuya antijuridicidad tampoco se ha acreditado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.