



ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 22 de septiembre de 2004, D. P. A. G. V. E., letrado del Ilte. Colegio de Abogados de Murcia, en nombre y representación de D. D. G. B. y de los hijos de ésta, D. J. Á., D. M., D. E. y D. M. D. G. G., presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Murciano de Salud (en adelante, SMS), por la muerte del esposo y padre de sus representados, D. Á. G. G., que imputa a la defectuosa asistencia sanitaria recibida.

Según los reclamantes, D. Á., de 63 años de edad, el día 3 de octubre de 2003, se sometió en el Hospital Morales Meseguer (en lo sucesivo, HMM) a una colonoscopia. Al finalizar la intervención fue enviado a su domicilio con la advertencia de que si sangraba acudiese al Hospital.

Al día siguiente el paciente empezó a sentir molestias y a sangrar abundantemente, por lo que, avisado el Servicio de Urgencias del HMM, fue trasladado en ambulancia a dicho centro hospitalario, lugar al que llegó sobre las 12:30 y en el que no fue correctamente atendido porque ni se le pautó tratamiento alguno ni se efectuaron pruebas para determinar el origen de la hemorragia. Esta situación se mantuvo hasta las 18 horas en que fue ingresado en planta. A las 23 horas, ante la fuerte hemorragia, la angustia y la tensión baja que presentaba, se indicó una transfusión y fue enviado a reanimación.

Ya en la madrugada del día 5 se le practicó una colonoscopia en la que se apreciaron abundantes restos hemáticos en el colon, aunque no se pudo llegar al ciego, lugar donde se había extirpado el último pólipos. No se pudo, pues, identificar el punto sanguíneo. Finalizada la intervención el paciente ingresó en la UCI hasta las 6 horas de ese mismo día en que nuevamente fue intervenido; esta vez se efectuó una laparotomía media en la que se objetivó cirrosis hepática macronodular, dilatación masiva de colon con presencia de sangre roja en colon derecho e izquierdo, por lo que se procedió a colectomía subtotal y anastomosis ileosigmoidea.

La intervención terminó hacia las 11:30 horas, quedando el paciente ingresado en la UCI. Sobre las 17 horas se comunicó a sus familiares que había fallecido. Según informe de UCI el fallecimiento se produjo como consecuencia de una "*hemorragia digestiva baja tras polipectomía colonoscópica. Colectomía subtotal. Coagulopatía secundaria a cirrosis hepática y politransfusión. SOC refractario. Éxitus*".

De lo expuesto, los reclamantes deducen que su esposo y padre falleció como consecuencia de una hemorragia que no se supo prevenir ni controlar a tiempo, ya que:

- "a) La analítica preparatoria del día 29 de septiembre de 2003 presentaba unos datos de coagulación por debajo de los límites normales.
- b) A pesar de estos datos de la analítica, le intervinieron el día 3 de octubre de 2003, ¿qué medidas tomaron al ser un paciente que presentaba un riesgo claro de hemorragias?
- c) ¿Se le informó en algún momento de los posibles riesgos que llevaba dicha intervención, máxime cuando tenía una analítica patológica?
- d) Una vez que ingresó en urgencias sobre las 12:30 horas, con los antecedentes personales que presentaba y con el claro diagnóstico de hemorragia, existió una tardanza injustificada

hasta la intervención que se decidió realizar aproximadamente sobre las 06:00 horas del día 5 de octubre de 2003, no olvidemos que nos encontrábamos en la noche del sábado a domingo, en pleno fin de semana.

e) Además volvió a ser reintervenido a las pocas horas, lo que evidencia que la primera intervención había fracasado".

A estos hechos los reclamantes añaden que una vez fallecido su familiar, cuando intentaron tener acceso a su historia clínica con el fin de despejar las dudas que tenían sobre la asistencia sanitaria que había recibido, aquélla les fue primero denegada y luego sólo parcialmente facilitada.

En consecuencia, consideran que existe una evidente relación de causalidad entre la negligente asistencia sanitaria recibida por el Sr. G. y su posterior fallecimiento, por lo que solicitan ser indemnizados con la cantidad total 240.000 euros, que desglosan del siguiente modo: Por el fallecimiento del Sr. G., 130.000 euros para la esposa y 15.000 euros para cada uno de sus cuatro hijos mayores de edad, cantidad que obtienen en aplicación del sistema para la valoración de los perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Por el daño moral, independiente del fallecimiento, que causó la violación del derecho del paciente y de sus familiares a tener acceso a la historia clínica, 50.000 euros (10.000 euros para cada uno)

Solicitan se practiquen las siguientes pruebas:

a) Que se incorpore al expediente la historia clínica completa del paciente obrante en el HMM. Si por la Dirección de dicho Hospital se negase dicho acceso amparándose en el hecho de que algún facultativo haya opuesto su derecho de reserva, que se identifique a dicho o dichos médicos.

b) Que se permita el acceso de un perito médico designado por los reclamantes, para que pueda examinar la historia clínica completa y recoger los datos necesarios para elaborar un informe pericial.

c) Que se identifique a los facultativos que intervinieron al paciente el día 3 de octubre de 2003, los que le atendieron en el Servicio de Urgencias el día 4 y quiénes le intervinieron quirúrgicamente el día 5.

Acompañan a la reclamación copia de la parte de la historia clínica que les fue remitida por la Dirección del HMM. Asimismo unen copia de la escritura de poder otorgada por los interesados a favor del Letrado Sr. G.-V.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por resolución del Director Gerente del SMS, se encomienda su instrucción al Servicio Jurídico del Ente.

TERCERO.- Por la instructora se solicita copia de la historia clínica del paciente al HMM e informe de los profesionales que le asistieron. El requerimiento fue cumplimentado con el envío de la copia íntegra de la historia clínica y de los siguientes informes médicos:

- El emitido por el Dr. J. A. S., médico especialista del aparato digestivo, en el que se indica lo siguiente:

"El Dr. S. pertenece a la plantilla de Médicos del Hospital Universitario Morales Meseguer desde el uno de octubre de 1994, colaborando en la consulta y con la Unidad de Endoscopia. El primer contacto médico-enfermo que tuve con D. Á. G. G. fue el 12 de enero de 2001, el día que se le realizó una gastroscopia diagnóstica, solicitada por la Dra. P. M. el 12 de enero de 2001.

El día 6 de marzo de 2003, el Dr. E. T. atiende al Sr. G. G. en el Centro de Especialidades del Carmen, por Anemia ferropénica y Hepatitis crónica por virus C y se le solicita una Colonoscopia con consentimiento informado firmado por el Sr. G. G. con DNI nº X autorizando a la Unidad de Endoscopia del Hospital Morales Meseguer a realizarle colonoscopia

diagnóstica, toma de biopsias, polipectomías y terapéutica sobre diferentes tipos de lesiones. La Unidad de Endoscopias cita al Sr. G. G. para la realización de dicha exploración para el día 13 de junio de 2003.

La Dra. M. realiza la prueba el día 13 de junio de 2003 y le diagnostica de pólipos de colon que decide no extirpar en ese momento para proceder a la realización de pruebas de coagulación recientes, necesarias para proceder a la polipectomía en este paciente dada su hepatografía.

Se le entrega al paciente solicitud de analítica y anotando al pie de la misma solicitud de la endoscopia (con el consentimiento informado y firmado por el Sr. G. G. en el cual se le informa de las posibles complicaciones, como hemorragias perforaciones que pueden conducir a la necesidad de cirugía urgente con los riesgos que puede implicar, esta información se encuentra en el impreso de la solicitud de la colonoscopia), citar polipectomía en septiembre. Se cita al Sr. G. G. para el día 3 de octubre de 2003 para la realización de polipectomía.

El Dr. S. examina la solicitud de la polipectomía que la encuentra correcta con la firma del consentimiento informado por el paciente y los resultados de la analítica realizada el 29 de septiembre de 2003 con cifras de recuento de plaquetas de 88.000, actividad de protrombina de 58% y tiempo de tromboplastina parcial de 1,20 que se encuentra dentro de los valores exigidos para la realización de polipectomías. A este efecto puede consultarse el Tratado de Endoscopia Digestiva del Dr. S. F. L. de la Universidad de Granada, donde se fijan las cifras de protrombina por encima de valores entre 50-60 % y las plaquetas por encima de 70.000.

A la vista de estos resultados se procede a la realización de la exploración sin tener ninguna complicación ni sangrados, recuperando algunos pólipos y perdiendo otros en el lago de heces, debido a que la preparación del paciente no había sido completamente efectiva. En este sentido cabe señalar que es relativamente frecuente que la preparación previa en las colonoscopias deje restos de heces, lo que no impide realizar la polipectomía siempre que pueda aislar la zona de realización de la misma. Cuando en el ciego hay lago líquido, tampoco es infrecuente que los pólipos resecados se pierdan al aspirar su contenido.

Terminada la exploración se le advierte al paciente de las posibles complicaciones que se pueden producir en los 10-15 días postexploración.

El Dr. S. está completamente seguro que en todo momento ha actuado según lex artis, de acuerdo con las exigencias y recomendaciones de las Asociaciones Internacionales y Nacionales de Endoscopia Digestiva.

ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA.

Que define: la actividad médica se basa en la prestación de un servicio de atención al paciente, con el fin no infalible de su posible alivio y curación.

INDICACIONES DE UN APOLIPECTOMÍA.

Todo pólipos debe ser extirpado y ello debe hacerse endoscópicamente, siempre que sea posible. La polipectomía tiene una finalidad diagnóstica y una finalidad terapéutica con el fin de que la extirpación endoscópica del pólipos sea terapéutica suficiente y haga innecesaria la cirugía.

FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES DE LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA.

Las complicaciones de la polipectomía endoscópica se producen en un 0,1- 2,8 % de los casos, pero no precisan solución quirúrgica más allá del 0,5%. La perforación se produce en el 0,1-0,4 % y la hemorragia al 0,3-27 %. La mortalidad es del 0-0,1%.

CONTRAINDICACIONES DE LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA.

Son muy escasas. Aparte de las propias de la colonoscopia diagnóstica, muy poco frecuentes, pueden considerarse como específicas de la polipectomía el trastorno de la coagulación, siempre que sea grave e incorregible ni siquiera transitoriamente.

TÉCNICA

Así pues, siempre que se cuente con el consentimiento informado firmado por el enfermo, puede extirparse el pólipos en el momento en que se diagnostica, salvo en los mencionados casos de hipocoagulabilidad, en que debe demorarse la polípectomía hasta disponer del estudio de coagulación".

- Informe emitido por los Dres. M. G., Jefe de Sección de Cirugía y Aparato Digestivo, y A. A., Jefe de Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo, del siguiente tenor:

"Asistencia al paciente Á. G. G. desde las 12'30 horas del día 04/10/03 hasta la mañana del día 05/10/03, por el Servicio de Cirugía de este Hospital

1.- El paciente dio los datos a urgencias a las 12 h. 27, del día 04/10/03, según consta en la hoja de toma de datos (folio 9).

Según el abogado que presenta la reclamación, fue asistido por el cirujano de guardia, Dr. D. M., a las 12 horas 30,, es decir 3 minutos después de dar los datos en Admisión de urgencias. Se realizó la historia clínica, recogiendo la anamnesis del paciente y familiares y se reclamó la historia clínica de archivos. Se cursó una analítica urgente. La T.A. y la F.C. eran estables, el paciente se encontraba bien y la analítica demostró un valor de hematocrito de 36,7% y de hemoglobina de 12,4 gr, con 96.000 plaquetas, 56% de actividad de protombina. Es decir, estabilidad hemodinámica y leve alteración anémica (folios 7,9 y 58-59).

Se recuperó el informe de la colonoscopia y polípectomía realizada el día anterior (03/10/04): extirpación de 6 pólipos en varias zonas, desde el sigma hasta el ciego (Dr. S.) (folio 4).

Se indicó el ingreso hospitalario y se inició tratamiento con fluidoterapia intravenosa, monitorización clínica y analítica del número de deposiciones y posible anemización, así como tratamiento de la coagulopatía con vitamina K y petición urgente de colonoscopia para primera hora del día siguiente (ver hoja de tratamiento folio 43). Ante el buen estado general del paciente se permitió la ingesta de una dieta líquida.

El paciente ingresó en planta a las 18 horas, previamente el Dr. H. T., rellenó una nueva historia clínica muy similar a la previa, indicando que a esa hora (17 h 50,), el estado del paciente era idéntico al de unas horas antes (folio n° 7).

En la planta de hospitalización pasó la tarde bien, con constantes estables, aunque tuvo una deposición con restos hemáticos (ver anotación de enfermería de planta folio 56) realizada a las 22 horas, hora del cambio de turno de enfermería. A las 0 horas 30, la enfermera del turno de noche avisa al cirujano de guardia por un nuevo episodio de rectorragia, esta vez asociado a lipotimia y discreta hipotensión (TA 90/50, FC 60.). La analítica realizada en ese momento (pedida ya al ingreso del paciente para monitorización) mostró que el valor hematocrito había disminuido a 28,5%. Se indica transfusión de 2 unidades de concentrado de hematíes y 6 unidades de plasma. Se pide colonoscopia urgente y se traslada al paciente a reanimación aunque mejora rápidamente tras aumentar el ritmo de fluidoterapia, para una mejor monitorización (folio 42). Se informa a paciente y familiares de la gravedad de la situación. La colonoscopia no pudo identificar el punto sangrante (Dra. O., folio 3). Ante la ausencia de un diagnóstico de localización del foco de la hemorragia, en un paciente con hepatopatía crónica severa por virus C y coagulopatía asociada, se optó por tratamiento conservador con monitorización intensiva, ya que además el probable origen de la hemorragia debía ser alguna pequeña escara de polípectomía, por lo que decidimos su traslado a UCI, ya que no había sangrado activo en ese momento (folio n° 1), donde ingresa con TA 120/60 y FC 80,, consciente y orientado (Dr. E.). En UCI a las 2-3 horas de su ingreso, sufre hipotensión y severa rectorragia, por lo que decidimos llevarlo a quirófano a las 6,00 h de la mañana se inicia la intervención (folios 10 y 67). Previamente se había obtenido el consentimiento informado de familiares para la cirugía (folio 71 y 72) y anestesia (folio 73 y 74).

Durante la intervención inicial se objetiva cirrosis masiva macronodular, ascitis, hipertensión

portal y dilatación de todo el colon con sangre y aire. Se intenta identificar el origen de la hemorragia mediante colonoscopia intraoperatoria transanal y a través de una colotomía transversa, sin conseguirse objetivar. Se decide practicar una colectomía subtotal con anastomosis ileosigmoidea, durando la cirugía algo más de 4 horas (Cirujanos: Dr. M., Dr. C., Dr. M.. Anestesistas: Dra. S. y Dra. O., folios 77 y 78). La coagulación se encontraba muy alterada por la hepatopatía, la politransfusion y la hipotermia (folio 2 y 10), sin conseguirse normalizar a pesar de politransfusion de plaquetas y plasma y presentando sangrado difuso por las superficies cruentas, difícilmente controlable a pesar de ser reintervenido quirúrgicamente esa misma mañana de 13 horas a 14 horas 45, (Cirujanos: Dr. M., Dr. T. y Dra M.. Anestesistas: Dra. C.) (folio 75). El paciente fue exitus esa misma tarde con el diagnóstico principal de:

Hemorragia digestiva baja tras polipectomía endoscópica. Colectomía subtotal.

Coagulopatía secundaria a cirrosis hepática y politransfusion. Shock refractario. Diagnóstico secundario: HTA. Cirrosis por virus C. Diabetes (Dr. J.) (folio 11). En resumen:

La asistencia realizada al paciente Á. G. G. desde su ingreso en urgencias a las 12 horas 27, del día 04/10/03 hasta su exitus letal el día 05/10/03 por la tarde, ha sido correcta y probablemente se puede calificar de intensiva y de alta calidad, pese a lo cual no ha podido evitarse el desenlace fatal que lamentamos grandemente, uniéndonos al dolor de los familiares".

Junto con esta documentación el Director Gerente del HMM facilita a la instrucción los datos relativos a los Dres. que atendieron al Sr. G., según el siguiente detalle:

- El día 3 de octubre de 2003, por el Dr. J. A. S., Médico Especialista del Aparato Digestivo.
- El día 4 de octubre de 2003, en el Servicio de Urgencias, por el Dr. A. H. T., Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y por el Dr. D. M. G., Jefe de Sección de Cirugía General y Aparato Digestivo.
- El día 5 de octubre de 2003 fue intervenido por los cirujanos Dr. D. M. G., Dr. L. C. G. y Dr. J. G. M. L., y ese mismo día, en su segunda intervención, por los cirujanos Dr. J. G. M. L., Dr. J. A. T. M. y Dra. J. M. P..

CUARTO.- Con fecha 20 de octubre de 2004 la instructora dirige escrito al letrado de los reclamantes poniendo a su disposición la historia clínica del paciente, y comunicándole la aceptación de los medios de prueba propuestos en el escrito de interposición de su reclamación, abriendo un plazo de 30 días para su práctica.

QUINTO.- Mediante Providencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia se reclama al SMS copia del expediente correspondiente a los interesados, al haberse anunciado por estos interposición de recurso contencioso administrativo contra la denegación por silencio administrativo de su reclamación.

SEXTO.- Solicitado informe a la Inspección Médica, es emitido el 13 de diciembre de 2005, con las siguientes conclusiones:

"- La actuación médica previa a la polipectomía fue prudente, realizándose control analítico. No se observó en el procedimiento endoscópico ninguna manifestación que fuese indicación para el ingreso del paciente.

- El paciente fue seguido y controlado por facultativo y otro personal sanitario durante su estancia en urgencias y en cirugía. Se realizaron las pruebas complementarias pertinentes para vigilar evolución. Se dieron los pasos para contrarrestar posibles complicaciones.

- La vigilancia, una vez accede a nivel de cuidados intensivos y continua el sangrado activo, es exhaustiva y no se puede achacar a la actuación profesional en este Servicio el resultado evidenciado".

El informe propone la desestimación de la reclamación.

SÉPTIMO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados (reclamantes y Z. E., aseguradora del SMS), esta última presenta informe colegiado de cuatro facultativos especialistas en Cirugía General y Digestivo, en el que tras efectuar las consideraciones médicas que estiman oportunas, concluyen afirmando lo siguiente:

- "1. El paciente se había realizado una colonoscopia en junio de 2003 descubriéndose tras la misma un pólipos que no se extirpa por no disponer de analítica reciente.
2. El paciente presentaba antecedentes de anemia crónica y hepatopatía por virus C.
3. Es citado de nuevo en octubre de 2003, para la extirpación del mismo por colonoscopia.
4. La indicación de colonoscopia y polipectomía era correcta.
5. El paciente firma el documento de CI para la realización de polipectomía, en el mismo se expone que el diagnóstico por el que se indica es anemia ferropénica más hepatopatía crónica.
6. La analítica sanguínea no descartaba la realización de una polipectomía endoscópica,
7. La exploración se realizó en tiempo y forma correcta. Se dio de alta con recomendaciones, no existiendo ni clínica, ni sintomatología que hicieran necesario el ingreso del paciente.
8. Ingresó en la urgencia del HMM por un cuadro de rectorragias sin repercusión hemodinámica.
9. Tanto la rectorrágia como la perforación son riesgos típicos del procedimiento aunque su incidencia es muy escasa.
10. La hemorragia tras polipectomía se cifra en un 0.3 a 2.7%, siendo la mortalidad entre 0 y 0.1%.
11. De manera correcta se ingresa al paciente en observación iniciándose un tratamiento conservador, de manera correcta.
12. No se evidencian demoras en la aplicación del tratamiento, ni médico, ni quirúrgico, cuando se hizo necesario.
13. Ante una rectorrágia sin repercusión tensional y con analítica prácticamente normal, el tratamiento quirúrgico de entrada no está indicado.
14. De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales que trataron al paciente lo hicieron de manera correcta, de acuerdo con la lex artis".

Los reclamantes no comparecen ni formulan alegación alguna.

OCTAVO.- El 10 de mayo de 2006, la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al no concurrir los requisitos legalmente exigidos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, singularmente el nexo causal entre el desgraciado fallecimiento del paciente y el funcionamiento de los servicios públicos asistenciales.

NOVENO.- En tal estado de tramitación y tras incorporar los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remite el expediente en solicitud de Dictamen al Consejo Jurídico, mediante escrito recibido el pasado 23 de mayo de 2006.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial

(RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, representación, procedimiento y plazo de reclamación.

Los reclamantes fundamentan la legitimación en su condición de cónyuge e hijos del fallecido, circunstancia que se deriva del expediente, de lo que se infiere su condición de interesados, a tenor de lo previsto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con el artículo 4.1 (RRP). La representación con la que actúa el letrado Sr. G.-V., viene debidamente conferida en escritura de poder notarial que se acompaña a la reclamación (artículo 32.3 LPAC).

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional y el órgano competente para resolver el procedimiento es el titular de la Consejería consultante, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.2.o) de la Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de Organización y Régimen Jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

El procedimiento seguido por la Administración instructora se ha acomodado, en términos generales, a las normas jurídicas aplicables a las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la LPAC y del RRP.

Por último, la acción se ha ejercitado dentro del año previsto en el artículo 142.5 LPAC, pues el fallecimiento se produjo el 5 de octubre de 2003 y la acción de reclamación se presentó el 22 de septiembre de 2004.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española: "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, que particulariza en su artículo 10 los derechos de los usuarios respecto a las distintas Administraciones Públicas.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

1) El primero de los elementos es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.

2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económico e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.

3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.

4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concurra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

Además de estos principios comunes, cuando las reclamaciones de los particulares se refieren a la posible responsabilidad patrimonial de la Administración por la prestación de servicios sanitarios, el requisito de que la actuación médica se haya ajustado o no a la *lex artis ad hoc* adquiere un singular relieve, debido a que si la actuación de los facultativos se acomodó y desarrolló con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia médica, si así queda probado en la instrucción del procedimiento, los resultados lesivos no podrán atribuirse a la

Administración sanitaria, bien porque no pueda afirmarse que concurra aquel nexo causal, bien porque ni siquiera pueda determinarse la existencia de una lesión indemnizable, debido a que los resultados lesivos normalmente serán consecuencia de la evolución de las propias enfermedades del paciente, aun a pesar del correcto funcionamiento de los servicios sanitarios. Y es que, tal como vienen señalando de forma reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Jurídico, la ciencia médica no es exacta, por lo que los facultativos tienen una obligación de medios y no de resultados, obligación que, según STS (Sala 1^a, de 25 de abril de 1994), puede condensarse en los siguientes deberes: 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación del médico se produzca por la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento puede esperarse y de los riesgos potenciales del mismo; 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste puede ser dado de alta, advirtiendo al mismo de los riesgos que el abandono le puede comportar.

Veamos los principios expuestos, aplicados al presente expediente de responsabilidad patrimonial.

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

Para los interesados, el fallecimiento de su esposo y padre sería imputable, por un lado, a la mala praxis médica de los facultativos que le efectuaron la polipectomía colonoscópica, que lo hicieron pese a que la analítica preoperatoria del día 29 de septiembre de 2003 presentaba unos datos de coagulación por debajo de los límites normales, sin que, además, se advirtiera al paciente del riesgo que entrañaba la intervención, y, por otro, a que los médicos que lo atendieron en el Servicio de Urgencia cuando ingresó con una fuerte hemorragia, no actuaron con la diligencia y eficacia que resultaba exigible, lo que tuvo como consecuencia última el óbito del Sr. G..

La antijuridicidad del daño y el nexo causal entre éste y el funcionamiento de los servicios públicos vendrían determinados por el hecho de haber realizado una intervención quirúrgica no indicada ante los niveles de coagulación que presentaba el paciente y, posteriormente, no haber atendido debidamente la hemorragia que se produjo, cuestiones que aparecen íntimamente ligadas a la "lex artis". Ésta actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, la STS, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, 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 (...) 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".

Es decir, la imputación del daño al servicio público se objetiva así como una mala praxis médica seguida de una omisión de medios, pues consideran los interesados que, en primer lugar, la intervención no debió llevarse a cabo, pero que efectuada ésta se debieron extremar las precauciones para evitar o, en su caso, atajar una hemorragia. La determinación de si tales circunstancias concurrieron o no, se convierte en cuestión nuclear del problema, en orden a calificar el daño sufrido como antijurídico y para poder dilucidar si existe o no nexo causal entre aquél y la actuación que se imputa a la Administración.

Para alcanzar dicha conclusión es necesario un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. 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)-, resultaba trascendental la aportación de un informe pericial -el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por 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-. Ante la ausencia en el procedimiento de informes periciales médicos aportados por los reclamantes (anuncian que lo presentarán, pero finalmente no lo hacen), no existe, siquiera sea indiciariamente, elemento probatorio alguno que acredite una mala praxis médica, siendo insuficiente a tal efecto la constatación en el expediente de la efectividad de la intervención, así como de la posterior hemorragia y del fatal desenlace, pues si bien ello permite considerar acreditado el daño, no prueba que éste derive de una deficiente asistencia prestada.

Y es que, ante la pasividad probatoria de los reclamantes, las únicas valoraciones técnicas de la asistencia prestada por los facultativos vienen constituidas por los informes de los médicos que atendieron al paciente (transcritos en los antecedentes del presente Dictamen), el informe de la Inspección Sanitaria (folios 308 a 313) y el dictamen médico aportado por la compañía de seguros (folios 316 a 322).

Según afirma el Dr. S., la polipectomía se lleva a cabo cuando se conocen los resultados de las pruebas de coagulación efectuadas días antes (cuatro) de la intervención, y se actúa de este modo porque las cifras que arrojaba la analítica (recuento de plaquetas: 88.000, actividad de protrombina de 58% y tiempo de tromboplastina parcial de 1,20) se encontraban dentro de los valores exigidos para la realización de la polipectomía (cita para avalar sus afirmaciones el Tratado de Endoscopia Digestiva del Dr. S. F. L. de la Universidad de Granada -folio 53-). La intervención se desarrolla sin complicaciones que aconsejan una actuación diferente de la que se llevó a cabo de enviar al paciente a su casa con las recomendaciones pertinentes. La aparición de una hemorragia postpolipectomía constituye una complicación de las previstas para este tipo de intervención, circunstancia de la que fue advertido el paciente (consentimiento informado que obra al folio 70 del expediente).

Por otro lado los médicos que atendieron al Sr. G. los días 4 y 5, también informan pormenorizadamente de la asistencia que se le prestó desde que ingresó en el Servicio de Urgencias del HMM hasta su fallecimiento. En dicho informe, que ha sido transscrito en el antecedente tercero del presente Dictamen, se recogen todas las pruebas e intervenciones que

se efectuaron, lo que descalifica totalmente la afirmación de los reclamantes sobre la pasividad del personal facultativo ante la situación de su esposo y padre.

Por su parte la Inspección Médica afirma que el estudio de coagulación, hemograma y bioquímica que se llevó a cabo el día 29 de septiembre de 2003, se encontraba "dentro de los límites razonables". En el posterior procedimiento endoscópico no se observó ninguna circunstancia que aconsejase el ingreso del paciente. Finalmente, el Sr. G., una vez ingresó en el Servicio de Urgencias, fue seguido y controlado por el personal sanitario del Hospital: Se realizó petición de hemograma, bioquímica, coagulación radiología simple (folio 253); una vez trasladado a planta de Cirugía General se le prescribe: dieta líquida, suero glucosalino, control del número y características de las deposiciones, cursar hemograma a las 22:30 horas, constantes por turno, glucometer cada seis horas, vitamina K, cursar petición de colonoscopia (folio 100). Aparecen luego las anotaciones de los turnos de tarde y de noche, en las que se observa que la sintomatología del paciente era puntualmente seguida, aplicando las técnicas adecuadas para hacer frente a cada complicación que surgía, incluidas las intervenciones quirúrgicas a las que fue sometido. También la asistencia recibida en la UCI es, según la Inspección Médica, "*exhaustiva y no se puede achacar a la actuación profesional en este Servicio el resultado evidenciado*".

El informe aportado por la aseguradora tampoco aprecia mala praxis médica. Indica, al igual que la Inspección, que la "*colonoscopia se llevó a cabo de manera correcta, estaba totalmente indicada y la analítica no contraindicaba la realización de la misma*". La exploración se llevó a cabo sin incidencias, no existiendo ni clínica, ni sintomatología que hicieran necesario el ingreso del paciente. La rectorragia que se produjo tras la intervención es, junto con la perforación, riesgo inherente a este tipo de intervenciones, de lo que el paciente fue debidamente informado. Una vez presentada la hemorragia el problema fue debidamente abordado mediante la aplicación, sin demora alguna, de un tratamiento conservador, ya que el tratamiento quirúrgico no estaba en principio indicado, al tratarse de una rectorragia sin repercusión tensional y con analítica prácticamente normal (folio 322).

Frente al juicio técnico contenido en los referidos informes, y a pesar del limitado valor probatorio que puede otorgarse al informe pericial de la compañía aseguradora, no pueden gozar de eficacia enervante las manifestaciones vertidas por los reclamantes que no dejan de ser meras afirmaciones de parte realizadas por quien carece de la cualificación científica necesaria para enjuiciar cualquier proceso médico. Correspondiendo a los interesados la carga de la prueba, según la distribución que de ella hace la LEC (artículo 217), y no habiendo logrado probar a través de la aportación de los medios adecuados la existencia de una omisión del tratamiento exigido por la ciencia médica, o la aplicación de uno inadecuado, no cabe entender acreditada la existencia de nexo causal entre el fallecimiento del paciente y el funcionamiento del servicio sanitario público, procediendo en consecuencia confirmar, en este aspecto, la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Igual suerte ha de correr la pretensión de los familiares del Sr. G. de obtener una indemnización como consecuencia del daño producido por la falta de información antes y después de su fallecimiento. En efecto, aparecen incorporados al expediente varios consentimientos informados firmados por el paciente, en los que se describen las intervenciones que se van a efectuar y se le advierte de los riesgos que conllevan. Consta, además, al folio 255, que se informa a los familiares de la situación del paciente cuando éste es ingresado por rectorragia. Por otro lado, cuando los familiares solicitan al HMM la historia clínica, el Hospital envía la práctica totalidad de la misma, y, finalmente, cuando se requiere su remisión por la instructora la historia se incorpora completa al expediente, poniéndose a

disposición de los reclamantes que retiraron copia de ella mediante comparecencia efectuada el día 4 de marzo de 2005 (folio 258). No se ha producido, pues, la desinformación alegada, sin que queda, por lo tanto, estimar que haya ocurrido daño alguno por esta causa.

A tenor de lo expuesto, no puede apreciarse la existencia de un daño imputable a la Administración, puesto que el fallecimiento del paciente no se produjo con ocasión de la prestación del servicio público sanitario, sino que, por el contrario, fue una lamentable consecuencia de la enfermedad que le afectó, de modo que no es posible concluir que exista un daño antijurídico que pueda ser imputado a la Administración.

No habiéndose apreciado, en este caso, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, resulta innecesario examinar la valoración del daño, su cuantía y el modo de la indemnización.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se informa favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, en tanto que no se aprecia la concurrencia de los elementos legalmente exigidos para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá.

