



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 60/2024

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 28 de febrero de 2024, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 5 de diciembre de 2023 (COMINTER 295542) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 7 de diciembre de 2023, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, en representación de D.^a Y, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2023_387), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 8 de febrero de 2018, un Letrado, que actúa en nombre y representación de D.^a Y, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración regional por el fallecimiento de su madre, D.^a Z, que imputa a la deficiente asistencia sanitaria que le fue dispensada por el Servicio Murciano de Salud.

Relata la reclamación que la Sra. Z ingresó el 5 de febrero de 2017 en el Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca” (HUVA), de Murcia. Pese al estado de gravedad con el que ingresó, en las horas siguientes a su ingreso no se llevaron a cabo las actuaciones clínicas y diagnósticas que estaban indicadas.

En la mañana del 6 de febrero la facultativa del Servicio de Neumología informó a la reclamante de que no se iba a llevar a cabo ninguna medida diagnóstica y terapéutica con su madre. De hecho, el 7 de febrero se le salió la vía que la paciente tenía canalizada y ni siquiera fue nuevamente canalizada, lo que provocó una grave deshidratación.

Ante esta situación, la reclamante solicitó un cambio de facultativo. Y, sin su conocimiento ni autorización, se inició sedación con mórnicos, por lo que finalmente falleció el 9 de febrero de 2017.

Considera la reclamante que la falta de medidas de diagnóstico y terapéuticas, así como administrar una sedación con objeto de adelantar el fallecimiento, sin contar con la autorización de la familiar de la paciente, resultan contrarias a la *lex artis*. Señala la interesada que esta imputación se hace a reserva de otras que pueda formular en el futuro, una vez tenga acceso a la historia clínica de su madre, cuya incorporación al expediente administrativo solicita de forma expresa.

Solicita una indemnización “*en la suma que en su día se determine*”, más los intereses y costas que procedan.

Se adjunta a la reclamación copia de escritura de poder para pleitos en favor del Letrado actuante y lo que parece ser una copia ilegible del Libro de Familia.

SEGUNDO.- Requerida la reclamante para subsanar la falta de legitimación que se deriva de la ilegibilidad de la copia del Libro de Familia presentada junto a la reclamación, aporta nueva copia de dicho documento (también ilegible), así como certificado de defunción de su madre y certificado de nacimiento de la propia interesada.

TERCERO.- Con fecha 11 de abril de 2018, se admite a trámite la reclamación y se ordena la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud, que procede a comunicar a la interesada la información prescrita por el artículo 21.4, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), al tiempo que recaba de la Gerencia del Área de Salud concernida por la reclamación una copia de la historia clínica de la fallecida, así como el informe de los facultativos que le prestaron la asistencia por la que se solicita indemnización.

CUARTO.- Remitida por la Gerencia del Área de Salud I la documentación solicitada por la instrucción, consta informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna del HUVA, que es del siguiente tenor literal:

“1. La paciente acudió al área de Urgencias del hospital el 5/2/2017 a las 22'52 h, procedente del Hospital La Vega, donde algún familiar solicitó el alta voluntaria. Le adjunto informe de traslado de la Residencia geriátrica Los Almendros, dirigido al Hospital Perpetuo Socorro el día 20/1/2017 (Documento 1). En el Hospital Perpetuo Socorro de Cartagena, estuvo ingresada desde dicho día hasta el 24/1/2017; le adjunto informe de este hospital (Documento 2), donde consta que se traslada al Hospital de Murcia por deseo de la familia; en dicho informe se hace constar el desacuerdo en cuanto a las medidas diagnóstico-terapéuticas a proporcionar entre el médico que atendía a la paciente (ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos, colocación de vía venosa central y ventilación mecánica) y los familiares de ella. Por último, le adjunto el informe del Hospital La Vega (Documento 3), donde también se hacen constar las discrepancias del equipo médico que atiende a la en ferma con los familiares de ella en cuanto a las medidas diagnóstico-terapéuticas (ventilación mecánica invasiva e ingreso en Cuidados Intensivos).

2. A la enferma se le realizó la historia clínica pertinente junto a la exploración física oportuna; se solicitaron las exploraciones analíticas y de técnicas de imagen consideradas; se le prescribió el tratamiento farmacológico, oxigenoterapia, así como de controles de constantes clínicas, tal y como figura en los documentos que enumero a continuación: informe clínico de Urgencias (Documento 4), historia farmacológica de los tratamientos prescritos desde el día 5/2/2017 a las 22'00 h hasta el 9/2/2017 a las 7'00 h (Documento 5).

3. La médico que atendió a la enferma en el área de Urgencias ordenó el ingreso de la misma en el Servicio de Medicina Interna; la enferma permaneció en el área de Urgencias desde que llegó hasta la 1'00 h del día 7/2, que ingresa en planta de hospitalización. La enferma fue atendida por la Dra. ..., facultativo especialista de Área de Medicina interna y por el Dr. ..., médico residente rotante en el Servicio de Medicina Interna. Ver informe clínico de ingreso (Documento 6). Le adjunto solicitud de estudios analíticos, radiológicos e interconsultas realizados a la enferma durante su estancia hospitalaria (Documento 7), que incluye tanto los del área de Urgencias como los de planta de hospitalización. Con respecto a la afirmación de que la facultativa del Servicio de Neumología en la mañana del 6/2 no iba a realizar ninguna medida diagnóstico-terapéutica a la enferma, madre de la reclamante, el documento 7 y el documento 5, respecto a las prescripciones médicas, desdice dicha afirmación.

4. El día 8/2 por la mañana la paciente perdió la vía periférica que portaba, no pudiendo canalizarse una nueva vía periférica. Dado el mal curso clínico de la paciente y el mal pronóstico, se consideró oportuno no solicitar la canalización de vía central (procedimiento que realiza habitualmente un médico del Servicio de Cuidados Intensivos).

5. En el informe clínico de Urgencias (Documento 4), en el conjunto de documentos 8 que corresponde a las notas de los diversos médicos que atienden a la paciente, 2 médicas del área de Urgencias, 3 médicos de guardia de hospitalización del Departamento de Medicina Interna, 2 médicos consultores del Servicio de Neumología,

comentan en todo momento la mala situación clínica de la enferma junto al previsible desenlace fatal, con la oportuna transmisión de esta información a los familiares y la contemplación de una actitud paliativa de alivio del sufrimiento hacia la enferma, así como la esperanza de la comprensión por parte de los familiares de la enferma de la situación clínica y pronóstica de la misma. A la enferma se le prescribió desde el día 5 de febrero una dosis pequeña de morfina: 3'3 mg iv o subcutánea, a demanda si precisa, por disnea o trabajo respiratorio; no creo que esta práctica puede contemplarse "sin que la hija de la enferma tuviera conocimiento y sin que se solicitase su autorización se inició sedación con morfínicos, por lo que finalmente falleció el día 9 de febrero de 2017". Aporto también notas de Enfermería de atención a la paciente (Documento 9).

6. En la página 5 del conjunto de Documentos 8 figura un informe del Presidente del Comité de Ética Asistencial, el Dr. ..., del día 8/2. Ese mismo día a final de la mañana, el entonces Jefe accidental de Medicina Interna, Dr. ..., a petición de la hija de la enferma realizó el cambio de asignación de la facultativa especialista de área responsable, a la vez que intentó que la hija D^a Y intentara comprender la situación clínica de su madre junto al previsible desenlace fatal y la adecuación de las medidas diagnóstico-terapéuticas acordes a dicha situación. Véase página 5 del conjunto de Documentos 8 así como copia del informe de la reclamación 431/2017(Documento10).

7. La enferma fallece en situación confortable a las 7'00 h del día 9 de febrero, habiéndosele sólo administrado una dosis de 3'3 mg de morfina subcutánea en la mañana del 8/2 para prevenir el dolor secundario a las curas de las úlceras de decúbito y de la movilización al aseo. Le adjunto Documento 11 de informe clínico de fallecimiento, elaborado por la Dra. ... el día 15/3/2017".

QUINTO.- Con fecha 20 de junio de 2018 se recaba de la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria, el preceptivo informe de la Inspección Médica.

El informe solicitado se evacua el 14 de junio de 2023, con las siguientes conclusiones:

"1. Paciente de 92 años de edad institucionalizada desde 2015 con los criterios de paciente pluripatológica de edad avanzada o paciente crónica compleja con Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Insuficiencia Respiratoria Crónica, Hipertensión Arterial Esencial, Fibrilación y Aleteo Auricular con respuesta ventricular rápida con dependencia para las actividades básicas de la vida.

2. Como consecuencia de la aparición de un cuadro infeccioso la paciente fue ingresada el día 20-01-17 en el Hospital Perpetuo Socorro de Cartagena, donde es diagnosticada y tratada de Sepsis de Origen Respiratorio y Bronconeumonía Bilateral asociada a cuidados sanitarios. La familia en desacuerdo con la asistencia, tratamiento y cuidados solicita el alta y traslado al Hospital La Vega de Murcia.

3. La paciente ingresa (24-01-17) en el Hospital La Vega de Murcia a través del Servicio de Urgencias de dicho centro, procedente del Hospital Perpetuo Socorro de Cartagena quedando hospitalizada para tratamiento de un cuadro de Sepsis de origen respiratorio con bronconeumonía bilateral, asociada a cuidados sanitarios con Insuficiencia Respiratoria aguda Global, en acidosis respiratoria, Insuficiencia Cardíaca Congestiva descompensada, Insuficiencia renal Aguda de origen pre-renal y encefalopatía tóxica metabólica.

4. A petición familiar la paciente es trasladada al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca donde es valorada el día 05-02-17 a las 22:52 horas por el Servicio de Urgencias que diagnostica Insuficiencia Respiratoria, Neumonía de evolución tórpida FINE 5 (escala más empleada hasta hace poco para evaluar la gravedad y el riesgo de mortalidad de la Neumonía Adquirida en la Comunidad. Fue publicada en 1997, por el Pneumonia Outcomes Research Team (PORT). Permite evaluar el riesgo en cinco clases, de menor a mayor mortalidad estimada). Además de Insuficiencia respiratoria, anasarca, escaras sacras y de talones, y otros diagnósticos. La

paciente es hospitalizada en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

5. La familia de la paciente es informada desde el primer momento (05-02-17) a su llegada al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de la grave situación clínica de la paciente y del posible desenlace, recogiendo los profesionales en informe no iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) y que no proceden medidas extraordinarias sino control de la sintomatología.

6. La hija de la paciente manifestó reiteradamente en variadas ocasiones su desacuerdo, estando en discordancia con los otros dos hijos y hermanos, que sí coinciden con el criterio clínico manifestado a lo largo de los días de la evolución del proceso en fase terminal de su madre, de no proceder a poner vías centrales ni otras medidas o procedimientos invasivos y sí todas cuantas medidas favorezcan el no sufrimiento y el confort de la paciente. Durante el episodio, los profesionales informaron y dialogaron con la totalidad de los familiares de la paciente con el propósito de alcanzar el consenso acompañante al criterio clínico del profesional que siempre es lo más deseable en estos estadios finales de la vida de personas sin voluntades previas antes manifestadas y expresadas legalmente.

7. Ante estas circunstancias el Jefe de Servicio del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y para favorecer el entendimiento de las medidas adoptadas y el porqué de las no adoptadas decidió, a petición de la hija de la paciente, proceder al cambio de asignación de la facultativa responsable, a la vez que intentó de nuevo trasladar a la familiar, la situación clínica de su madre y el previsible desenlace fatal y la adecuación de las medidas por vía de urgencia diagnóstico-terapéuticas acordes con dicho estado.

8. La situación de la paciente y las medidas a adoptar en relación con las limitaciones del esfuerzo terapéutico fueron consultadas con el Comité de Ética Asistencial del centro sanitario que en su informe firmado por su presidente afirmó como necesario establecer un proceso de diálogo con la hija para llegar a algún acuerdo explicándole la relación riesgo/beneficio de cada intervención, el compromiso de no abandono y que el criterio de la indicación médica será siempre el de mayor beneficio para la enferma. A la luz de la historia clínica examinada y las anotaciones verificadas de los profesionales, estas observaciones del Comité de Ética se cumplieron fueron (sic) seguidas ya incluso antes de la emisión del informe por todos los profesionales que en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca intervinieron en el episodio clínico, entre otros facultativos del Servicio de Urgencias, Servicio de Medicina Interna, Servicio de Neumología y miembros del Comité de Ética asistencial.

9. La paciente fue exitus el día 09-02-17 (07:00 horas) tras cuatro días de ingreso hospitalario en Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El informe clínico de exitus señala como diagnósticos principales: Infección respiratoria con insuficiencia respiratoria global e Insuficiencia cardíaca.

10. Los cuidados prestados, así como las medidas adoptadas y el tratamiento médico-sanitario prescrito y aplicado fueron acordes por parte de todos los profesionales sanitarios con la evolución clínica de la paciente y con una valoración ética del balance riesgo/beneficio”.

SEXTO.- El 23 de junio de 2023, se confiere el preceptivo trámite de audiencia a la reclamante, quien presenta escrito de alegaciones el 7 de julio siguiente, para ratificarse en su reclamación inicial y manifestar su oposición a las conclusiones de la Inspección Médica.

SÉPTIMO.- Con fecha 29 de noviembre de 2023, se formula propuesta de resolución desestimatoria de la

reclamación, al considerar la unidad instructora que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, en particular, el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado ni su antijuridicidad, toda vez que no se ha acreditado la existencia de actuación alguna contraria a normopraxis en la asistencia sanitaria dispensada a la paciente.

En tal estado de tramitación, y una vez incorporado el preceptivo extracto de secretaría y un índice de documentos, se remite el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de dictamen, mediante comunicación interior del pasado 5 de diciembre de 2023, completada dos días después con la remisión de un CD.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo 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, y 81.2 LPAC, y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Habiendo reclamado una hija de la fallecida, no hay obstáculo alguno en reconocerle legitimación para solicitar un resarcimiento económico por el dolor moral inherente a su condición familiar, conforme a conocidos criterios jurisprudenciales y doctrinales.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional en su condición de titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población, a cuyo anormal funcionamiento se pretende imputar el daño por el que se reclama.

II. La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPAC, toda vez que el óbito de la paciente se produce el 9 de febrero de 2017 y la acción se ejercita el 8 de febrero del año siguiente.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos, sin que se aprecien carencias esenciales, toda vez que constan realizados todos los preceptivos.

Conviene destacar la ausencia de prueba por parte de la reclamante de algunos de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, cuya carga le corresponde en exclusiva. En el supuesto sometido a consulta, los informes médicos de los facultativos actuantes y el de la Inspección Médica no han sido rebatidos por la parte actora en el trámite de audiencia que se le ha otorgado, más allá de oponerse a las conclusiones de la Inspección, pero sin aportar un informe técnico que sustente dicha oposición. Las consecuencias de la omisión de dicha actividad probatoria por parte de la interesada serán analizadas en ulteriores consideraciones. Baste ahora con recordar el carácter de prueba esencial que en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por una pretendida defectuosa asistencia sanitaria, reviste la prueba pericial, como de forma contundente expresa la sentencia de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 27 de junio de 2001, se gún la cual *“quien reclama debe probar la relación de causalidad antes expuesta (artículo 6.1.2º in fine Reglamento de Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial (...), y a tal efecto lo propio habría sido interesar una prueba pericial sobre la bondad de los tratamientos dispensados, prueba vital pues se está en un pleito en el que son convenientes o necesarios conocimientos científicos”*.

Es necesario señalar el largo tiempo, más de seis años, invertido en la evacuación del informe preceptivo de la Inspección Médica, que excede ampliamente de lo razonable.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la

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

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 32 y siguientes LRJSP y desarrollados por abundante jurisprudencia:

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

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

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que, en tal caso, podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en Dictamen 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2018, rec. n.º 1016/2016) que, *“frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituya la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento de l régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concorra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles”*.

La actuación del médico ha de regirse por la denominada *“lex artis ad hoc”*, o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 337/22, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el

Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la “lex artis ad hoc” como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La “lex artis”, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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).

En esta misma línea, la STSJ Madrid, núm. 681/2021, de 10 de septiembre, sintetiza la doctrina jurisprudencial relativa a la exigencia y valoración de la prueba pericial médica en el proceso judicial en materia de responsabilidad patrimonial por defectuosa asistencia sanitaria y que, *mutatis mutandi*, puede hacerse extensiva al procedimiento administrativo:

“...es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados. En estos casos, los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado.

En estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al servicio público sanitario.

De la lectura de la reclamación, que es extremadamente parca en la imputación del resultado dañoso a la actuación médica, sólo puede deducirse que, para la actora, la muerte de su madre se debió a una suerte de abandono asistencial, negándose, a su juicio, los médicos que la atendían a realizar actuaciones diagnóstico-terapéuticas que, también según su parecer, estaban indicadas ante la situación que presentaba la paciente. Antes al contrario, añade, la desahuciaron, sometiéndola a sedación y a medidas estrictamente paliativas, sin contar con la autorización de la reclamante. No se detiene la reclamación, sin embargo, en señalar o identificar qué actuaciones diagnóstico-terapéuticas resultaban indicadas y se le negaron a la paciente.

En cualquier caso, dicha alegación está íntimamente ligada al criterio de la *lex artis*, pues se pretende vincular la producción del daño con la actuación, o más bien falta de actuación, de los facultativos intervinientes en la asistencia sanitaria, la cual ha de ser valorada y analizada desde la ciencia médica, determinando en qué medida aquélla se ajustó o no a los parámetros de una praxis adecuada y correcta.

La valoración crítica de la actuación facultativa, para establecer en qué medida el conjunto de las actuaciones que se desarrollaron sobre la paciente se ajustó a las exigencias médicas de esta práctica, exige un juicio técnico que

únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina, como ya se anticipó en las consideraciones segunda y tercera de este Dictamen. 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)-, resultando trascendentales los informes médicos que puedan obrar en el expediente.

Ahora bien, la interesada no ha traído al procedimiento una prueba adecuada y suficiente para generar la convicción acerca de la concurrencia de la mala praxis alegada, en particular, un informe pericial que sostenga sus alegaciones. Adviértase que, de la sola consideración de la documentación clínica obrante en el expediente, no puede deducirse de forma cierta por un órgano lego en Medicina, como es este Consejo Jurídico, que el conjunto de la asistencia sanitaria dispensada a la enferma no fuera adecuada a la normopraxis, o que no lo fuera cualquiera de las decisiones terapéuticas que se adoptaron respecto de la paciente. Esta carencia de prueba, por sí sola, podría resultar suficiente para desestimar la reclamación en los términos en los que fue planteada, dado que es a la actora a quien incumbe la carga de probar la quiebra de la *lex artis* que imputa a la Administración, ex artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, conforme al clásico af orismo “necessitas probandi incumbit ei qui agit”.

En cualquier caso, los informes técnicos que sí obran en el expediente apuntan a que la atención dispensada fue la adecuada y ajustada a normopraxis, como de forma singular se desprende de la valoración crítica que de ella efectúa la Inspección Médica, a cuyas razonadas conclusiones, reproducidas en el Antecedente quinto de este Dictamen, cabe remitirse en orden a evitar innecesarias reiteraciones.

Baste señalar que dicho informe efectúa un repaso de todas las actuaciones desarrolladas sobre la enferma durante los pocos días en los que permaneció ingresada en el HUVVA, e insiste en la difícil situación clínica de la enferma, pluripatológica y de edad muy avanzada. Pone de manifiesto el informe la valoración de los médicos que atendían a la paciente, las escasas posibilidades terapéuticas que existían, el beneficio esperable de ellas para la salud de la enferma y el sufrimiento que su implementación le generaría. También detalla el permanente diálogo existente entre los facultativos y la familia y el conflicto familiar acerca de la actitud a adoptar respecto de la madre, con dos hijos que entendían procedente la limitación del esfuerzo terapéutico que propugnaban los facultativos, y una hija, la hoy reclamante, que no aceptaba la situación y exigía la adopción de nuevas medidas terapéuticas.

El conflicto entre los facultativos y uno de los familiares motivó precisamente la intervención del Comité de Ética Clínica del Hospital. Según recoge el informe de la Inspección Médica, *“ante la mala situación general de la paciente se plantea en una situación clínica objetiva cercana al final de la vida, la limitación de las intervenciones que no se consideran beneficiosas para la enferma y que son desproporcionadas porque pueden aumentar su nivel de sufrimiento o acelerar la muerte (vía intravenosa, sonda nasogástrica, sonda de gastrostomía) como la paciente no tiene capacidad de decidir y no hay documento de voluntades anticipadas, sus hijos han de decidir y tomar una decisión en representación de su madre. En la toma de decisión intervienen tres hermanos, dos de ellos aceptan la limitación de intervenciones consideradas desproporcionadas, la otra hija reconoce la situación de final de la vida, pero considera que todavía pueden realizarse intervenciones como una vía intravenosa periférica, una vía central o una sonda nasogástrica. Señala el Presidente del Comité de Ética que es necesario establecer un proceso de dialogo con la hija para intentar llegar algún tipo de acuerdo, explicándole la relación riesgo/beneficio de cada intervención, el compromiso de no abandono y el criterio de la indicación médica que será siempre el mayor beneficio para la enferma”*.

Tras el cambio de médico responsable de la paciente se mantiene el tratamiento. Se explica a la hoy reclamante que, *“dada la mala evolución de la paciente se han desestimado medidas invasivas como colocar vía central o colocar PEG o sonda nasogástrica tanto por sus médicos responsables como por el Comité de Ética, dado el mal pronóstico a corto plazo de la paciente. A las 22:08 del día 08-02-17 la Dra. ... a petición de la hija de la paciente, habla con ella insistiendo ésta en que se aplique a su madre diferentes opciones terapéuticas tales como vía venosa central, sondaje nasogástrico y sonda de gastrostomía. La Dra. informa del mal estado general, desconexión con el medio, anasarca, edemas foveales en MMSS y MMII así como del mal pronóstico, los riesgos/beneficios derivados de cada una de las opciones terapéuticas e intervenciones que solicita. Señalando finalmente la facultativa que, según criterio clínico, “consideramos no modificar el tratamiento para mayor beneficio de la paciente y así evitar el sufrimiento en todo lo posible”*.

Durante todo el proceso asistencial, los profesionales informaron y dialogaron con la totalidad de los familiares de la paciente con el propósito de alcanzar el consenso familiar acompañante al criterio clínico del profesional, que

siempre es lo más deseable en estos estadios finales de la vida de personas, que no han llegado a manifestar o expresar con anterioridad sus voluntades previas.

En cualquier caso, la falta de aceptación por parte de la reclamante de la situación terminal de su madre, y de las limitaciones que la ciencia médica presenta respecto al inexorable final de la vida de las personas, no pueden alterar el favorable parecer que la Inspección Médica efectúa del juicio clínico de los facultativos actuantes, cuando concluye que *“los cuidados prestados, así como las medidas adoptadas y el tratamiento médico-sanitario prescrito y aplicado fueron acordes por parte de todos los profesionales sanitarios con la evolución clínica de la paciente y con una valoración ética del balance riesgo/beneficio”*. Decisiones terapéuticas, éstas, que, como ya se señaló *supra*, la actora no ha llegado a acreditar que fueran inadecuadas en el contexto en el que se tomaron, ni que contribuyeran al fatal desenlace, el cual no es imputable a la actitud meramente paliativa del sufrimiento de la paciente que adoptaron los facultativos, sino a las múltiples patologías que la aquejaban.

Por otra parte, y en relación con la falta de autorización de la reclamante para que se administrara cloruro mórfico a su madre, ha de señalarse que en ningún momento se pautó la utilización de morfina como sedación del paciente terminal en fase de agonía, sino que se dejó prescrito este medicamento por disnea o dificultad respiratoria y a demanda, es decir, a administrar sólo si la evolución clínica de la enferma lo precisaba. De hecho, según consta en la historia clínica, durante todo el ingreso hospitalario, únicamente se administró una dosis pequeña de cloruro mórfico el día anterior al *exitus*, con la finalidad de evitar el dolor que se iba a producir a la paciente al realizarle la cura de las escaras que presentaba en diversas partes del cuerpo, así como al movilizarla para el aseo. La administración de este fármaco de forma puntual, y no en el contexto de una sedación paliativa del paciente terminal en fase de agonía, no precisa del consentimiento del paciente o de sus familiares, sin que se haya acreditado por la interesada que la dosis administrada resultara tóxica o pudiera precipitar el fallecimiento de su madre, como de forma gratuita afirma. Parece oportuno recordar, en este punto, *“que los pacientes no tienen derecho a decidir en qué dosis se administran los medicamentos ni las técnicas médicas concretas que han de ser aplicadas. Al respecto, la sentencia del Tribunal Supremo de 2 de enero de 2012 (recurso 6710/2010) considera que una cosa es la información al paciente y otra entrar en las concretas técnicas médicas”* (Dictamen del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid núm. 364/2013, sobre un asunto que guarda evidentes similitudes con el ahora sometido a consulta).

Corolario de lo hasta aquí expuesto es que, en ausencia de infracción acreditada de la “lex artis”, no puede vincularse causalmente el daño alegado con la actuación médica ni puede calificarse dicho daño de antijurídico, por lo que procede desestimar la reclamación.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al no concurrir todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, en particular, el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, ni su antijuridicidad.

No obstante, V.E. resolverá.