



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº **38/2025**



El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 19 de febrero de 2025, 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 2 de agosto de 2024 (COMINTER 161350), y documentación en formato CD recibida en la sede de este Consejo Jurídico el 7 de agosto de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X y otro, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_285), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 25 de enero de 2017, D. Y y D.^a X formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional

En ella exponen que son, respectivamente, el viudo y la hija de D.^a Z, que falleció el 16 de agosto de 2016 debido a una evidente pérdida de oportunidad.

Seguidamente, explican que su esposa y madre sufrió el 22 de diciembre de 2015 un accidente doméstico que le provocó la fractura de la cadera derecha. Ello motivó que se la trasladara de manera urgente al Hospital General Universitario Santa Lucía (HGUSL) de Cartagena, donde se la ingresó para someterla a una intervención quirúrgica.

La intervención de prótesis total de cadera derecha se le realizó seis días más tarde, es decir, el 28 de diciembre. Destacan que, tras la operación, la paciente comenzó a experimentar episodios de sudoración, temblores del brazo izquierdo, falta de respiración, boca seca y dolor en la zona de la intervención. También sufría un continuo dolor abdominal e inflamación de pies y piernas.

Los reclamantes recuerdan que, pese al mantenimiento de esos síntomas, se le concedió el alta hospitalaria el 4 de enero de 2016. Añaden que un enfermero del Centro de Salud la visitaba en su domicilio para realizarle curas en los edemas de los pies y en la zona de la cicatriz.

Asimismo, relatan que, debido a la situación en la que se encontraba, el 15 de enero se solicitó la asistencia del Servicio de Emergencias 112 porque la enferma sufría dolor agudo en la cadera operada, sudoración excesiva y dificultad para respirar.

El 25 de enero de 2016, en la revisión postoperatoria, le informaron a la paciente de que se había producido un desplazamiento del clavo intraóseo y que la herida quirúrgica estaba infectada, por lo que tenía que ser operada de nuevo. La intervención se llevó a cabo cuatro días más tarde, es decir, el día 29 de dicho mes.

Los interesados destacan que durante el postoperatorio su familiar mostraba los mismos síntomas: sudoración excesiva, mareos, temblores en el brazo izquierdo, sensación de ahogo, dolor y sequedad en la boca. También señalan que estaba desorientada y que padecía infección de orina, dolor de cadera, hinchazón de las piernas y edemas en los pies.

Explican que, pese a ello, se le concedió el alta el 5 de febrero e insisten en que, como la situación seguía siendo la misma, tuvieron que requerir la asistencia del Servicio de Emergencias 112 los días 15 de febrero, 4 y 26 de marzo, 28 de abril y 7 de mayo de 2016.

También apuntan que el 16 de junio se sometió a la enferma a una cuarta revisión en el Servicio de Traumatología y que, como continuaba padeciendo dolores en la cadera y en el muslo, la derivaron a la Unidad del Dolor, aunque con prioridad normal, en vez de remitirla de urgencia.

A continuación, exponen que los síntomas se intensificaron, por lo que tuvieron que llamar de nuevo al citado Servicio de Emergencias los días 21 de junio y 27 de julio de 2016.

De igual modo, los interesados explican que el 16 de agosto de 2016 su familiar experimentó un nuevo episodio de dolor agudo en la cadera operada, acompañado de sudoración excesiva y dificultad evidente para respirar. Y enfatizan que, cuando llegaron los sanitarios del equipo de urgencias 112, media hora más tarde, sólo pudieron confirmar la muerte de la paciente.

Ante la situación expuesta, los reclamantes sostienen que se dispensó a la enferma una asistencia sanitaria deficiente. Por ese motivo, señalan que obtuvieron copia de su historia clínica y que encargaron la elaboración de un informe pericial, que realizó el 15 de septiembre de dicho año el Dr. D. P, especialista en valoración de incapacidades y del daño corporal para la protección social.

En este documento, se contiene un apartado titulado *Consideraciones y Conclusiones médico-legales* en el que se expone que “*En este caso nos encontramos con una paciente que presentaba Hipertensión Arterial de largo tiempo de evolución (siendo este el mayor factor predisponente)*”.

En valoración anestésica se evidencia soplo sistólico, control radiológico anormal y electrocardiograma anormal, sin presentar antecedentes de dichos hallazgos de manera previa. Pese a que en esas condiciones la paciente pudiera operarse y ante hallazgos tan evidentes lo que indica la lógica médica y en base a que la disección aórtica es exponencialmente más frecuente en hipertensos y presentaba las alteraciones en pruebas complementarias de manera concluyente (precisando por tanto un correcto diagnóstico diferencial y tratamiento) lo que dicta la lex artis es realizar interconsulta con cardiología para valoración. La no valoración de un especialista en cardiología con hallazgos clínicos tan preclaros es el ítem fundamental que hubiera permitido el diagnóstico y hubiera habilitado el tratamiento o al menos la posibilidad del mismo.

Los familiares han consultado en numerosas ocasiones al 061 por dicho motivo y acudiendo a Urgencias del Hospital Santa Lucía en abril del 2016, habiendo sido valorada, con una impericia evidente (indicando que no existía soplo, cuando con la patología que presentaba la finada es imposible que no lo presentara y habiendo sido valorada previamente por anestesia con presencia del mismo) refieren que existe cardiomegalia sin realizar ningún estudio más para el diagnóstico de una patología que como se demostró sin valoración ni tratamiento es mortal.

Por tanto y por lo anteriormente expuesto indicamos de manera clara la falta de una correcta LexArtis no aplicando los protocolos establecidos, el conocimiento médico y las actuaciones médico científicas oportunas que a buen seguro hubieran permitido un correcto diagnóstico y tratamiento de la disección aórtica tal y como indica la Sociedad Española de Cardiología”.

Acerca de la valoración de los daños por los que reclaman, los cuantifican en 109.000 € y en 50.000 €, respectivamente, con arreglo a lo dispuesto en las Tablas 1.A y 1.B relativas a las *Indemnizaciones por causa de muerte, por perjuicio personal básico y particular*, que se contienen en el Anexo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Por tanto, solicitan una indemnización conjunta de 159.000 €.

Junto la solicitud de indemnización, los interesados aportan las copias de numerosos documentos de carácter clínico; de un escrito elaborado el 18 de octubre de 2016 por la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 en la que se relacionan los 5 avisos al sistema de llamadas al Centro de Coordinación de Urgencias que se registraron a nombre de la paciente, y del informe médico pericial ya mencionado.

SEGUNDO.- La reclamación se admite a trámite el 9 de febrero de 2017 y al día siguiente se informa de ese hecho a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS), para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente.

Además, ese mismo día se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud II-HGUSL y a la Gerencia de

Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de la Región de Murcia que remitan copias de las historias clínicas de la enferma de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que la atendieron.

TERCERO.- El 21 de marzo de 2016 se recibe una comunicación del Director Gerencia de la referida Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 con la que acompañan las copias de los informes y de las historias clínicas de las asistencias que le prestaron a la paciente diferentes médicos del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Cartagena y una médica de la Unidad Medicalizada de Emergencias 13 (UME 13).

En concreto, se detalla que dichas asistencias se dispensaron los días 22 de diciembre de 2015 y 15 de febrero, 2 y 26 de marzo, 28 y 30 de abril, 21 de junio, 27 de julio y 16 de agosto de 2016.

Por último, se precisa que no se han encontrado registros en la base de datos que evidencien que miembros del personal de la Gerencia hubiesen atendido a la familiar de los interesados los días 15 de enero y 7 de mayo de 2016.

CUARTO.- Por medio de un oficio fechado el 10 de abril de 2017 se envía al órgano instructor una copia, en formato CD, de los 122 archivos que se corresponden con el historial clínico de Atención Especializada de la enferma.

Asimismo, se remite el informe elaborado ese mismo día por el Dr. D. Q, Jefe de Servicio de Urgencias del HGUSL, en el que destaca que la paciente presentaba “antecedentes de enfermedad de Alzheimer atípica sin poder descartar: demencia de cuerpos de Lewy o síndrome tremórico-rígido-bradicinético mixto y en revisión por Psiquiatría por episodio depresivo moderado con síntomas somáticos; fue asistida en el servicio de Urgencias el 22/12/2015 a las 21.23 horas, por caída casual golpeándose y provocándose una fractura sobre la cadera derecha. Tras las exploraciones pertinentes paso a cargo de Traumatología donde quedó ingresada.

• 55 días después, el 15/02/2016, acude de nuevo a urgencias por referir temblor y fiebre (que en urgencias no se objetiva) y tras realización de gasometría venosa, analítica de sangre (hemograma, bioquímica y coagulación) y orina, radiografía de tórax solo se aprecia una infección de partes blandas, por lo que se trata con antibiótico (clindamicina) y se decide su alta.

• Posteriormente el 04/03/16, acude por coxalgia refiriendo dolor crónico que no ha mejorado desde su alta de traumatología. No refiere fiebre ni otros datos clínicos agudos. En la exploración a su llegada se le aprecian molestias a la movilización de la cadera derecha, sin signos externos de inflamación ni aumento de calor local; se le practican análisis y radiografías, además de una pauta de analgesia y tras quedar asintomática, se remite para CONTROL a su médico con una indicación de reevaluación.

• Con fecha 28/04/16, de nuevo 55 días después de la última asistencia de urgencias, acude por temblor y episodios de rubefacción que según refieren ya presentaba en el hospital y que persisten tras el alta de traumatología en febrero, los episodios van en aumento con temblor basal, prurito generalizado y diaforesis nocturna (3-4 veces a la semana), motivo por el que ha sido valorada por neurólogo y psiquiatra. Refiere además ortopnea, dolor abdominal y síndrome miccional.

Tras encontrarle una infección de orina en los análisis y obtenerse mejoría con paracetamol, se le pide un urocultivo y se remite a su médico con un tratamiento antibiótico".

QUINTO.- El 10 de mayo siguiente se remite al órgano instructor el informe realizado el día anterior por la Dra. D.^a R, facultativa especialista de Traumatología.

En este documento se señala que la paciente fue atendida en ese Servicio, por primera vez, el 22 de diciembre de 2015, por dolor en la cadera derecha tras una caída. Además, se expone lo siguiente:

"ANTECEDENTES PERSONALES:

Alérgica a Penicilina. HTA [hipertensión arterial]. Fumadora activa.

Demencia degenerativa primaria (vs Demencia de cuerpos de Lewy). Episodio depresivo moderado con síntomas somáticos. Todo ello en tratamiento y seguimiento por Psiquiatría

Síndrome tremórico-rígido-bradicinético y encefalopatía vascular moderada en tratamiento y seguimiento por Neurología.

(...)

HISTORIA CLÍNICA:

A su llegada el día 22.12.15 presentaba dolor de cadera derecha, acortamiento y rotación externa.

Se le realizó Rx de cadera observándose Fractura pertrocantárea de fémur derecho.

Se realizó ingreso hospitalario en Traumatología para tratamiento quirúrgico. Se instauró tratamiento sintomático del dolor, profilaxis antitrombótica y tracción de partes blandas.

Tras el estudio preoperatorio y la firma del consentimiento informado a la familia para la intervención, se realizó intervención quirúrgica el día 28.12.15 colocándose un clavo trocantérico anterógrado percutáneo.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones presentando un control radiológico postquirúrgico correcto, comenzando la paciente la deambulación al 6º día de la intervención. Causó alta hospitalaria el día 04.01.16.

Fue revisada en consultas externas el día 25.01.16, con radiografía donde se observó migración del tornillo cefálico del clavo fuera de la cabeza femoral, presentando dolor invalidante de cadera derecha.

Se realizó todo el procedimiento para nueva intervención como urgencia diferida llevándose ésta a cabo el día 29.01.16, consistiendo en retirada del clavo y colocación de 2 cerclajes alámbricos para osteosíntesis del trocánter mayor y prótesis total de cadera. Durante su estancia hospitalaria tras la intervención se instauró tratamiento antibiótico por infección urinaria, fue solicitado y vista por Neurología por aumento del temblor de reposo y se solicitó tratamiento rehabilitador comenzándose en planta hospitalaria. Tras evolución satisfactoria de la paciente, ésta fue dada de alta hospitalaria el día 05.02.16.

Fue revisada en consultas externas de Traumatología en las siguientes fechas:

El 25.02.16 con radiografía de cadera derecha que era correcta. La herida quirúrgica presentaba buen aspecto. La paciente había comenzado a caminar con andador. Refería dolor de la cadera y episodios de temblor más acentuado y "acaloramiento" con sudoración sin fiebre termometrada, refiriendo algún episodio similar previo a la última cirugía. Se solicitó analítica.

El 07.03.16. Refería nuevos episodios de sudoración y enrojecimiento, sin fiebre termometrada. Caminaba. La analítica era correcta con descenso de la PCR. Ante los síntomas clínicos inespecíficos, se realizó interconsulta al servicio de Neurología para nueva valoración clínica por sospecha de posible empeoramiento de su sdme. extrapiramidal.

El 06.04.17: Refería estar caminando por casa con andador además de estar en tratamiento rehabilitador.

El 16.06.16: Seguía caminando, con mejoría clínica, aunque con persistencia del dolor en muslo derecho y rodillas. La herida estaba curada indurada sin enrojecimiento, presentando la misma induración en muslo contralateral. Presentaba importante rigidez muscular. La radiografía de cadera era correcta. Seguía en rehabilitación. Se solicitó nueva analítica de control e interconsulta a la Unidad del dolor".

SEXTO.- Los días 23 y 25 de mayo de 2017 se remite sendas copias del expediente administrativo a la correduría de seguros del SMS y a la Inspección Médica, respectivamente, para que se puedan elaborar, en su caso, los informes pericial y valorativo correspondientes.

SÉPTIMO.- El 30 de noviembre de 2022 se recibe una comunicación de la Inspectoría Médica en la que solicita que el Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor emita un informe detallado "sobre los

hallazgos radiográficos en tórax, exploración cardiaca, y ECG, así como la explicación a familiares sobre el riesgo anestésico (ASA III), junto a una copia del Consentimiento Informado firmado por la hija, en las dos consultas Preanestésicas realizadas” a la paciente los días 24 de enero de 2015 y 28 de enero de 2016.

Asimismo, solicita que se le facilite el informe del doppler de troncos supraaórticos realizado el 24 de agosto de 2015.

Además, el 13 de enero de 2023 la Inspectora Médica demanda que se le facilite una copia del informe de autopsia emitido el 26 de agosto de 2016 por el Instituto de Medicina Legal y Forense de Murcia, Subdirección Cartagena.

OCTAVO.- Efectuada la oportuna solicitud de documentación a la Dirección Gerencia del Área de Salud II-HGUSL, el 21 de febrero de 2023 se recibe, en primer lugar, el informe suscrito el día 8 de ese mes por el Dr. D. S., Jefe de Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, en el que advierte de que adjunta las copia de los informes de valoración anestésica, de los documentos de consentimiento informado correctamente firmados y los electrocardiogramas (ECG) que se le realizaron a la paciente en dos momentos distintos.

Además, expone que “*La exploración cardiaca y la valoración del ECG son anómalos, como quedan reflejados en ambos documentos, pero no contraindican de forma absoluta la intervención quirúrgica. De idéntica forma, la placa de tórax presenta hallazgos patológicos que no contraindican de forma absoluta la intervención quirúrgica. En ambos casos, se informa a la familia de que en base a su historia clínica y las pruebas realizadas el riesgo anestésico está elevado (ASA III), aceptando dicho riesgo mediante la firma del documento del CI (una por parte de la paciente y otra por la hija). En el documento queda reflejado que se informa a la familia en las dos ocasiones*”.

Con el escrito se acompañan los documentos ya referidos.

En segundo lugar, se aporta el informe del doppler de troncos supraaórticos que se le efectuó a la enferma el señalado 24 de agosto de 2015, que aparece firmado por un especialista en Radiodiagnóstico.

NOVENO.- El 23 de febrero de 2023 se remite una copia de la documentación anteriormente mencionada a la Inspección Médica.

DÉCIMO.- Una vez obtenido el Informe de autopsia solicitado, con fecha 16 de noviembre de 2023 se envía a la Inspección Médica.

En ese documento forense se contiene la siguiente consideración: “*La causa de la muerte claramente ha sido la disección aórtica a nivel de raíz, en porción intrapericárdica, produciendo sangrado a cavidad pericárdica que ha originado un fracaso diastólico por taponamiento cardiaco y muerte súbita de origen cardiaco*”.

Además, con esa misma fecha se remiten a la correduría de seguros del SMS las copias de los nuevos documentos incorporados al expediente administrativo.

UNDÉCIMO.- El 19 de enero de 2024 se recibe el informe realizado el día anterior por la Inspección Médica, en el que se exponen las siguientes conclusiones:

"PRIMERA: [La paciente fallecida] sufría desde el año 2009 de Hipertensión Arterial, Depresión, Encefalopatía Vascular, Demencia de Cuerpos de Lewy (Enfermedad de Alzheimer atípica) y Síndrome Tremorico-rígido-bradicinético mixto. Fumadora activa. Dependencia completa para AVD [actividades de la vida diaria].

SEGUNDA: El 28/12/2015 requirió tratamiento quirúrgico de fractura pertrocantárea de fémur derecho y el 29/01/2016 reintervención por protrusión secundaria del tornillo.

TERCERA: En los preoperatorios realizados los días 24/12/2015 y 28/01/2016 se detectaron anomalías ECG y radiológicas de las que se informó a la familia correctamente, firmando la hija los correspondientes Consentimientos Informados.

Si bien, no consta en la HC que se realizara seguimiento posterior de los mismos, o se solicitara valoración al Servicio de Cardiología.

CUARTA El incremento del dolor causado por la fractura de cadera agudizó la patología de base, y requirió la prescripción de Tramadol como

analgésico, que pudo ser el origen de un síndrome serotoninérgico al interaccionar con su tratamiento habitual, causante de la sintomatología que requirió las continuas asistencias de urgencias.

QUINTA: El Informe Médico Forense de autopsia emitido el 26/08/2016 afirma que la muerte súbita de la paciente fue causada por la disección de la raíz aórtica en porción intrapericardica con hemopericardio y taponamiento cardiaco.

Consideramos esta más relacionada con la HTA crónica de la paciente, su edad y su hábito tabáquico.

SEXTA: La esperanza de vida en pacientes con Demencia de Cuerpos de Lewy es de siete a ocho años desde el diagnóstico.

La mortalidad en la disección aortica Aguda tipo A es del 21% a las 24 horas, el 37% a las 48 horas, el 89% al tercer mes.

SEPTIMA: *El dolor torácico, brusco, muy intenso y agudo que sufrió la paciente esa tarde, "tras una fuerte discusión con su hijo, y que causó un sincope ..." nada tiene que ver con el manifestado en ocasiones anteriores por la paciente.*

OCTAVA: *A criterio de esta Inspección Médica. NO existe nexo de causalidad entre el estudio preanestésico anormal tras la ROTURA DE CADERA Y LA ROTURA AORTICA que ha desencadenado el exitus de la paciente".*

DUODÉCIMO.- El 27 de febrero de 2024 se concede audiencia a los reclamantes para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estime pertinentes.

No obstante, ante la imposibilidad de efectuar la notificación de dicho acuerdo por vía postal, en el último domicilio conocido en dos ocasiones, se efectúa la notificación mediante un anuncio publicado en el Suplemento de Notificaciones del Boletín Oficial del Estado núm. 125, de 23 de mayo de 2024, de acuerdo con lo establecido en el artículo 44 LPAC.

No consta que los interesados hayan hecho uso de los derechos mencionados.

DECIMOTERCERO.- Con fecha 1 de agosto de 2024 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 2 de agosto de 2024, que se completa con la presentación de documentación complementaria, en formato CD, el día 7 del citado mes.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya 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

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

I. La reclamación por daño moral se ha formulado por dos personas interesadas que son el viudo y la hija de la paciente fallecida, según se deduce del contenido del expediente administrativo. Sin embargo, conviene destacar que no se han aportado al procedimiento las copias del certificado de defunción de la familiar de los reclamantes y del Libro de Familia, que sirva para acreditar las relaciones matrimonial y maternal señaladas.

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 LPAC 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 paciente se produjo el 16 de agosto de 2016 y la acción de resarcimiento se interpuso el 25 de enero del siguiente año 2017, dentro del plazo de un año establecido al efecto y, por tanto, de manera temporánea.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado con notable exceso el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LCAP, dado que se ha debido esperar más de seis años y medio a que la Inspección Médica emitiera su informe, lo que supone un retraso a todas luces desmedido.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada 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 números 49/01 y 97/03 del 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 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 3^a, 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 de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

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

Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, 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.

Ya se ha adelantado que los interesados solicitan que se les reconozca el derecho a percibir una indemnización conjunta de 159.000 € como consecuencia del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, que se produjo en agosto de 2016.

Argumentan en la solicitud de indemnización que no se le dispensó a la paciente una asistencia médica adecuada en el HGUSL y, en concreto, que en los estudios preanestésicos que se le realizaron antes de las intervenciones a las que se la sometieron no se valoraron adecuadamente los controles radiológicos y los electrocardiogramas (ECG) que habían ofrecido resultados anormales ni tampoco la existencia de un soplo sistólico. Por esta razón, sostienen que se la debió haber derivado al Servicio de Cardiología para que hubiese sido debidamente tratada.

En apoyo de su pretensión resarcitoria y para fundamentar la imputación de mala praxis citada, los reclamantes han presentado un informe realizado por un médico valorador del daño personal pero que no es especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología ni en Cardiología.

Por su parte, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento la historia clínica completa de la familiar de los reclamantes, el informe forense que se elaboró como consecuencia de su fallecimiento, los informes de los facultativos que la atendieron en la sanidad pública y, en particular, el de la Inspección Médica.

En la Conclusión Tercera de este último informe se reconoce que en los citados estudios preoperatorios realizados los días 24 de diciembre de 2015 y 28 de enero de 2016 se detectaron anomalías radiológicas y en los ECG. Y, asimismo, que no consta que por esa razón se realizase un seguimiento posterior o se solicitara valoración al Servicio de Cardiología.

Por otro lado, en la Conclusión Primera de documento se resaltan los distintos y graves antecedentes que presentaba la enferma, entre los que destacaba la hipertensión arterial y, en particular, la demencia con cuerpos de Lewy (una variante de la enfermedad de Alzheimer) que podía justificar los trastornos que padecía, como los temblores, y la mala regulación de las funciones corporales dependientes del sistema nervioso autónomo, que provocaban el incremento de la presión arterial y de la frecuencia cardiaca y una sudoración excesiva, entre otras alteraciones.

En otro sentido, reconocen los interesados y se admite asimismo en el informe de la Inspección Médica que en la consulta de Psiquiatría a la que acudió la enferma el 9 de marzo de 2016 se constató que había estado tomado

Tramadol como analgésico (desde el día 4 de ese mes) para combatir el dolor que sufría y que podía interactuar negativamente con el tratamiento antidepresivo. Por tanto, que ello pudo provocar que los síntomas que padecía (inquietud de predominio vespertino, con temblor, sudoración profusa, enrojecimiento facial y síntomas de confusión con lenguaje incoherente) pudiesen corresponder con un síndrome serotoninérgico que, como se reconoce en la Conclusión Cuarta, pudo causar la sintomatología que motivaron las distintas asistencias de urgencias de las que se ha dado cuenta.

Debido a esa circunstancia, el psiquiatra redujo en esa sesión la dosis del antidepresivo e indicó la necesidad de consultar con el médico de Atención Primaria o con el traumatólogo para valorar el cambio o la reducción de pauta del *Tramadol*.

En el informe del Servicio de Inspección se reconoce que “*Los cuadros leves y moderados suelen resolverse tras la suspensión del tratamiento. Los cuadros graves pueden ser muy graves e incluso mortales y requieren hospitalización inmediata*”.

En este supuesto, como se ha señalado, la interacción del antidepresivo con el *Tramadol* sólo se produjo durante cinco días y, en todo caso, se sabe que no fue la causa que provocó el fallecimiento de la enferma.

De forma contraria, en el informe de autopsia que se ha mencionado se expone la conclusión de que la muerte súbita de la paciente fue causada por la disección de la raíz aórtica en porción intrapericárdica con hemopericardio y taponamiento cardiaco. Además, se da cuenta en ese informe de la existencia de un “*desgarro transversal de toda la cara posterior de raíz aórtica, que presenta numerosas placas ateramatosas y consistencia de pared rígida, unos 2 mm por encima de la válvula*”.

A juicio de la Inspectoría Médica, dicha rotura aórtica guardó relación con la hipertensión arterial que padecía la enferma y con su edad y con el hábito tabáquico que mantenía (Conclusión Quinta de su informe). En ese sentido, sostiene que el dolor torácico, brusco, muy intenso y agudo que sufrió la tarde de su fallecimiento no tuvo nada que ver con los síntomas que había manifestado la paciente en otras ocasiones (Conclusión Séptima).

Esas consideraciones motivan que la Inspección Médica considere que no existe un nexo de causalidad entre los resultados obtenidos en los estudios preanestésicos que se le efectuaron a la familiar de los reclamantes y la rotura aórtica que fue lo que causó su fallecimiento (Conclusión Octava).

Por tanto, no se aprecia que se haya incurrido en este caso en un supuesto de mala praxis, ni que exista una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento normal del servicio sanitario y el daño moral por el que se reclama, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha demostrado convenientemente. Así pues, pese al lamentable desenlace que se produjo en este supuesto, procede la desestimación de la reclamación planteada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria, en concreto, una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y el daño moral que se alega, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha acreditado.

No obstante, V.E. resolverá.

