



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 179/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 15 de julio 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 9 de enero de 2025 (COMINTER 2149), y documentación en formato CD recibida en la sede de este Consejo Jurídico el 13 de enero de 2025, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, en representación de D. Y y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2025_008), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- En fecha 11 de enero de 2024, una Letrada, actuando en nombre y representación de D. Y, D.^a Z y D.^a P y D.^a Q (en adelante, los reclamantes), presentan reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración regional, por los daños que dicen haber sufrido como consecuencia del fallecimiento de D. R (en adelante, el paciente), hijo y hermano, respectivamente, de los reclamantes, como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue dispensada por el Servicio Murciano de Salud (SMS) en el Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Arrixaca” (HUVA), en Murcia, durante los días 15 a 17 de enero de 2023.

Relata los reclamantes que, el día 15 de enero, el paciente, persona de 23 años, con múltiples patologías desde edad prematura y una minusvalía, acude al HUVA, en compañía de sus padres debido a un fuerte dolor abdominal, donde tras una primera exploración queda ingresado, se le aplica un enema rectal y le realizan varias pruebas complementarias, analítica de sangre y un TAC, pudiendo detectarse en esta última prueba una marcada dilatación de todo el cólon cólico, hasta 8.5 cm de calibre máximo, probablemente secundario a vólvulo de sigma. Al volver a explorarlo, el dolor abdominal había cesado, y tras consulta al Servicio del Aparato Digestivo, se descarta la necesidad en dicho momento de la realización de una colonoscopia descompresiva y se decide darle el alta.

Tres horas y media después, aproximadamente, el paciente acude de nuevo junto a sus padres, al Servicio de

Urgencias del mismo hospital de nuevo por fuerte dolor abdominal y dado que está el mismo equipo médico que le ha explorado en el ingreso anterior, deciden dejarle ingresado y tenerlo en observación. En el cambio de guardia se comenta el caso y se decide una colonoscopia descompresiva, por sospecha de vólvulo de sigma, que en primera instancia se suspende porque el paciente empieza a vomitar. Se recomienda colocación de sonda nasogástrica (SNG), que no se logra llevar a cabo tras múltiples intentos por diferentes personas. Tras la realización de un nuevo enema, que no resulta efectivo, esa tarde, al no presentarse vómitos de nuevo, se le realiza una colonoscopia descompresiva, reflejando en el informe de la prueba la imposibilidad de avanzar más allá del sigma por gran angulación que impide el paso, indicando además que no se puede descartar "vólvulo de sigma? ??.

Tras la colonoscopia descompresiva efectuada en la tarde del día 16/01/2023, se explora de nuevo al paciente y se solicitan varias pruebas de control, Rx y TAC del abdomen, que finalmente no se le llegan a hacer.

El padre refiere que durante toda la tarde-noche del día que fallece su hijo avisa a enfermería varias veces porque el "gotero" no funciona. Las enfermeras lo revisan varias veces. Según el padre se mantuvo obstruido siempre, y así se lo confirmaron los médicos que fueron a reanimarle cuando tuvo la parada cardiorrespiratoria 12 horas después.

El padre llama en repetidas ocasiones a las enfermeras pidiendo que se persone el médico, que no acude en ningún momento. Tal y como consta en la historia clínica, el servicio de enfermería avisa al médico especialista CGD (Cirugía General y del Aparato Digestivo) de guardia a las 2:40 h. y 3:30 h. porque no cedía la agitación y tenía dolor y no acude.

No se vuelve a avisar, en este caso a los médicos de la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), hasta las 04:10 horas, aproximadamente, de la madrugada, momento que el paciente entra en parada cardiorrespiratoria y, tras 20 minutos de reanimación, no se logra la resucitación y el paciente fallece, certificando el éxitus a las 04:30 h. La familia rechaza la autopsia.

Como conclusión, indican que hubo una posible desatención al paciente durante las horas previas a su fallecimiento, considerando que se llevaron a cabo una serie de decisiones que sin lugar a dudas desembocaron en su fallecimiento:

- De una parte, en el momento de realizarle la colonoscopia descompresiva, no se realizó seguidamente una gastroscopia y se le colocó una SNG, teniendo presente que había sido prescrita su colocación con anterioridad a la realización de la colonoscopia descompresiva, y no se llevó a cabo por imposibilidad, de la cual se desconocen las causas. Dicha SNG hubiese impedido el vómito y la consiguiente broncoaspiración y parada cardiorrespiratoria que le llevó al fallecimiento.

- Así mismo, no se le realizó ninguna prueba complementaria de control tras la realización de la colonoscopia descompresiva, a pesar de haber sido prescrito un TAC abdominal y Rx abdominal.

- Por último, y considerando lo más gravoso de la intervención sanitaria, no se personó ningún médico para valorar

el empeoramiento de la situación clínica del paciente la madrugada del día 17 de enero de 2023, a pesar haberlo solicitado el servicio de enfermería en dos ocasiones, como así queda probado, a petición del padre, ya que estaba viendo el empeoramiento de su hijo.

Solicita una indemnización total de 273.112,12 euros: 105.809,46 euros para cada uno de los padres y 30.746,60 euros para cada una de las hermanas.

Acompañan a la reclamación, poder para pleitos, informes médicos de su asistencia en el HUVA, Libro de Familia, Certificado de Defunción del paciente y facturas del sepelio.

También acompaña informe médico-pericial, de 11 de diciembre de 2023, emitido por el Dr. S, Especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo, en el que se concluye:

“La causa del éxitus fue la broncoaspiración masiva debida al vómito (por el cuadro obstructivo causado por el vólvulo de sigma no resuelto y estar sin SNG), que le produjo una parada cardiorespiratoria.

Probablemente el haberle puesto una SNG al realizarle la colonoscopia, hubiera podido evitar la broncoaspiración.

Se le debería haber realizado una radiografía de abdomen al hacerle la colonoscopia descompresiva para ver si se había resuelto el cuadro obstructivo. El enfermo estuvo de madrugada con dolor abdominal y en la analítica había 25.000 leucocitos, datos suficientes para pensar en la no resolución del cuadro.

Y lo que no tiene ninguna justificación, es que se llame en la madrugada del día 17 de enero de 2023 al cirujano de guardia en dos ocasiones (02:40h am y 03:30h am) por parte de enfermería porque el paciente estaba con dolor y agitado y no acudan a verle y valorarle. Poco después (4:10 h am), está en parada por broncoaspiración masiva”.

Igualmente, aportan informe psicológico-pericial, de 8 de enero de 2024, con las siguientes conclusiones:

“Primero. Las conclusiones están basadas en las evaluaciones realizadas a los peritados, en el momento de la evaluación y siguiendo la aplicación de la metodología mencionada al comienzo de este informe.

Segundo. En cuanto a lo que respecta a todos los informados, existe gran claridad en la narración de los hechos vividos. Por lo que no impresiona de posibles fantasías sobre los hechos relatados. Los peritados, no distorsionan los hechos sucedidos por lo que se encuentran en un plano real en todo momento, coincidiendo con características compatibles de veracidad en su relato. Esta afirmación queda apoyada de manera objetiva mediante las pruebas psicométricas aplicadas: PAi, SIMS Y EGEP-5.

Tercero. Cuando una pérdida ocurre de manera sorpresiva, sin llegar a esperar ese suceso, el nivel de angustia de la víctima es mucho mayor. La pérdida viene dada en un ambiente hospitalario, al cual recurrieron debido a que consideraban que ahí habría más herramientas que las que ellos podían tener en casa para atender a su hijo. Por este motivo, el nivel de indefensión e impotencia por el abandono sufrido es mucho mayor.

Cuarto. El duelo es el proceso natural de adaptación a la pérdida, y a menudo se acompaña de síntomas emocionales y físicos como tristeza, llanto, falta de apetito, fatiga y dificultad para dormir. Sin embargo, cuando estos síntomas se prolongan y se intensifican más allá de lo que se considera normal, el duelo puede convertirse en una enfermedad mental conocida como duelo patológico o complicado.

Quinto. El duelo patológico, también conocido como duelo complicado o prolongado, es una forma de duelo que no sigue un proceso natural de adaptación a la pérdida. En lugar de experimentar una serie de emociones y reacciones que finalmente conducen a la aceptación y la resolución del dolor, las personas que sufren de duelo patológico quedan atrapadas en una fase de dolor intenso, tristeza y desesperación que no desaparece con el tiempo. El duelo patológico se caracteriza por la intensidad, la duración y la interferencia en la vida cotidiana de la persona. Las personas que lo experimentan pueden tener dificultades para seguir adelante, experimentar un aislamiento social y una sensación de desconexión con la realidad. También pueden experimentar síntomas físicos, como fatiga, trastornos del sueño y cambios en el apetito.

Toda esta sintomatología es por la que está atravesando la unidad familiar, los miembros, están atravesando un duelo patológico, cada uno a su forma y con su sintomatología personal, pero en este caso ninguno ha podido elaborar su duelo de forma natural. Este tipo de duelo, queda justificado por la sensación de indefensión y desatención que experimentaron en el hospital, la sensación de que la situación hubiera podido tener otro final si hubiera recibido la atención esperada, etc. No aceptar el fallecimiento de la persona, en este caso hijo y hermano, lleva a vivir un duelo patológico.

Sexto. La familia ha cambiado sus rutinas, han dejado de pasar cerca de hospitales, porque rememoran los hechos sucedidos, evitan hablar del tema de forma natural, no se relacionan con las personas que venían acostumbrados a hacerlo, han sufrido cambios fisiológicos, cognitivos y conductuales,

Séptimo. Toda la unidad familiar, muestra sintomatología compatible con un Trastorno de Estrés Postraumático por el acontecimiento vivido, además de estar sufriendo el duelo patológico del que hemos hablado previamente. Se ha podido comprobar en las sesiones de recogida de información y de igual modo y de una forma más objetiva, en los resultados de la prueba EGEP-5. Cumplen con todos los criterios diagnósticos del TEPT, que son los siguientes: exposición a acontecimiento traumático; síntomas intrusivos; evitación; alteraciones cognitivas y del estado de ánimo; alteraciones en la activación y reactividad; duración de la sintomatología; funcionamiento; despersonalización (síntoma relacionado con la ansiedad).

Octavo. El duelo patológico afecta a un número elevado de personas. Esto dificulta notablemente su vida. Pero, también ocurre que quien lo sufre no siempre identifica que tiene algo patológico, lo que generará una persistencia de los síntomas a lo largo del tiempo. El duelo patológico que están sufriendo, no viene determinado por la pérdida del hijo que falleció a los pocos días de nacer, ya que como se ha recogido en las entrevistas, continuaron con su vida con normalidad y elaboraron el duelo de forma sana. La sintomatología que presentan los evaluados es, negación persistente; ira y culpa; depresión; ansiedad; pensamientos recurrentes; obsesión y aislamiento social”.

SEGUNDO.- Con fecha 22 de enero de 2024, se admite a trámite la reclamación mediante resolución del Director Gerente del SMS, que ordena la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a comunicar al interesado 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 solicita a la Gerencia del Área de Salud I la copia del historial clínico del paciente y el informe de los facultativos que prestaron la asistencia.

Del mismo modo, da traslado de la reclamación a la correduría de seguros del SMS.

TERCERO.- Unida al expediente la documentación solicitada por la instrucción, consta el informe del Dr. D. T, Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo y la Dra. V, FEA del mismo Servicio, en el que indican:

“El paciente arriba epigrafiado, estando ingresado por sospecha de vólvulo intestinal, ya por tercera vez en los últimos 2 años y habiendo sido intervenido en 2 ocasiones por este motivo, se presenta en sesión clínica de urgencias del Servicio de Cirugía General, y con el consenso de la Unidad de Coloproctología se recomienda intentar la devolvulación con técnica endoscópica y posteriormente indicar una cirugía programada, dado el alto riesgo de iatrogenia que puede acontecer durante una cirugía de urgencias, por los múltiples antecedentes quirúrgicos abdominales previos, que condicionaron la recidiva de cuadros similares.

Durante la guardia del día 16/01/23, como se detalla en el informe clínico de Selene (NHC 522393), se realiza la endoscopia y tras la realización de dicha prueba se solicita Rx abdominal y valoración de TAC de control para el día siguiente.

Nos avisan urgente de madrugada para comunicarnos que el paciente está en parada y tras la realización de RCP junto con los compañeros de UCI, desafortunadamente fue éxitus a pesar de las medidas de reanimación.

Se ofrece al familiar la realización de necropsia para confirmar la causa última del fallecimiento (sospecha de bronco espasmo masivo), siendo esta rechazada”.

CUARTO.- El 4 de abril de 2024, se solicita a la Dirección General de Planificación, Farmacia e Investigación Sanitaria el preceptivo informe de la Inspección Médica.

QUINTO.- En fecha 13 de junio de 2024, los reclamantes solicitan determinada información y documentación al SMS, siendo respondida dicha solicitud mediante oficio de 19 de dicho mes.

SEXTO.- En fecha 26 de junio de 2024, los reclamantes vuelven a presentar escrito por el que solicitan:

“• Se informe a la mayor brevedad posible si se ha dictado ACUERDO DE SUSPENSIÓN DE PLAZOS, los motivos de dicho acuerdo, la fecha de adopción, el tiempo máximo de dicha situación y remitan copia a esta parte del referido acuerdo. Subsidiariamente, de no ser así, se insta a la formalización de dicho acuerdo de suspensión de actos y a la posterior notificación a esta parte.

• Se informe de la admisión o denegación a trámite de las pretensiones formalizadas en escrito de fecha 13 de junio de 2024, y en caso positivo, se cumplimente lo solicitado de conformidad con la normativa legal y los preceptos establecidos en dictámenes previos emitidos por el Consejo Jurídico de la Región de Murcia”.

SÉPTIMO.- En fecha 27 de junio de 2024, se solicita por la instrucción del procedimiento al Gerente del Área I que remita la documentación solicitada por los reclamantes.

OCTAVO.- En fecha 2 de julio de 2024, los reclamantes solicitan “certificado acreditativo del silencio administrativo por haber transcurrido el tiempo legal sin haber procedido a la resolución y notificación del expediente al interesado”; certificado que es emitido en fecha 12 de julio de 2024 en sentido desestimatorio de la reclamación.

NOVENO.- En fecha 6 de julio de 2024, la compañía aseguradora del SMS, elabora dictamen médico pericial de valoración del daño corporal, con las siguientes conclusiones:

1. Los familiares de D. R reclaman al Servicio Murciano de Salud por los daños y perjuicios ocasionados por la Administración Sanitaria, por supuesta vulneración del *lex artis* de los facultativos pertenecientes al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, (HCUVA) que finalmente culminó con el fallecimiento de D. R.
2. Cuantifican el daño en 273.112,12 €.
3. Se nos encarga determinar la indemnización que corresponde por fallecimiento con arreglo al Baremo anexo la ley 35/2015. Para poder realizar la valoración, asumimos la tesis de los demandantes, según la cual el fallecimiento deriva de una mala asistencia prestada, lo que no implica que consideremos que haya sido así.
4. La indemnización básica del progenitor varía en función de que el hijo fallecido sea menor o mayor de 30 años. Así a los dos progenitores les corresponden mayores les corresponde 83.317,93 € a cada uno por ser D. R menor de 30 años en el momento del fallecimiento.
5. La indemnización básica de los hermanos varía en función de que estos sean menores o mayores de 30 años. Así a las dos hermanas les corresponden 23.805,12 € a cada una por ser menor de 30 años en el momento del fallecimiento.
6. El Perjuicio particular por convivencia solo aplica, en el caso de los progenitores, si los hijos fallecidos tenían más de 30 años. En el caso de las hermanas, solo aplica si las hermanas tuvieran más de 30 años. Por lo tanto, no es aplicable en este caso.
7. Corresponde un perjuicio patrimonial básico sin necesidad de justificación de una cantidad fija por gastos razonables a cada perjudicado. La cantidad fija para 2023 es 476,10 €.
8. El resarcimiento de los gastos específicos de traslado del fallecido, entierro y funeral, incluido el de repatriación, está contemplado en el baremo, conforme a los usos y costumbres. Se aporta factura por importe de 1.343,40 euros.
9. Se aporta informe pericial psicológico de los familiares de D. R firmado por la Dra. W (folio 46 Expediente Administrativo [EA]). En la reclamación se afirma que se adjunta factura por importe de 2.057 euros, pero no se encuentra en la documentación analizada.
10. El baremo no contempla por tanto la indemnización de la posible secuela en los familiares, sino los gastos de tratamiento médico y psicológico que pudieran reclamar los familiares de víctimas fallecidas (cónyuge viudo, ascendiente, descendientes, hermanos y a llegados) así como los de grandes lesionados que tienen derecho a ser resarcidos por los gastos de tratamiento médico y psicológico que reciban durante un máximo de seis meses por las alteraciones psíquicas que, en su caso, les haya causado el accidente.
11. La reclamación afirma que "han requerido ayuda psicológica y tratamiento específico, que en la actualidad siguen precisando". El escrito tiene fecha 9.12.2023. Sin embargo, el informe psicológico que aportan tiene fecha 8.01.2024 y queda constancia de que no han recibido tratamiento psicológico, de hecho, recomienda expresamente que reciban este tratamiento.
12. Corresponde al juzgador establecer si procede indemnizar por este concepto. En nuestro conocimiento del baremo, el perjuicio puede valorarse en los epígrafes contemplados en el texto y no procede valorar un perjuicio excepcional".

DÉCIMO.- En fecha 30 de agosto de 2024, la compañía aseguradora del SMS remite informe médico-pericial,

emitido por un Especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo, con las siguientes conclusiones:

“1. El paciente, D. R, fue atendido conforme a criterios estándar universales en su ingreso por urgencias en el Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca.

2. Se le indicó, correctamente, la práctica de colonoscopia de descompresión. Fue correcto suspenderla y no hacerla ante la presencia de vómitos. Se realizó más tarde con el paciente tranquilo y en ausencia de vómitos.

3. No compartimos la decisión de desistir de la colocación de sonda, con ocasión de la primera (suspendida) o segunda colonoscopia, pero parece justificarse en el hecho de que "Unas horas después, el paciente parece no presentar dolor abdominal y no vomita por lo que se realiza la colonoscopia. Tras ello el paciente se encuentra tranquilo, sin dolor". optando por dar unas horas de reposo al paciente.

4. La atención recibida por el paciente, D. R, no se ajusta a Lex artis”

UNDÉCIMO.- En fecha 16 de septiembre de 2024, la Directora Gerente del SMS considera oportuno iniciar negociaciones con la parte reclamante, por lo que, en virtud de lo establecido en la póliza de seguro, se autoriza a la Aseguradora, a gestionar dicha negociación, dando oportuno conocimiento del resultado de esta.

DUODÉCIMO.- En fecha 8 de noviembre de 2024, la compañía aseguradora remite acuerdo, firmado por los reclamantes, en el que se indica: *“Que no existiendo discrepancias entre las partes en lo que a la asistencia sanitaria prestada se refiere, se proceda a la terminación del Procedimiento Administrativo nº 45/24 (MJ/P) por resolución convencional mediante el abono de la cantidad de DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL QUINIENTOS CINCUENTA EUROS CON NOVENTA CÉNTIMOS (219.550,90 €), como indemnización por todos los daños y perjuicios, materiales, personales y morales, pasados, presentes y futuros, que se hayan podido ocasionar a los reclamantes como consecuencia de la asistencia sanitaria objeto de controversia.*

La cantidad de acuerdo ha sido fijada en virtud de los criterios 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 individualizada a las lesiones y estado de salud del paciente.

(...)

Esta propuesta de acuerdo de terminación convencional del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial está supeditada al Dictamen que emita el Consejo Jurídico de la Región de Murcia”.

DECIMOTERCERO.- En fecha 11 de noviembre de 2024, la Gerencia del Área I remite la información que previamente le había sido solicitada por la instrucción del procedimiento (Antecedente séptimo).

DECIMOCUARTO.- En fecha 28 de noviembre de 2024, se emite informe por la Inspección Médica con las siguientes conclusiones:

“1.-Las primeras actuaciones realizadas en la atención del paciente (observación médica, exploración clínica, analítica, TC con contraste y tratamiento de la sintomatología) fueron adecuadas y conformes a las

recomendaciones de tratamiento.

2.- Sin signos clínicos de complicación (necrosis o perforación) se indicó adecuadamente el tratamiento de elección en vólvulos de sigma no complicados: la endoscopia descompresiva (intento de devolvulación).

3.-No fue posible la colocación de una sonda nasogástrica a pesar de los esfuerzos de varios profesionales, en un paciente con grandes dificultades de colaboración. No había ninguna indicación de realización de gastroscopia, procedimiento muy molesto para el paciente y que hubiera posibilitado la inserción.

4.- Después de la realización de la colonoscopia descompresiva, es adecuada la decisión de posponer la TC de control (por el incremento de creatinina plasmática), y se entiende el retraso simultáneo de la Rx simple de abdomen, en un intento de molestar lo menos posible a un paciente con dependencia completa y graves problemas de comunicación. La realización de la misma, independientemente del resultado, no hubiera modificado la actitud terapéutica hasta la realización del TC con contraste (método diagnóstico de elección de la existencia de complicaciones).

5.- No hay ninguna justificación de los profesionales intervinientes para desatender la demanda de atención médica (hasta en 2 ocasiones y separadas por casi 1 hora en el tiempo y sin respuesta en ninguna de las ocasiones), por lo que se considera que la atención recibida no se ajusta a la lex artis”.

DECIMOQUINTO.- En fecha 7 de enero de 2025, se formula propuesta de Acuerdo Convencional por el que se considera que procede declarar el derecho de los reclamantes a la indemnización en la cuantía que resulta acreditada y justificada en el Dictamen Médico Pericial de Valoración del Daño Corporal de Criteria, y que asciende a la cantidad de 219.550,90 €, al existir responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional, en la medida en que se dan todos los requisitos a los que el ordenamiento jurídico vincula su nacimiento, singularmente el nexo causal entre el anormal funcionamiento de los servicios asistenciales públicos y los daños irrogados a la víctima, los cuales ésta no tenía el deber de soportar.

En la fecha y por el órgano indicado, se remite el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de dictamen, mediante comunicación interior del pasado 9 de enero de 2025.

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 para reclamar y procedimiento.

I. Los reclamantes, padres y hermanos de paciente fallecido, ostentan legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), por ser las personas que sufren el dolor moral por la pérdida del ser querido.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración titular del servicio público a cuyo funcionamiento se imputa el daño. En este supuesto, la Administración regional, a la que corresponde la prestación del servicio de asistencia sanitaria a la población.

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 fallecimiento del hijo y hermano de los reclamantes, respectivamente, se produce el día 17 de enero de 2023, mientras que la reclamación se interpone con fecha 11 de enero de 2024.

III. Se ha seguido el procedimiento previsto en la LPAC para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, sin que se observen carencias esenciales, obrando en el expediente el informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, que junto con la solicitud de este Dictamen constituyen los trámites preceptivos de este tipo de procedimientos.

No obstante, se observa que no se ha concedido trámite de audiencia a los interesados, pero, dado que consta la propuesta de acuerdo para terminación convencional firmada por todos los reclamantes, en la que se fija la cuantía de la indemnización que finalmente se propone, entendemos que no se ha producido indefensión alguna a aquéllos.

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, pudiendo sintetizarse en los siguientes extremos:

- 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).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervinientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 LPAC, su principal apoyo probatorio habrá de ser el informe de la Inspección Médica, dadas las peculiares características que reúne y que pone de manifiesto la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 430/2014, de 9 de junio, al señalar en relación con el indicado informe que *“en la valoración conjunta de la prueba se han de ponderar sus consideraciones médicas y sus conclusiones como elementos de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para la decisión de la litis, considerando que su fuerza de convicción reside, además de en su motivación y coherencia, en la circunstancia de que la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes”*.

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 mutandis*, 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.

(...)

No obstante debemos de realizar también una consideración respecto a los informes elaborados por la Inspección Sanitaria; informes que contienen también una opinión de carácter técnico, obtenida extraprocesalmente, por lo que sus consideraciones deben ser ponderadas como un elemento de juicio más en la valoración conjunta de la prueba, debiéndose significar que los informes de los Inspectores Médicos son realizados por personal al servicio

de las Administraciones Públicas, que en el ejercicio de su función actúan de acuerdo a los principios de imparcialidad y especialización reconocidos a los órganos de las Administraciones, y responden a una realidad apreciada y valorada con arreglo a criterios jurídico-legales, por cuanto han de ser independientes del caso y de las partes y actuar con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad”.

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

Consideran los reclamantes que hubo desatención al paciente durante las horas previas a su fallecimiento:

1º. Al no realizarle con posterioridad a la colonoscopia descompresiva, una gastroscopia y la colocación de una SNG.

2º. Así mismo, no se le realizó ninguna prueba complementaria de control tras la colonoscopia, a pesar de haber sido prescrito un TAC abdominal y RX abdominal.

3º. Por último, y más gravoso, que no se personó ningún médico para valorar el empeoramiento de la situación clínica del paciente la madrugada de día 17 de enero de 2023, a pesar de haberlo solicitado, al menos, dos veces.

A la luz de dichas alegaciones, la acción de responsabilidad efectúa una imputación por omisión de medios y de atención médica.

Es evidente que la determinación de si dichos medios y atención médica era exigible por estar indicada en atención a la sintomatología que presentaba el paciente, son cuestiones que han de ser analizadas necesariamente desde la óptica de la ciencia médica, por lo que habremos de acudir a los informes médicos y periciales que obran en el expediente.

En el informe médico-pericial aportado por los reclamantes se considera que el tratamiento aplicado en la primera vez que acude a Urgencias el día 15 de enero de 2023, no hubo una atención sanitaria deficiente, siendo correcta el alta a domicilio con seguimiento en consultas externas de cirugía.

Conclusión ésta en la que coinciden tanto el informe médico-pericial aportado por la compañía aseguradora como la Inspección Médica.

Por el contrario, cuando acude el día del alta por segunda vez a Urgencias, considera que se le debió haber puesto la SNG cuando posteriormente el gastroenterólogo le realiza la colonoscopia descompresiva y que, con posterioridad a dicha colonoscopia tampoco se le hizo ninguna prueba como una radiografía de abdomen que tenía prescrita y que, lo que no tiene ninguna justificación, es que se llame en la madrugada del día 17 de enero de 2023 al cirujano de guardia en dos ocasiones (02:40h am y 03:30h am) por parte de enfermería porque el

paciente estaba con dolor y agitado y no acudían a verle y valorarle.

El informe médico-pericial de la compañía aseguradora, afirma sobre el tema de la necesidad de la SNG que, *“en las circunstancias descritas, habiendo sido imposible la colocación de la sonda por medios ordinarios, la decisión estaba entre forzar su colocación mediante gastroscopia (maniobra muy molesta y con los riesgos citados) o intervención quirúrgica en cuanto la prueba de imagen demostrara que continuaba la volvulación”,* por lo que concluye que, aunque no comparte *“la decisión de desistir de la colocación de sonda, con ocasión de la primera (suspendida) o segunda colonoscopia, pero parece justificarse en el hecho de que “Unas horas después, el paciente parece no presentar dolor abdominal y no vomita por lo que se realiza la colonoscopia. Tras ello el paciente se encuentra tranquilo, sin dolor” optando por dar unas horas de reposo al paciente”.*

Por su parte, el informe de la Inspección Médica indica al respecto que: *“No fue posible la colocación de una sonda nasogástrica a pesar de los esfuerzos de varios profesionales, en un paciente con grandes dificultades de colaboración. No había ninguna indicación de realización de gastroscopia, procedimiento muy molesto para el paciente y que hubiera posibilitado la inserción”.*

También considera dicho informe que: *“Después de la realización de la colonoscopia descompresiva, es adecuada la decisión de posponer la TC de control (por el incremento de creatinina plasmática), y se entiende el retraso simultáneo de la Rx simple de abdomen, en un intento de molestar lo menos posible a un paciente con dependencia completa y graves problemas de comunicación. La realización de la misma, independientemente del resultado, no hubiera modificado la actitud terapéutica hasta la realización del TC con contraste (método diagnóstico de elección de la existencia de complicaciones)”.*

En lo que también coinciden todos los informes referidos es en que no hay ninguna justificación de los profesionales intervinientes para desatender la demanda de atención médica (hasta en 2 ocasiones y separadas por casi 1 hora en el tiempo y sin respuesta en ninguna de las ocasiones), por lo que se considera que la atención recibida no se ajusta a la *lex artis*.

Corolario de lo expuesto es que confluyen en el supuesto sometido a consulta todos los elementos determinantes del nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

QUINTA.- Sobre el *quantum* indemnizatorio.

I. Admitida la efectividad de la lesión y establecida su conexión causal con el funcionamiento del servicio público sanitario, procede analizar la valoración del daño producido y la cuantía y el modo de la indemnización. Y se deben apuntar, para ello, las dos consideraciones iniciales siguientes:

La primera es que resulta de aplicación en este supuesto el sistema de valoración que se contempla en el articulado y en el Anexo del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (TRLRCS). Por lo que se refiere concretamente al Anexo, hay que indicar que fue sustituido por el que se contiene en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, tantas veces citada, que modificó dicha Ley sobre responsabilidad civil y seguro en

la circulación de vehículos a motor.

La segunda, es que, puesto que el fallecimiento del paciente se produjo en 2023, procede aplicar la actualización de las indemnizaciones previstas en ese sistema de acuerdo con lo que se determina en la Resolución de 12 de enero de 2023, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones actualizadas del sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

II. El artículo 86 LPAC establece en relación a la terminación convencional del procedimiento administrativo que:

“1. Las Administraciones Públicas podrán celebrar acuerdos, pactos, convenios o contratos con personas tanto de Derecho público como privado, siempre que no sean contrarios al ordenamiento jurídico ni versen sobre materias no susceptibles de transacción y tengan por objeto satisfacer el interés público que tienen encomendado, con el alcance, efectos y régimen jurídico específico que, en su caso, prevea la disposición que lo regule, pudiendo tales actos tener la consideración de finalizadores de los procedimientos administrativos o insertarse en los mismos con carácter previo, vinculante o no, a la resolución que les ponga fin.

2. Los citados instrumentos deberán establecer como contenido mínimo la identificación de las partes intervinientes, el ámbito personal, funcional y territorial, y el plazo de vigencia, debiendo publicarse o no según su naturaleza y las personas a las que estuvieran destinados.

3. Requerirán en todo caso la aprobación expresa del Consejo de Ministros u órgano equivalente de las Comunidades Autónomas, los acuerdos que versen sobre materias de la competencia directa de dicho órgano.

4. Los acuerdos que se suscriban no supondrán alteración de las competencias atribuidas a los órganos administrativos, ni de las responsabilidades que correspondan a las autoridades y los funcionarios, relativas al funcionamiento de los servicios públicos.

5. En los casos de procedimientos de responsabilidad patrimonial, el acuerdo alcanzado entre las partes deberá fijar la cuantía y modo de indemnización de acuerdo con los criterios que para calcularla y abonarla establece el artículo 34 de la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público”.

En fecha 8 de noviembre de 2024 la correduría de seguros ha remitido una propuesta de acuerdo para terminación convencional del procedimiento de responsabilidad patrimonial donde los reclamantes manifiestan su disposición a llegar a la terminación convencional, mediante acuerdo indemnizatorio de 219.550,90 €, de acuerdo con el informe valorativo del daño realizado por la correduría de seguros del SMS; cantidad que, a juicio de este Consejo Jurídico se considera adecuada y que habrá de ser actualizada conforme a lo establecido en el artículo 34.3 LRJSP.

También el Consejo Jurídico estima que, por parte de la Administración Sanitaria, deberían analizarse las actuaciones pertinentes encaminadas a depurar las posibles responsabilidades disciplinarias y patrimoniales a que en su caso pudiera haber lugar.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina en sentido favorable la propuesta de Acuerdo para la terminación convencional del procedimiento, pues coincide el Consejo Jurídico con aquella en que concurren en el supuesto sometido a consulta todos los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

SEGUNDA.- Se dictamina en sentido favorable la cuantía propuesta de 219.550,90 euros, que deberá ser actualizada conforme a lo establecido en el artículo 34.3 LRJSP.

No obstante, V.E. resolverá.

