



Dictamen nº 205/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 28 de agosto de 2025, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 10 de febrero de 2025 (COMINTER 21245) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 12 de febrero de 2025, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2025_061), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 21 de diciembre de 2016, D.^a X y D.^a Y y D.^a Z formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

Exponen en ella que son la viuda y las hijas mayores de edad de D. P, que falleció el 10 de enero de 2016 en el Hospital General Universitario *Morales Meseguer* (HMM) de Murcia.

En la reclamación explican que, previamente, su familiar ingresó el 19 de diciembre de 2015 en el Hospital General Universitario *Reina Sofía*, (HGURS) de la misma ciudad, porque sufría un fuerte dolor torácico. En el Servicio de Urgencias se decidió que quedara a cargo del Servicio de Cardiología, cuyos facultativos apreciaron descenso del segmento ST en I y AVL con troponinas de 10, además de 38°C de fiebre.

Señalan que permaneció en ese hospital hasta el 27 de diciembre. En los últimos 5 días presentó un pico febril de 38°C y convulsiones, sin que se le administrase otro tratamiento que una pastilla de paracetamol. Destacan que el paciente sufrió una infección vírica, de la que fue dado de alta domiciliaria sin tratamiento el 29 de diciembre de 2015.

Señalan que, una vez que se produjo el nuevo ingreso en Urgencias -en el HGURS, hay que entender-, el mismo 29 de diciembre, ya con la infección extendida, el tratamiento que se implantó no resultó efectivo por tardío y se produjo el fallecimiento.

Por tanto, entienden que la muerte del paciente se debió a una negligencia médica por parte de los facultativos que lo atendieron, que no diagnosticaron correctamente al enfermo, y lo trataron de forma incorrecta hasta su fallecimiento.

De otra parte, sostienen que el *preium doloris* debe cuantificarse en 120.000 €, que es la cantidad con la que solicitan ser resarcidos.

Finalmente, propone como medio de prueba que se cite a un perito que identifica por sus datos personales y su dirección postal.

SEGUNDO.- El 27 de enero de 2017 se solicita a los interesados que subsanen la reclamación y presenten copias del Libro de Familia y del certificado de defunción de su familiar.

Los reclamantes aportan las copias de los documentos requeridos el 15 de febrero siguiente.

TERCERO.- La solicitud de resarcimiento se admite a trámite el 7 de marzo de 2017 y al día siguiente se comunica esa circunstancia a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud (SMS), para que informe a la compañía aseguradora correspondiente.

De igual modo, con esa última fecha se solicita a las Direcciones Gerencias VI-HMM y VII-HGURS que remitan las copias de las historias clínicas del paciente fallecido de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que lo asistieron.

CUARTO.- El 11 de mayo siguiente se recibe una comunicación del Director Gerente del Área de Salud VII-HGURS con la que aporta, en formato CD, las copias del historial clínico solicitado y de los resultados de las pruebas radiológicas que se le efectuaron al paciente.

Además, se aportan las copias de los informes de alta en el Servicio de Cardiología, fechado el 28 de diciembre de 2015, y en el Servicio de Urgencias, de 29 de diciembre de ese año.

QUINTO.- Con fecha 17 de mayo de 2017, el instructor del procedimiento solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud VII-HGURS que aporte los informes de los Servicios de Cardiología, Medicina Interna, y Urgencias en los

que se asistió al paciente, y del Medicina Preventiva.

SEXTO.- El 22 de mayo se recibe la documentación clínica remitida por la Dirección Gerencia del Área de Salud VI-HMM, en papel y en soporte CD.

Además, se acompaña el informe realizado el día 16 de ese mes por el Dr. D. Q, Jefe de Servicio de Medicina Intensiva, en el que recuerda que el familiar de los interesados, que tenía entonces 75 años, estuvo ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del HMM entre el 29 de diciembre de 2015 y el 10 de enero de 2016.

Añade que *“El paciente presentaba varios factores de riesgo coronario y presentaba Cardiopatía isquémica desde el año 1992 con múltiples episodios de síndrome coronario agudo, que había precisado intervención quirúrgica en el primer ingreso hospitalario. Pese a tratamiento la enfermedad cardiaca fue progresando con ingresos posteriores y nuevos estudios coronariográficos que muestra lesión de 3 vasos coronarios, realizándose múltiples procesos de revascularización. En Septiembre del 2013 vuelve a ingresar por síndrome coronario agudo con enfermedad severa de tres vasos, y desde entonces el servicio de Hemodinámica del Hospital Virgen de la Arrixaca decide que el paciente no es susceptible de nuevas revascularizaciones. En Diciembre de 2015 último ingreso por síndrome coronario agudo.*

El paciente ingresa en nuestra UCI dos días después de ser dado de alta del Hospital General Universitario Reina Sofía, tras consultar en el mismo por dolor torácico, pero además fiebre, disuria y diarrea previa. El paciente recibe tratamiento antiisquémico, y ante la falta de camas en UCI en este Centro, es trasladado a nuestra Unidad. Ingresa con tendencia a hipotensión, y en la analítica destaca una función renal alterada. Se inicia tratamiento para el síndrome coronario agudo, junto a antibioterapia, y fluidos. Se extrajeron muestras de orina y sangre, aislando Serratia Marcescens en sangre, y adaptándose el tratamiento antibiótico a la sensibilidad del germe. La situación clínica empeoró en los días siguientes, presentando crisis de edema agudo de pulmón en varias ocasiones por lo que precisó soporte ventilatorio no invasivo y inotropos en perfusión continua, pese a lo cual no se estabiliza la situación de isquemia y fracaso cardiaco. En uno de estos episodios de crisis anginosa, el paciente desarrolla shock cardiogénico, con hipotensión, mayor disnea y oliguria, falleciendo el paciente. El diagnóstico al alta fue de Sepsis grave de origen no determinado. Cardiopatía Isquémica evolucionada con lesión de 3 vasos coronarios no revascularizables. Insuficiencia cardiaca refractaria y shock cardiogénico”.

SÉPTIMO.- El 9 de noviembre de 2017 se reiteran a la Dirección Gerencia del Área de Salud VII-HGURS las solitudes que información que se le habían dirigido.

OCTAVO.- El 15 de febrero de 2018 se recibe el informe elaborado el día 7 de ese mes por el Dr. D. R, Jefe de Sección de Cardiología.

En este documento se detallan los antecedentes de riesgo cardiovascular que presentaba el enfermo.

Asimismo, se recuerda que el enfermo fue dado de alta en Cardiología, pero que consultó al día siguiente en el Área de Urgencias. Y se añade que presentaba entonces un *“cuadro de dolor torácico similar al evento coronario previo que motivó su ingreso, pero menos intenso, durante esta consulta en Urgencias se objetivo fiebre de 38ºC y*

molestias urinarias, teniendo el paciente durante su evolución nuevo SCASEST [siglas de Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST], sin datos de fallo ventricular ni arritmias y se decide tras consulta ingreso en UCI, ante la ausencia de camas en nuestro Centro se planificó traslado a la UCI del Hospital Morales Meseguer, en UCI móvil y en condiciones de estabilidad.

Valoración evolutiva del paciente: se trata de un paciente con importantes factores de riesgo cardiovascular que le produjeron una ateroesclerosis coronaria severa en todas sus arterias principales, de tal manera que durante su enfermedad fue sometido a múltiples tratamientos invasivos para revascularizar las lesiones de dichos vasos, abarcando desde la cirugía de by-pass hasta múltiples angioplastias con stent. En los últimos ingresos persistía la clínica de ángor por imposibilidad de poder tratar las lesiones que han ido apareciendo durante todo su cuadro, habiéndose agotado en la evolución terapéutica todas las medidas posibles de revascularización. En el último ingreso el 19/12/15 fue dado de alta asintomático y tolerando bien la deambulación, su analítica al alta no mostraba leucocitosis ni patrón que sugiriera infección. Tuvo un cuadro de temblor que se imputó a Ticagrelor, dicha sintomatología desapareció con la retirada de dicho fármaco. Posteriormente a las 24 horas reingresa de nuevo por SCA y nuevo infarto, evolución que por otro lado puede ocurrir perfectamente en un paciente donde se ha agotado todo el arsenal terapéutico desde el invasivo al farmacológico, durante esta consulta y posterior a su alta y de forma concomitante, el paciente comienza con franca fiebre además de su cuadro coronario, siendo valorado por médico especialista de UCI e indicando su ingreso en UCI que se realizó en el Hospital Morales Meseguer por no contar este Centro con camas libres, este último cuadro complicativo del paciente pudo ser debido como muchas veces ocurre a una infección nosocomial durante su ingreso previo. De todo lo anterior se desprende que durante su ingreso en Cardiología se manejó según la práctica clínica establecida para este tipo de pacientes y fue dado de alta en condiciones adecuadas para la misma, lamentablemente su cuadro de base arterial, coronario calamitoso estableció un éxitus a los pocos días de su alta, complicado con cuadro infeccioso".

NOVENO.- Con fecha 11 de abril de 2018, el Secretario General Técnico de la Consejería consultante requiere a la Dirección Gerencia del Área de Salud VII-HGURS para que aporte los informes de los facultativos de los Servicios de Medicina Interna y Urgencias que atendieron al paciente y, además, del Servicio de Medicina Preventiva.

Esta solicitud se reitera nuevamente el 13 de junio de 2018.

DÉCIMO.- El 14 de junio de 2018 se recibe tres informes médicos remitidos por la Dirección Gerencia de la última Área de Salud citada.

El primero de ellos es el realizado de manera conjunta, el 19 de abril de 2018, por los Dres. D. R y D. S, Jefes de Sección de Cardiología y de Medicina Interna, respectivamente.

En este documento se exponen los antecedentes del paciente y se reproduce el contenido del informe ya realizado por el primero de los facultativos citados el 7 de febrero de 2018. No obstante, se añade en este informe que *"Durante su estancia en la Planta de Cardiología la temperatura no sobrepasó los 37.5 ni presentó síntomas o signos clínicos de sepsis y en las Ordenes de Tratamiento figura explícitamente si fiebre mayor de 38 tomar hemocultivos. A las 24 horas del Alta consulta de nuevo en Urgencias trasladándose, tras la valoración inicial a la UCI del Hospital Morales Meseguer por carecer de cama en nuestro centro. En el Servicio de Urgencias y antes del traslado se sacan muestras para cultivo que resultaron posteriormente positivas, siendo valoradas por los facultativos del Hospital Morales Meseguer que mantuvieron la cobertura antibiótica. El paciente evolucionó mal, siendo finalmente éxitus en el Hospital Morales Meseguer.*

En resumen, se trata de un paciente de alto riesgo con múltiples ingresos hospitalarios, y por tanto en riesgo de infección nosocomial por gérmenes oportunistas y dada su patología de base presenta una alta posibilidad de morbimortalidad. Podemos concluir que la asistencia prestada en Cardiología ha sido correcta, y que el paciente fue alta sin evidencia de infección activa”.

El segundo informe es el elaborado el 23 de abril de 2018 por la Dra. D.^a T, adjunta a la Sección de Medicina Preventiva del HGURS.

En este documento se reflejan los antecedentes personales del paciente y se analiza la evolución clínica que experimentó el enfermo en el período comprendido entre el 19 y el 28 de diciembre de 2015, en primer lugar, y el 29 de diciembre de 2015, en la consulta de Urgencias, en segundo lugar.

En el primer caso, se señala, respecto de la *Temperatura*, que “Los registros de temperatura corporal durante el período de ingreso se encuentran dentro de rango de la normalidad, según el control de constante de la historia clínica”. Además, se precisan esos datos diarios en una tabla que se denomina *Registro temperaturas*.

De igual forma, se añade lo siguiente:

“Cateterizaciones:

- Los registros de historia clínica corroboran que el sitio de inserción del catéter vascular periférico se encontraba sin signos clínicos de infección.

Estudios Microbiológicos:

- Entre los días 19/12/2018 al día 28/12/2018, y según consta en las evoluciones clínicas no se solicitan estudios microbiológicos teniendo en cuenta que durante este período los signos de infección no se hicieron evidentes.

Entorno epidemiológico: Del día 19/04/2018 al día 28/12/2018 los pacientes ingresados en las habitaciones de la Séptima planta derecha (722 a 740), no evidenciaban presencia de *Serratia Marcescens* en los estudios microbiológicos solicitados por su médico tratante cuando así lo requirieron por su cuadro clínico”.

En relación con la consulta de Urgencias del 29 de diciembre de 2015, se señala lo que se transcribe seguidamente:

“- En consulta de urgencias del día 29/12/2015 se manifestó por parte del paciente cuadro clínico compatible con

clínica previa de dolor precordial izquierdo. Se evidenció en examen físico fiebre 38º C termometrada y paciente refería clínica compatible con infección de tracto urinario. De acuerdo a lo anterior, se decide toma pruebas complementarias incluidas cultivo de orina y hemocultivos.

Exploraciones complementarias:

(...).

- *Urocultivo: Negativo (<1.000 UFC/ml).*

- *Los hemocultivos solicitados (x2): Serratia Marcescens sensible a todos los antibióticos".*

El tercer informe es el suscrito, el 11 de junio de 2018, por el Dr. D. V, Jefe de Servicio de Urgencias del HGURS, en el que reconoce que el enfermo fue atendido en ese Servicio el 18 de diciembre de 2015 y describe la asistencia que se le dispensó, hasta que quedó ingresado en el Servicio de Cardiología, cuyos facultativos le dieron el alta el 28 de diciembre.

Añade que “*El día 29/12/2015 (01:19h) volvió a consultar por dolor torácico por lo que llamó al 112 y fue atendido por una UME que lo trasladó al Servicio de Urgencias donde se diagnosticó de síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Se consultó con UCI que decidió trasladado a UCI de Hospital Morales Meseguer (11:25 h) ante la no existencia de camas libres el Servicio de Medicina Intensiva”.*

UNDÉCIMO.- El órgano instructor, el 21 de junio de 2018, informa a las reclamantes de que el perito por ellas propuesto podrá emitir informe por escrito, y a su costa, en el plazo de 30 días.

DUODÉCIMO.- Con fecha 10 de octubre de 2018, se remite a la Inspección Médica una copia del expediente administrativo para que pueda emitir, en su caso, el informe valorativo correspondiente.

DÉCIMOTERCERO.- El 7 de noviembre de 2024 se recibe el informe realizado el día anterior por la Inspección Médica. En la parte de este documento que se titula *Juicio crítico* se expone que los registros de temperatura corporal del enfermo “*durante la hospitalización del 19 al 28 de diciembre de 2015 no reflejan presencia de fiebre. Así lo sintetiza la Dra. T (Medicina Preventiva) en su informe. Y se corrobora al revisar historia clínica y los registros de temperatura realizados por los auxiliares de enfermería durante el ingreso.*

(...)

El paciente, con fecha 25/12/2015, presenta episodio de escalofríos y temperatura 37.5°C, que cede con paracetamol.

El 26/12/2015 presenta episodio de disnea súbita y temblor, que se imputa a Ticagrelor. Ese día no presenta febrícula ni fiebre.

El primer día que se constata fiebre (temperatura 38°C) es el 29/12/2015 a su llegada a Servicio de Urgencias del Hospital Reina Sofía. Y en ese mismo momento, y tras la toma de hemocultivos y urocultivo, se inicia tratamiento antibiótico".

De otra parte, acerca de la infección por *Serratia marcescens* que padeció el familiar de las interesadas, se señala que *"Durante la hospitalización del 19 al 28 de diciembre de 2015, [el paciente] no presenta síntomas ni signos de infección. En análisis de sangre realizado el 19 y el 22 de diciembre los leucocitos se encuentran en rango de normalidad. Y el análisis de orina recogido el 25 de diciembre muestra un resultado normal.*

Como se ha comentado anteriormente, no se constata fiebre hasta el día 29 de diciembre de 2015; y se procede en ese momento a la toma de hemocultivos y urocultivo, indicando tratamiento con moxifloxacino.

Según refiere el informe de alta de UCI, y constatado con la documentación clínica del expediente, desde el inicio de la hospitalización en UCI, el paciente recibe tratamiento antibiótico. Inicialmente, y previo a recibir el resultado de los hemocultivos, se trata con ciprofloxacino y aztreonan, que a las 24 horas se cambia por meropenem.

*Los hemocultivos son informados con la presencia de *Serratia marcescens*. Se decide dejar tratamiento con ciprofloxacino según antibiograma. Los antibióticos empleados previamente son de amplio espectro y no se describe resistencia en antibiograma.*

(...)

*Respecto al foco de *Serratia marcescens* no queda aclarado. Según la bibliografía consultada, en el paciente hospitalizado esta bacteria tiene como hábitat más común las vías respiratoria y urinaria. En el caso de nuestro paciente, el sedimento de orina realizado el 25/12/2015 es normal, y el urocultivo del 29/12/2015 negativo. Respecto al foco respiratorio, describen Rx tórax con fecha 29/12/2015 como dudosa imagen de infiltrado base derecha (ya presente en Rx previa en último ingreso). Consta en Ágora que el 19/12/2015 realizaron Rx tórax, pero no queda informada.*

*La infección por *Serratia marcescens* pudo contraerse durante el primer ingreso hospitalario (del 19 al 28 de diciembre de 2015). Según informe de la Dra. T, adjunta de Medicina Preventiva del Hospital Reina Sofía, emitido con fecha 23/04/2018: "del día 19/12/2015 al día 28/12/2015 los pacientes ingresados en las habitaciones de la Séptima planta derecha (722 a 740), no evidenciaban presencia de *Serratia marcescens* en los estudios microbiológicos solicitados por su médico tratante cuando así lo requirieron por su cuadro clínico".*

El espectro clínico de la bacteria incluye la neumonía, y puede que el paciente presentase infección respiratoria, pero no queda probado el foco. En cualquier caso, [el enfermo] fue tratado de forma correcta frente a la infección por dicha bacteria".

En este documento se recogen, asimismo, las siguientes conclusiones:

"- Se trata de un paciente con cardiopatía isquémica, con múltiples episodios de síndrome coronario agudo y múltiples procesos de revascularización. En 2013 se decide que no es susceptible de nuevas revascularizaciones. El 19/12/2015 ingresa por infarto agudo de miocardio siendo alta el 28/12/2015 dada la estabilidad. El 29/12/2015 vuelve a consultar por dolor torácico, siendo hospitalizado en UCI con diagnóstico de SCASEST. Recibe tratamiento antiisquémico, pero la situación clínica empeora, presentando edema agudo de pulmón. Pese al tratamiento aplicado con soporte ventilatorio no invasivo e inotropos en perfusión continua, no se consigue estabilizar la situación de isquemia y fracaso cardíaco, desarrolla shock cardiogénico y fallece el 10/01/2016. Se puede concluir que la asistencia prestada fue correcta. El manejo fue según la práctica clínica establecida para este tipo de pacientes.

- Durante la hospitalización del 19 al 28 de diciembre de 2015 el paciente presenta un episodio de escalofríos y febrícula, administrando paracetamol con mejoría. Durante este ingreso no consta registro de temperatura igual o superior a 38°C. No presenta leucocitosis ni síntomas o signos clínicos de infección y/o sepsis.

- Presenta un cuadro de disnea y temblor que se imputa a Ticagrelor, dicha sintomatología desaparece con la retirada de dicho fármaco.

- Durante la consulta en Servicio de Urgencias el 29/12/2015, de forma concomitante con su cuadro coronario, se objetiva temperatura de 38°C. Se toma hemocultivos y urocultivo, iniciando tratamiento antibiótico de amplio espectro.

- La actuación frente al cuadro infeccioso o sepsis desde su llegada a Urgencias el 29 de diciembre es adecuada (obtención de cultivos previamente a la antibioterapia, medición de ácido láctico, antibioterapia empírica de amplio espectro, fluidoterapia).

- Queda hospitalizado del 29 de diciembre de 2015 al 10 de enero de 2016 que se produce su fallecimiento. La asistencia recibida durante dicha hospitalización es correcta.

- En resumen, [el paciente] presenta una enfermedad coronaria severa que se complica a su vez con un cuadro infeccioso, con mala evolución, lo que conlleva a un éxito pese a todas las medidas aplicadas. La asistencia sanitaria fue correcta, a pesar de lo cual el paciente sufre sepsis y shock cardiogénico que ocasionan su fallecimiento.

- En conclusión, la actuación de los profesionales fue acorde a la Lex Artis".

DECIMOCUARTO.- El 14 de noviembre de 2024 se concede audiencia a las reclamantes, para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crean convenientes.

Sin embargo, no consta que hayan hecho uso de ese derecho.

DECIMOQUINTO.- Con fecha 7 de febrero de 2025 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por no concurrir los requisitos necesarios para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial, especialmente no haberse acreditado una relación de causalidad entre el daño por el que se reclama y la asistencia prestada por el SMS, ni la antijuridicidad del daño.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante un escrito recibido en este Consejo Jurídico el 10 de febrero de 2025, que se completa con la presentación de un CD dos días más tarde.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

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

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

I. La reclamación por daño moral se ha formulado por tres personas interesadas, que son la viuda y las dos hijas mayores de edad del paciente fallecido, según se deduce del contenido del expediente administrativo y de la copia del Libro de Familia que han aportado al procedimiento.

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. En relación con el requisito del plazo, 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 este caso, el fallecimiento del familiar de las reclamantes se produjo el 10 de enero de 2016 y la solicitud de indemnización se presentó el 21 de diciembre siguiente, de forma temporánea, por tanto, ya que se ejercitó dentro del plazo legalmente establecido.

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 sobrepassedo con exceso el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LCAP, puesto que se ha debido esperar 6 años a que la Inspección Médica emitiese su informe.

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, y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicoamente e individualizado en relación con 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.

I. Las interesadas solicitan que se les reconozca el derecho a percibir una indemnización de 120.000 € como consecuencia del daño moral que les produjo el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, en enero de 2016, en el HMM.

Argumentan que los facultativos del Servicio de Cardiología del HGURS, donde el paciente estaba ingresado previamente como consecuencia de un infarto agudo de miocardio, se le trató la fiebre de 38°C que sufrió los

últimos 5 días con una simple pastilla de paracetamol. Además, destacan que el enfermo padeció una infección vírica de la que no fue debidamente tratado, lo que motivó que, cuando fue después trasladado al HMM porque padecía otra forma de infarto o angina inestable (SCASEST) ya no se pudiese hacer nada y falleciese. Consideran que la falta de un adecuado diagnóstico y tratamiento supone una clara negligencia médica.

A pesar de las imputaciones de mala praxis que realizan, las reclamantes no han presentado el medio de prueba que anuncian que aportarían, esto es, un informe pericial, que les permita sostener dichas alegaciones. En este sentido, conviene recordar que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de práctica de prueba en el ámbito de los procedimientos administrativos, impone a los actores la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la reclamación.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha aportado al procedimiento la historia clínica completa del paciente fallecido y los informes de los facultativos de diferentes Servicios médicos que lo atendieron, tanto en el HGURS como en el HMM, y del de medicina Preventiva de ese primer hospital (Antecedentes Cuarto, Sexto, Octavo y Décimo de este Dictamen). Asimismo, ha emitido informe la Inspección Médica (Antecedente Decimotercero).

II. La lectura de esos documentos permite entender que, durante la hospitalización del paciente en el HGURS, del 19 al 28 de diciembre de 2015, nunca experimentó fiebre de más de 38°C. Cuando el 25 de diciembre sufrió un episodio de escalofríos y de temperatura de 37,5°C, se le administró paracetamol, que resultó un tratamiento eficaz. En ese período no presentó leucocitosis ni síntomas o signos clínicos de infección o sepsis (Conclusión segunda del informe de la Inspección Médica).

Sin embargo, durante la consulta en el Servicio de Urgencias de 29 de diciembre de 2015, sí que se objetivó una temperatura de 38°C. Ello justificó que se realizaran hemocultivos y un urocultivo, que se implementase un tratamiento antibiótico de amplio espectro (Conclusión cuarta del citado informe).

Además, se adoptaron medidas correctas ante el cuadro de infeccioso o sepsis que mostraba el paciente el 29 de diciembre de 2015 (obtención de cultivos previamente a la antibioterapia, medición de ácido láctico, antibioterapia empírica de amplio espectro, fluidoterapia). Así se señala en la Conclusión quinta del informe mencionado.

En la conclusión última del informe se resalta que el familiar de las interesadas presentaba una enfermedad coronaria severa, que se complicó a su vez con un cuadro infeccioso, con mala evolución, lo que provocó su fallecimiento, pese a todas las medidas que se adoptaron. Y se sostiene que la asistencia sanitaria fue correcta.

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 los daños morales por los que se reclama, cuyos caracteres antijurídicos tampoco se han 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 los daños morales que se alegan, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha acreditado.

No obstante, V.E. resolverá.

