

Dictamen nº: **498/11**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **14.09.11**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 14 de septiembre de 2011 sobre la consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto antes referido y promovido por M.T.S., R.I.T., M.C.I.T. y J.C.I.T., por el fallecimiento de su esposo y padre respectivamente, J.I.F., como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria dispensada por parte del Hospital Gregorio Marañón, al no haber tomado las medidas necesarias para prevenir la neumonía que contrajo ni haber aplicado los cuidados paliativos que hubieran evitado el sufrimiento que padeció en su fallecimiento.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Consejero de Sanidad, mediante escrito de 11 de julio de 2011, registrado de entrada el 19 del mismo mes, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección V, presidida por el Excmo. Sr. D. Ismael Bardisa Jordá, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 14 de septiembre de 2011.

El escrito solicitando el dictamen preceptivo fue acompañado de documentación en formato cd que se consideró suficiente.

SEGUNDO.- Mediante escrito presentado en el Servicio Madrileño de Salud con fecha 13 de septiembre de 2010, los interesados cursan reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración por el fallecimiento de su familiar, que atribuyen a la deficiente asistencia dispensada por parte del Hospital Gregorio Marañón, al no adoptar el Instituto Provincial de Rehabilitación, las medidas necesarias para evitar una infección nosocomial y la Unidad de Medicina Interna, por no aplicar cuidados paliativos ni sedación, lo que ocasionó al paciente un gran e innecesario sufrimiento.

Según los reclamantes “*La infección por neumonía nosocomial, la no asistencia médica, la falta de sedación y la dudosa medicación del final que tan rápidamente acabó con la vida de D. [el fallecido] hacen que nazca una clara responsabilidad de la Administración por la actuación de su personal médico-sanitario*”. Añaden que el paciente recibió un “*trato deshumanizado y cruel*”.

Con el fin de justificar el parentesco con el fallecido, aportan copia del Libro de Familia. También adjuntan a su reclamación, entre otros documentos, copia de informes clínicos y certificación literal de defunción del fallecido. A efectos de notificaciones indican un despacho de abogados. Solicitan se recabe cuanta información sea precisa sobre la historia clínica y actuación médica con el fin de llevar a cabo la prueba documental.

En concepto de indemnización por los “*daños y perjuicios graves ocasionados*”, solicitan la cantidad de ciento cincuenta mil euros (150.000 euros) “*y se abran cuantos expedientes disciplinarios se deduzcan de esta Reclamación al personal médico-sanitario responsables de los hechos en especial a la médica de alerta de esa noche y a la enfermera llamada [...]*”.

La Historia Clínica y restante documentación médica, han puesto de manifiesto los siguientes hechos:

El paciente, nacido el 2 de septiembre de 1925, ex fumador, tenía antecedentes personales de diabetes mellitus tipo II, cirrosis por virus C sin episodios de sangrado, ni encefalopatía, ni descompensación edemo ascética conocida; carcinoma hepato celular tratado en tres ocasiones con radiofrecuencia, hipertrofia benigna prostática, gastritis crónica, anemia, bronquitis crónica, carcinoma de colon operado en 2002 con hemicolecctomía izquierda y discreto deterioro cognitivo en los últimos meses.

El 20 de agosto de 2009 ingresa en urgencias del Hospital Gregorio Marañón por síncope con caída y traumatismo costal izquierdo y en codo (folios 299 a 301). Tras la realización de las pruebas oportunas, el paciente es enviado a su domicilio con el diagnóstico de encefalopatía hepática.

El 28 de agosto de 2009, los familiares del perjudicado avisan al SUMMA 112, “*por presentar estado de disminución del nivel de conciencia, de varios días de evolución*”. Se decide su traslado al Hospital Gregorio Marañón, ingresando en urgencias ese mismo día.

Al ingreso, refieren los familiares que en la última semana presenta un brusco deterioro del nivel de conciencia con desorientación bradipsíquica coincidiendo posteriormente con el traumatismo sufrido unos días antes, el 20 de agosto, pudiendo haber tenido caídas previas. Presenta astenia, dificultad para la coordinación y debilidad en el miembro inferior derecho en probable relación con dicho traumatismo.

No tiene fiebre, ni dolor abdominal, ni aumento del perímetro abdominal, no hay dolor torácico ni aumento de la tos y la expectoración. Tampoco hay síndrome miccional, ni clara disminución de la diuresis. No hay alteración del ritmo intestinal, hace dos deposiciones diarias. Los días previos vino en

dos ocasiones a urgencias diagnosticado de encefalopatía hepática. Presenta edemas en ocasiones.

A la exploración, el paciente se encuentra consciente, desorientado en tiempo y persona, no en espacio. Eupneico. No hay adenopatías laterocervicales. La auscultación cardiaca es rítmica, con soplo en el borde esternal izquierdo. En la auscultación pulmonar se aprecia murmullo vesicular disminuido con crepitantes bibasales. El abdomen está blando y depresible, no doloroso con hepatomegalia 3-4 traveses, sin esplenomegalia palpable, no hay signos de irritación peritoneal ni oleada ascética. En las extremidades no hay edemas ni signos de TVP. Presenta placas maculares eritematosas no descamativas en extremidades inferiores y superiores, que no afectan a palmas, plantas, codos ni rodillas, ni áreas de flexura. No pruriginosos. La exploración neurológica indica: temblor fino, flapping dudoso, con fuerza y sensibilidad conservada y reflejos osteotendinosos normales.

El paciente ingresa en planta en Medicina Interna el 28 de agosto. Durante su permanencia en este servicio se encuentra estable hemodinámicamente y afebril, presentando diuresis cortas que precisan colocación de sondaje urinario por aparición de globo vesical. Así mismo ha fluctuado en desorientaciones -encontrándose con flapping positivo y en una ocasión presenta un cuadro negativista con negativa a la ingesta y a cualquier actitud voluntaria, que no ponemos en relación con su grado de encefalopatía. Ha presentado más de dos deposiciones diarias en todo momento sin evidencia de sangrados, sin presentar fiebre, mejorando su espectro analítico. Se decide la realización de un eco doppler de control que tenía prescrito por su médico de Aparato Digestivo, descartando la aparición de nueva imagen hepatocarcinoma.

El deterioro cognitivo que presenta, se pone en relación con posible encefalopatía hepática grado 1 crónica, así como con la aparición de una lesión visualizada en el TAC craneal secundaria a traumatismo craneal.

El día 7 de septiembre de 2009 es dado de alta en la Unidad de Medicina Interna y con el fin de completar la convalecencia e iniciar la rehabilitación de la pierna, es ingresando el mismo día en el Instituto Provincial de Rehabilitación. En el informe clínico realizado al alta consta como juicio clínico: encefalopatía hepática en paciente con hepatopatía cirrosis hepática virus C. Antecedentes de hepatocarcinoma sin recidiva. Disminución del nivel de conciencia, secundario a hipoglucemia. Descompensación edemo ascética. Traumatismo cráneo-encefálico con lesión postraumática secundaria (folios 258 y 259).

Durante su permanencia en el Instituto Provincial de Rehabilitación el paciente sufre una neumonía nosocomial. Dada la patología de base más la neumonía se propuso a la familia que si su estado empeoraba se trasladaría a observación del Hospital Gregorio Marañón. La noche del 14 de septiembre estuvo vomitando sangre.

Al día siguiente, 15 de septiembre, el paciente presenta de forma progresiva aumento del trabajo respiratorio con tendencia al sueño, con desaturación, razón por la que es trasladado al área de observación donde tras un estudio reglado se le diagnostica de insuficiencia respiratoria aguda secundaria a broncoaspiración en varón con encefalopatía hepática y los antecedentes descritos. En base a su situación basal, elevada comorbilidad, gravedad de su estado y las escasas posibilidades terapéuticas y de acuerdo con la familia, se decide ingreso para tratamiento paliativo de soporte.

El 16 de septiembre de 2009, a las 00:00 h. se explica a la familia que el paciente presenta mal pronóstico. Los familiares insisten en que no se realicen medidas agresivas y demandan acompañar al paciente en su estado. Dada la situación basal del paciente, con múltiples patologías asociadas, la

gravedad de su estado actual, las escasas posibilidades terapéuticas, el mal pronóstico y a petición de la familia se decide su ingreso con tratamiento de soporte sin ampliar estudio, no se descarta TEP, aunque poco probable dados los hallazgos radiológicos. En la anotación correspondiente a las 3:15 se indica no realizar resucitación cardiopulmonar si hay parada cardiorrespiratoria (folios 297 y 298). El paciente fallece a las 5:45 horas del día 16 de septiembre de 2009.

Consta en el informe de éxitus como causa inmediata de la muerte insuficiencia respiratoria por neumonía nosocomial; causa fundamental: cirrosis hepática por virus de hepatitis C; causas intermedias: traumatismo cráneo encefálico, hipoglucemia, diabetes, hepatocarcinoma y encefalopatía hepática (folio 54).

TERCERO.- Por dichos hechos se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), y por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

Se ha incorporado al expediente la historia clínica e informes del fallecido (folios 60 a 440), así como el informe del Jefe de la Unidad de medicina Interna del Hospital Gregorio Marañón de 29 de septiembre de 2010 (folios 441 y 442), donde entre otros puntos se manifiesta que “*la neumonía nosocomial es un problema clínico que es prácticamente imposible de prevenir. No hay evidencias científicas en la actualidad que demuestren la efectividad de tratamientos para evitar dicha infección, salvo las medidas habituales higiénicas implantadas en todos los Hospitales*”.

La Inspección Sanitaria ha emitido en el informe de fecha 11 de febrero de 2011 (folios 445 a 449), las siguientes conclusiones:

- “1.- La asistencia prestada al paciente ha sido adecuada y suficiente.*
- 2.- Respecto a las connotaciones subjetivas mencionadas por la familia, seguro que ellos así lo sintieron, pero es difícil de objetivar”.*

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 84 LRJ-PAC y 11 RPRP, por escrito de 6 de abril de 2011, se ha comunicado la apertura del trámite de audiencia: consta la notificación de este trámite, cuyo acuse de recibo aparece en el expediente con fecha 13 del mismo mes (folios 451 a 453).

Con fecha 29 de abril de 2011, los interesados presentan alegaciones, ratificándose en su escrito inicial, incidiendo en que la causa de la muerte fue ajena a las múltiples patologías que su familiar presentaba y que el óbito se produjo por la neumonía nosocomial que sufrió durante el ingreso en el Instituto Provincial de Rehabilitación (folios 454 a 461).

El 13 de junio de 2011, la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria elevó propuesta de resolución desestimatoria, que fue informada por el Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad con fecha 8 de julio de 2011, desestimando la reclamación de responsabilidad patrimonial.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES EN DERECHO

PRIMERA.- La solicitud de dictamen a este Consejo Consultivo resulta preceptiva, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (en adelante LCC), por ser la cuantía de la indemnización superior a quince mil euros, y se efectúa por el Consejero de

Sanidad, órgano legitimado para ello, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1 de la citada Ley. Siendo preceptivo el dictamen, no tiene, sin embargo, carácter vinculante (artículo 3.3 LCC).

SEGUNDA.- Como resulta de los antecedentes, el procedimiento de responsabilidad patrimonial se inició a instancia de interesados, y su tramitación se encuentra regulada en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, desarrollados en el RPRP.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 LRJ-PAC, por cuanto que sufren el daño moral causado por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que ligaba a los reclamantes con el finado, mediante la presentación de copia del Libro de Familia.

No obstante lo anterior es preciso realizar una matización en cuanto a la legitimación activa de los reclamantes. En la reclamación, además de por el daño por el fallecimiento del paciente, se reclama por el sufrimiento padecido por éste y la consiguiente angustia de los reclamantes al no aplicársele medicación paliativa y sedantes, como era el expreso deseo de la familia, para evitar el sufrimiento del enfermo.

Ahora bien, carecen los reclamantes de legitimación para reclamar por los padecimientos sufridos por su familiar, pues al tener un carácter personalísimo solo quien los padece tiene acción para reclamarlos.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de julio de 2004 (Recurso 7002/2000) establece que “*No se solicita por quienes ejercen esta acción que se repare el perjuicio que derivó para ellos del fallecimiento del ser querido sino que lo que se pretende que se repare es el pretium doloris que aquél experimentó durante el tiempo que transcurrió entre que se le diagnosticó la enfermedad y su muerte.*

No es posible aceptar esa pretensión y ello porque fallecida una persona se extingue su personalidad jurídica, y, por tanto, no puede nacer en su favor una pretensión al resarcimiento del daño, es decir, de ningún daño material por su muerte o moral por los padecimientos experimentados como consecuencia de sufrir la enfermedad que le fue transmitida. Esta acción personalísima la hubiera podido ejercer en vida quien padeció ese daño moral, e, incluso, si hubiera fallecido una vez iniciada la acción y se hubiera acreditado el daño y se hubiera dispuesto una indemnización, los beneficiarios de ella in iure propio, que no como herencia puesto que la indemnización no habría alcanzado a integrarse en el caudal hereditario, y, aun si así fuese, quienes tuvieran derecho a ella lo tendrían por el título de convivencia y afectividad más que por el de herederos propiamente dicho.

El daño moral que por la muerte de su hijo y hermanos pudieron reclamar los recurrentes ya les fue reconocido por la Sentencia en su momento”.

En consecuencia, en relación a la falta de cuidados paliativos y de administración de sedación que hubiera evitado el padecimiento del paciente la legitimación pasiva queda circunscrita únicamente al daño moral y el sufrimiento de los reclamantes causado por ver sufrir a su familiar, pero queda descartada en lo que respecta al sufrimiento del finado.

Por lo que se refiere a la legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, al encontrarse los centros sanitarios a los que se imputa la supuesta deficiencia sanitaria, integrados en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

Las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tal efecto dispone el artículo 142.5 de la LRJ-PAC “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 caso de

daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas". En el caso objeto del presente dictamen, el fallecimiento del familiar de los reclamantes se produjo el 16 de septiembre de 2009, por lo que la reclamación presentada el 13 de septiembre de 2010 ha de considerarse interpuesta en plazo.

TERCERA.- El procedimiento se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos previstos en la legislación mencionada en la anterior consideración. Especialmente, se ha procedido a la práctica de la prueba precisa, se ha recabado informe de los Servicios cuyo funcionamiento supuestamente han ocasionado el daño y se ha evacuado el trámite de audiencia exigido en los artículos 9, 10 y 11 del Real Decreto 429/1993, respectivamente, y 82 y 84 LRJ-PAC.

CUARTA.- La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Pùblicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: "*los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*". La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el reglamento de desarrollo anteriormente mencionado, disposiciones que en definitiva vienen a reproducir la normativa prevista en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa de 16 de diciembre de 1954, y el artículo 40 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 26 de julio de 1957. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

"1.- Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Pùblicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos.

2.- En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Como señala la doctrina del Tribunal Supremo, que plantea el estado de la cuestión en responsabilidad patrimonial de la Administración en materia de asistencia sanitaria -Sentencias de 26 de junio (recurso 6/4429/04), 29 de abril (recurso 6/4791/06) y 15 de enero (recurso 6/8803/03) de 2008- para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

QUINTA.- En el caso que nos ocupa está acreditado el fallecimiento de una persona, mediante informe médico, que provoca un “*daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto*” (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 –recurso

7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 – recurso 1267/1999-) y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1993 –recurso 395/1993-, 19 de noviembre de 1994 – recurso 12968/1991- y 28 de febrero de 1995 –recurso 1902/1991-), aunque de difícil valoración económica. No habiéndose reclamado ni acreditado la dependencia económica de los reclamantes respecto del finado, el daño se circumscribe al estrictamente moral.

En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de este servicio público, introduciéndose por la doctrina el criterio de la *lex artis* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, exigiéndose para determinar la responsabilidad la existencia no sólo de la lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, siendo la obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no de garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

En este sentido, las Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2000 (recurso nº 8252/2000), y de 23 de febrero de 2009 (recurso nº 7840/2004) disponen que “*se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente. La Administración no es en este ámbito una aseguradora universal a la que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso. Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley General de Sanidad y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren*

el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la LRJ-PAC); nada más y nada menos”.

Esta misma Sala Tercera del Tribunal Supremo, en Sentencia de 19 de julio de 2004 (recurso nº 3354/2000), señala: "*lo que viene diciendo la jurisprudencia y de forma reiterada, es que la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado, y que lo único que puede exigirse es que se actúe conforme a lo que se llama lex artis*".

Por su parte, las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero de 2008 (Recurso nº 8803/2003) y de 20 de marzo de 2007 (Recurso nº 7915/2003) establecen que “*a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente*”. Resulta ello relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, no convierte a la Administración a través de esta institución, en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, debiendo responder solo de aquellos que no tengan el deber jurídico de soportar.

En otro orden de cosas, no puede olvidarse que en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, salvo circunstancias concretas que no vienen al caso, recae en quien la reclama (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de julio de 2003 –recurso 1267/1999-, 30 de septiembre de 2003 -recurso 732/1999- y 11 de noviembre de 2004 -recurso 4067/2000-, entre otras).

Sin embargo, en el caso que nos ocupa la adecuación a la *lex artis* que de los informes obrantes en el expediente se infiere no ha sido contradicha por los reclamantes con medios probatorios, que no aportan, ni proponen ninguna prueba de la vulneración de las buenas prácticas médicas por la actuación sanitaria de la que pudieran derivarse resultados indemnizatorios para la Administración, más allá de sus alegaciones que no hacen prueba de lo cuestionado.

Por el contrario, del Informe de la Inspección Médica se infiere que la actuación médica dispensada al familiar de los reclamantes puede calificarse como correcta, al haberse aplicado los medios diagnósticos y asistenciales, así como los tratamientos necesarios e indicados para la clínica que presentaba el paciente en cada momento.

Dos son los reproches que efectúan los reclamantes a la atención sanitaria recibida por el finado. Por una parte que, dado las múltiples e importantes patologías que padecía el enfermo no se tomaran las medidas adecuadas en el Instituto Provincial de Rehabilitación para evitar la neumonía nosocomial que padeció; por otra, que no se administró al paciente sedación para evitar el sufrimiento ante el mal pronóstico que presentaba el estado del enfermo.

En relación a lo primero es importante tener en cuenta que el enfermo, de edad avanzada, padecía una pluripatología (cáncer de colon, cirrosis hepática por virus de hepatitis C, hepatocarcinoma, varices esofágicas, traquemegalia, bronquitis crónica y dilatación aórtica) que había ingresado en urgencias del Hospital Gregorio Marañón el 28 de agosto por pérdida de conciencia con desorientación tras traumatismo acaecido unos días antes. Tras realizarse diversas pruebas, entre ellas analítica, radiografía de tórax, eco doppler hepático y TAC craneal se llega al diagnóstico de encefalopatía hepática, descompensación edemoascítica, traumatismo craneo-encefálico con lesión post-traumática secundaria y disminución del nivel de conciencia, secundario a hipoglucemia.

Una vez llegado al diagnóstico se decide su traslado al Instituto Provincial de Rehabilitación para el tratamiento y control de su evolución, traslado que, a juicio de la Inspección Sanitaria fue adecuado, pues según explica en su informe, dicho Instituto “*es un centro asociado al Hospital Gregorio Marañón para pacientes no agudos, o sea, se envía a pacientes que se prevé una estancia más prolongada y que no necesitan alta tecnología diagnóstica; ya están diagnosticados, van a recuperarse lentamente. Por tanto, los criterios de traslado del paciente fueron correctos*”.

Durante la estancia en el Instituto Provincial de Rehabilitación desarrolló una neumonía, lo que a juicio de los reclamantes se podía haber evitado con medidas preventivas. Sin embargo, sobre este punto tanto la Inspección Sanitaria, como el Jefe de la Unidad de Medicina Interna coinciden en considerar que la neumonía nosocomial es un problema clínico que es prácticamente imposible de prevenir. Este último explicita que “*no hay evidencias científicas en la actualidad que demuestren la efectividad de tratamientos para evitar dicha infección, salvo las medidas higiénicas implantadas en todos los Hospitales*”, lo que viene a contradecir las afirmaciones de los reclamantes de que se podía haber evitado la neumonía con tratamiento preventivo.

En relación a la falta de administración de sedación para evitar el sufrimiento del paciente, consta en la historia clínica que, una vez sufrida la insuficiencia respiratoria aguda, ante la pésima situación del paciente, y el mal pronóstico, “*a petición de la familia se decide ingreso con tratamiento de soporte sin ampliar estudio*” (folio 298 del expediente). Asimismo, en el folio 306 se incluye en las órdenes de tratamiento correspondientes a las 00:00 horas del 15 de septiembre “*si disnea, cloruro mórfito 0,4/6h*” y a las 5:30 horas del día 16 de septiembre se anota por el médico de alerta “*halopeidol ½ amp. ahora, si agitación poner otra ½ amp. en 30’, luego cada 8 h.*” (folio 307), lo que pone de manifiesto que al paciente sí se le administró sedación. Además, según se indica en el Informe del Jefe de la

Unidad de Medicina Interna, “en las indicaciones terapéuticas del Médico que atendió al paciente en el Servicio de Urgencias, estas iban dirigidas a paliar el sufrimiento del paciente en agonía y son las utilizadas en el día a día refrendadas por protocolos establecidos”, añadiendo que “en ocasiones el tratamiento paliativo no consigue los objetivos pretendidos y hay que realizar modificaciones según la respuesta del paciente a la terapéutica recibida”.

En suma, recogiendo la conclusión del informe de la Inspección no hay evidencia de que la asistencia sanitaria prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*, por lo que no concurren los requisitos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

En mérito a cuanto antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

La reclamación de responsabilidad patrimonial debe ser desestimada por no concurrir los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

A la vista de todo lo expuesto, el Órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3. 7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 14 de septiembre de 2011