



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen n.º 179/2026

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 15 de junio de 2026, 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 12 de enero de 2026 (COMINTER 2629), y documentación en formato CD recibida en la sede de este Consejo Jurídico el 15 de enero de 2026, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.ª X y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2026_004), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 31 de octubre de 2023, D.ª X, y D.ª S y D.ª J, formularon reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria por los daños derivados del fallecimiento de D. Z, que atribuyen el daño a un error de diagnóstico en la asistencia prestada.

En síntesis, en su escrito de reclamación, las reclamantes articulan su pretensión sobre la base de que, el 20 de noviembre de 2022, D. Z (66 años), paciente dependiente, ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste debido a una sintomatología grave consistente en dolor dorsal, disnea y expectoración espumosa. Pese a la especificidad de este cuadro clínico, el facultativo de guardia procedió a su alta apenas dos horas después (20:51 horas), diagnosticando de forma errónea un “probable espasmo esofágico”, prescribiendo únicamente dieta blanda y paracetamol; una decisión que determinó su remisión al domicilio sin la vigilancia ni las pruebas diagnósticas que la gravedad del cuadro requería.

Apenas dos días después del alta, el día 22 de noviembre, el paciente falleció en su domicilio a consecuencia de un infarto agudo de miocardio. Dicha causa fue confirmada por el médico forense a instancias de la autoridad judicial, ante la negativa del facultativo a certificar una muerte por causa natural. Estos hechos motivaron la apertura de las Diligencias Previas n.º 507/2022 en el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción n.º 1 de Caravaca de la Cruz (Murcia).

Se sostiene que la responsabilidad patrimonial deriva de un proceso de diagnóstico deficiente iniciado el 20 de noviembre de 2022, cuyo manejo y posteriores complicaciones condujeron de forma directa al fallecimiento.

Las comparecientes alegan que la actuación médica no se ajustó a la *lex artis*, incurriendo en un error de diagnóstico evidente al no realizar un descarte riguroso de patologías graves.

El informe forense establece como causa fundamental del fallecimiento un “infarto agudo de miocardio” y como causa inmediata un edema de pulmón, lo que desmiente por completo el diagnóstico de “espasmo esofágico resuelto” dado en Urgencias.

Como consecuencia de lo anterior, denuncian una falta de celeridad del Servicio de Emergencias. La esposa realizó múltiples y sucesivas llamadas solicitando ayuda ante la gravedad de la situación, aportando capturas de pantalla de las llamadas realizadas.

El escrito sostiene que una asistencia rápida y diligente podría haber evitado el fallecimiento de don Z.

Solicitan una indemnización conforme al siguiente desglose:

- D.^a X, viuda, 129.886,00 € correspondientes a los conceptos de perjuicio personal básico: por su condición de cónyuge no separado legalmente con más de cuarenta y tres años de convivencia y la edad de la víctima al momento del fallecimiento, 66 años.

Perjuicio personal particular: por convivencia del perjudicado con la víctima durante más de cuarenta y tres años, contando el perjudicado con más de treinta años. Perjuicio patrimonial básico: Cada perjudicado percibe una cantidad fijada en la tabla 1.C por los gastos razonables que cause el fallecimiento.

- D.^a S y D.^a J, descendientes, 22.379,01 € a cada una, correspondiente a Perjuicio personal básico: considerando la edad de todos los descendientes superior a los treinta años.

Asimismo, solicita que requieran al SUAP y al 112 a fin de que remitan los informes con resultado de pruebas realizadas entre los días 20 y 22 noviembre, y las grabaciones integrales de las conversaciones telefónicas realizada durante esos días.

Aporta con el escrito la siguiente documentación (páginas 12 a 118):

- Testamento abierto notarial y registro en el Ministerio de Justicia (Registro General de Actos de Última Voluntad) otorgado el 22 de julio de 2014.

- Informes clínicos de urgencias de los años 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022.

- Diligencia de exposición (atestado) de la Guardia Civil, indicando que en la madrugada del 22 de noviembre de 2022 se recibió aviso por fallecimiento de don Z en su domicilio de Cehegín (Murcia). Personados los servicios sanitarios, no certificaron la muerte natural porque cuando llegaron al domicilio la persona estaba fallecida, activándose el protocolo judicial. Se personó la policía judicial, dando aviso al Juzgado de Guardia y al Instituto de Medicina Legal, procediéndose al levantamiento del cadáver a las 05:10 horas del día 22 de noviembre. En el domicilio se encontraba su esposa.

- Diligencia de entrega de atestado por vía LEXNET al Juzgado de n.º 1 de Primera Instancia e Instrucción de Caravaca de la Cruz.

- Auto Judicial del procedimiento abreviado n.º 507/2022 de incoación de diligencias previas por un presunto delito sin especificar de 22 de noviembre de 2022.

- Informe Técnico Ocular y reportaje fotográfico de la Policía Judicial de 22 de noviembre, a las (11:42 horas).

- Informe Médico Forense provisional de 22/11/2022 (12:38 horas) que informa lo siguiente:

Circunstancia del deceso: Fallecimiento domiciliario el 22 de noviembre de 2022 a las 02:30 horas, con intervención de la Policía Judicial.

Antecedentes del paciente: Historial de esclerosis múltiple, ateromatosis carotídea, diabetes, hipertensión y patología prostática/urinaria.

Conclusión provisional: Muerte de etiología natural causada fundamentalmente por un infarto agudo de miocardio, que derivó en un edema agudo de pulmón e insuficiencia respiratoria.

El informe concluye que no existen impedimentos para la inhumación o incineración del cadáver.

- Comparecencia ante el Juzgado n.º 1 de Primera Instancia e Instrucción en Caravaca de la Cruz, de don M encargado de la "Funeraria Firlaque" solicitando la autorización para poder inscribir la defunción en el Registro Civil. Manifiesta que el fallecido va a ser incinerado en Murcia.

- Exhorto al Juzgado de Paz de Cehegín de 23 de noviembre de 2022, para la inscripción de la defunción e incineración del fallecido, indicando que no existe impedimento alguno para el enterramiento.

- Documento Nacional de Identidad del fallecido y de las partes, libro de familia, certificado de empadronamiento.

- Certificado de defunción.

- Captura de pantalla con las llamadas realizadas.

SEGUNDO.- Mediante resolución de fecha 9 de noviembre de 2023, la Directora-Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS) admitió a trámite la reclamación, designando para su instrucción al Servicio Jurídico del SMS. En dicha resolución se indicó el plazo máximo de resolución y los efectos del silencio administrativo.

La notificación fue puesta a disposición de las reclamantes y de la compañía aseguradora del SMS el día 13 de noviembre de 2023.

TERCERO.- Con fecha 14 de noviembre de 2023, el órgano instructor requirió al Área de Salud IV, la remisión de la historia clínica completa del paciente, incluyendo tanto la atención especializada en el Hospital Comarcal del Noroeste como la del Centro de Salud de Cehegín. Asimismo, solicitó la emisión de los informes de los profesionales sanitarios que intervinieron en los hechos objeto de reclamación.

En la misma fecha, el órgano instructor requirió a Dirección-Gerencia de Urgencias y Emergencias 061, los informes de los profesionales intervinientes. Asimismo, se instó a aportar los resultados de las pruebas practicadas entre los días 20 y 22 de noviembre de 2022, y al Centro de Emergencias 112 la

entrega de las grabaciones íntegras de las comunicaciones telefónicas mantenidas durante el referido periodo.

Simultáneamente, en la referida fecha, se interesó del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción n.º 1 de Caravaca de la Cruz la expedición de copia testimoniada de las diligencias previas.

CUARTO.- Mediante diligencia de ordenación de 15 de noviembre de 2023, el Letrado de la Administración de Justicia comunicó al órgano instructor lo siguiente: *“Por presentado el anterior escrito por la Consejería de Salud, sin que la Región de Murcia, procedente de su expediente 820/23 (MJ/P), conste su personación en forma ni el cumplimiento de los requisitos previstos en los arts. 234 y ss. de la LOPJ, devuélvase por el conducto de su recibo”*.

QUINTO.- Con fecha 22 de noviembre de 2023, la Dirección-Gerencia del Área de Salud IV envió el historial clínico con formato CD del paciente. Los antecedentes constan desde el año 2016; no obstante, se extraen los siguientes datos de interés para la emisión del dictamen (páginas 369 a 603):

1) El fallecido contaba con los siguientes antecedentes: Paciente crónico complejo en situación de dependencia completa (vida cama-sillón). Presenta una insuficiencia cardíaca Grado III (NYHA), lo que implica limitación marcada de la actividad física.

Patologías crónicas: Neurodegenerativas: Esclerosis múltiple secundaria progresiva (desde el año 2000) con episodios de brotes y nuevas placas desmielinizantes. Metabólicas y vasculares: Diabetes Mellitus tipo 2 (en tratamiento), hipertensión arterial (HTA) y ateromatosis carotídea bilateral. Urológicas: Hipertrofia benigna de próstata, infecciones urinarias de repetición y antecedentes de sepsis urinaria. Antecedentes quirúrgicos e ingresos: Intervención de cuello vesical (RTU), ingreso por gripe A y hospitalización reciente (2021) por síndrome motor derecho. Tratamiento Habitual: Polimedicado con fármacos para la esclerosis (Copaxone, Sativex), control glucémico (Incesyn), suplementos de calcio y medicación para el sueño/ansiedad.

- Informe del Servicio de Medicina Interna (19/09/2022 al 26/09/2022): *“Hospitalización por cuadro de febrícula con diagnóstico principal de infección urinaria y bronquitis aguda. Tras valoración, se comienza el tratamiento con ceftriaxona y corticoterapia. A lo largo de su ingreso el paciente mejora considerablemente, con disminución de secreciones y de parámetros analíticos alterados, por lo que se decide alta a domicilio”*.

- Informe de Consultas Externas de Neumología (10/01/2022): *“Paciente con diagnóstico de esclerosis múltiple, bulla pulmonar basal izquierda. microaspiraciones de repetición, infección respiratoria de vías altas. El paciente continúa con tos secundaria a microaspiraciones recurrentes, por lo que ha precisado de antibioterapia en el último mes. No fiebre. No realiza incentivador ni aspiraciones. No síntomas de hipoventilación nocturna, sin somnolencia, cefalea matutina ni otros síntomas. Indico nebulizaciones cada 8 horas, incentivador respiratorio e intentos de expectoración y aspiración. No inicio Cough-assist por riesgo de neumotórax (bulla) y dada poligrafía en el límite, sin síntomas de hipoventilación, por el momento no inicio VMNI. Valoraremos con nueva pulsioximetría”*.

- Consulta Externa de Neumología (16/06/2022): *“Paciente varón de 65 años con diagnóstico de esclerosis múltiple progresiva con mal manejo de secreciones en los últimos meses. Valorado por NML en ingreso de octubre/21 indicándose aspirador e incentivador de secreciones, descartando cough-*

assist por bulla pulmonar subpleural izquierda y alto riesgo de neumotórax. Inicio de tratamiento con nebulizaciones con combiprasal cada 12 horas (si precisa, podrá cada 8 horas). Tras nebulizaciones, realizar incentivador respiratorio e intento de expectoración con aspiración”.

- Informe clínico del Servicio de Urgencias, fecha de ingreso-alta el 20/11/2022 (18:53 horas), paciente de 66 años que tras merendar fruta a los 10 minutos de finalizar refiere dolor en la espalda, con disnea y empezó a tirar “espuma por la boca a la llegada del SUAP [satO2: 95%].

Diagnóstico principal: Motivo del alta probable espasmo esofágico resuelto.

Tratamiento: Dieta blanda, abundantes líquidos, si dolor con paracetamol 650 mg un comprimido cada 8 horas y control por su médico de atención primaria.

2) Informe del Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste sobre la asistencia prestada el día 20/11/2022 (páginas 140 a 141), que de manera sucinta, señala lo siguiente:

Estamos ante un paciente con cronicidad compleja, movilidad limitada (cama-sillón) y una insuficiencia cardíaca grado III (NYHA), caracterizada por disnea y fatiga ante mínimos esfuerzos.

Con una enfermedad neurodegenerativa con disfagia documentada, lo que dificulta la deglución y puede generar espasmos esofágicos.

El facultativo de urgencias vinculó el dolor torácico y la disnea con la ingesta reciente de alimento (fruta), interpretándolo como un espasmo esofágico derivado de su disfagia.

Tras dos horas de estabilidad sin sintomatología activa, se concluyó que el episodio estaba resuelto, descartando otras patologías y procediendo al alta con paracetamol.

SEXTO.- Con fecha 12 de enero de 2024, el órgano instructor recibió los informes de los facultativos del Servicio de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061, que prestaron asistencia médica los días 20 y 22 de noviembre de 2022 (páginas 148 a 157).

- D.^a V expone que el día 20 de noviembre de 2022, se encontraba de guardia en el Servicio de Urgencias *“Recibimos aviso por parte del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CCU) de paciente, D. Z, con dolor de espalda, angustia, malestar”.*

- D. D que realiza las funciones de Técnico de Emergencias en relación con los hechos acaecidos el día 22 de noviembre, día que se encontraba de guardia expone que

“Recibimos aviso del Centro Coordinador de Urgencias (CCU) para acudir a un domicilio, siendo el motivo de la consulta, Lumbalgia, tipificado con A3, especificando que el paciente estuvo el día anterior en el Hospital, y que no remitía la Lumbalgia. Nada más recibir el aviso lo reflejo sobre la Historia Clínica y mientras el Celador reúne al resto del equipo. Salgo de inmediato a desenchufar la ambulancia y la traigo hasta la entrada del Centro, donde espero con ella arrancada al equipo. Salimos del centro hacia el domicilio del paciente D. Z, ante una única llamada del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias del 061. Realizamos la asistencia encontrando un ambiente hostil, teniendo que llamar por orden del facultativo a la Guardia Civil. Cuando llegamos hasta el paciente, este se encontraba fallecido.

Al final el aviso, para dar libre, comentamos en el CCU, que era muy extraño no haber recibido otra llamada por parte de ellos con el cambio de la situación, con el cambio del estado de la tipificación del asunto. Sin nada más que añadir”.

- D.^a P de Urgencias en Atención Primaria declara que el día 22 de noviembre “El Técnico en Emergencias Sanitarias recibe aviso del Centro Coordinador de Urgencias (CCU) para acudir a un domicilio, siendo el motivo de la consulta, Lumbalgia, tipificado con A3 que quiere decir urgencia no crítica, demorable una media hora.

Nos reunimos todo el equipo a una única llamada del CCU, y nos disponemos a salir al domicilio de D. Z. A la llegada oímos gritos de una mujer, entramos todo el equipo con todo el material para realizar la asistencia.

Me encuentro a un paciente encamado, con barandillas en la cama, lo que me hizo pensar que era un paciente con alguna patología crónica incapacitante.

Según se describe en la Historia Clínica, se trata de un paciente con dependencia completa, encamado, con antecedentes de esclerosis múltiple, síndrome motor puro derecho. Ateromatosis carotídea bilateral no estenosante.

El día anterior presentó probable espasmo esofágico diagnosticado en el hospital de referencia. Se encontraba semi decúbito lateral izquierdo, sin respiración espontánea, sin latido cardíaco, pupilas midriátricas arreactivas, con espuma salivación sanguinolenta en la comisura bucal izquierda. Hallando restos de sangre roja en la sábana. Se realizó un Electrocardiograma, presentando una línea isoeléctrica sin actividad. El paciente estaba fallecido, sin posibilidad de recuperación.

A continuación, procedo a indicar a la esposa que su marido estaba fallecido, que lo sentía mucho, pero ante la situación familiar, acusándonos a todo el equipo de la tardanza, e increpándonos, y ante los gritos, expliqué a la familia que no podía realizar el certificado de defunción porque desconocía la causa de la muerte.

La esposa del paciente me contestó diciendo que estaba muy claro el motivo del fallecimiento de su marido, que era un infarto. Por ello, decidimos avisar a Policía Local y Guardia Civil para la custodia del cadáver. Cuando finalizo mi asistencia en el domicilio, llamé de nuevo al Centro Coordinador de Urgencias, porque me extrañaba mucho que el aviso entrara como una Lumbalgia y al llegar al domicilio el paciente estuviera fallecido, necesitaba una explicación.

SÉPTIMO.- Con fecha 18 de enero de 2024, el Servicio Jurídico del SMS envió a la compañía aseguradora copia del expediente.

Simultáneamente, se solicitó el preceptivo informe a la Inspección Médica en relación con el objeto de la reclamación y sobre la idoneidad de la valoración por daños personales (psicofísicos) presentada por la reclamante.

OCTAVO.- Con fecha 22 de marzo de 2024, la instrucción requirió a la interesada para que aporte copia testimoniada de las diligencias previas incoadas en el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción n.º 1 de Caravaca de la Cruz con auto de sobreseimiento firme e informe definitivo de la autopsia.

La interesada, el 3 de abril de 2024, aportó el auto de sobreseimiento provisional de 15/11/2023 y el informe forense (provisional).

El 15 de abril, el Servicio Jurídico reiteró el informe forense definitivo. Ante dicha circunstancia, la interesada el 7 de mayo instó al órgano instructor a que librase de oficio al Instituto Forense de Murcia el informe definitivo.

El 15 de mayo, el órgano instructor requirió de oficio el informe al Instituto Forense.

NOVENO.- Tras reiterados requerimientos, instando la aportación del testimonio de las actuaciones, el auto de sobreseimiento y el informe forense definitivo, el órgano instructor procedió el 10 de diciembre de 2024 a interesar dicha documentación de la Dirección de los Servicios Jurídicos.

En respuesta a lo anterior, el 12 de diciembre de 2024, la Dirección de los Servicios Jurídicos informó que *“de que al haber concluido la instrucción de las Diligencias Previas 507/2022 del Juzgado de 1ª Instancia e Instrucción 1 de Caravaca de la Cruz, no es posible nuestra personación en esas actuaciones. Los interesados sí tienen acceso a las actuaciones sobreseídas, al amparo de lo dispuesto en el artículo 4.2 del Reglamento de aspectos accesorios de las actuaciones judiciales. Por tanto, se recomienda instarles a reclamar la documentación obrante en esas actuaciones penales indicada en su comunicación”*.

DÉCIMO.- Con fecha 17 de enero de 2025, la interesada presentó el informe definitivo confirmando la existencia de un infarto agudo de miocardio por trombosis de la arteria coronaria derecha como el proceso responsable del exitus.

El informe forense concluye: *“Tipo de muerte: Natural Etiología: Natural.*

Causa inmediata: Insuficiencia respiratoria aguda secundaria a edema agudo de pulmón.

Causa inicial o fundamental: Infarto agudo de miocardio. Data: 2:30 horas del día 22-11-2022.

Incineración: no hay inconveniente para la inhumación/incineración del cadáver.

CLASIFICACIÓN Codificación CE 1 O (Todos los capítulos): 121 - Infarto agudo de miocardio”.

El 31 de enero de 2025 dicha documentación fue remitida a Inspección Médica.

UNDÉCIMO.- Con fecha 10 de junio de 2025, la compañía aseguradora remitió al órgano instructor el dictamen médico pericial (página 218) realizado por la doctora M, Licenciada en Medicina y Cirugía, Médico especialista en Cardiología. Por lo que respecta a la valoración del daño realizado por la doctora R especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, cuyas conclusiones se detallan a continuación.

- Dictamen Médico Pericial:

“D. Z fue trasladado el 20.11.2022 a Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste para ser valorado por un cuadro de dolor en la espalda y disnea, que se diagnosticó de “posible espasmo esofágico difuso”.

La atención sanitaria recibida en este centro no fue correcta ni acorde a la lex artis, puesto que no se realizaron las pruebas complementarias que estaban indicadas para descartar patologías graves y frecuentes como el infarto agudo de miocardio entre otras.

Consecuencia de ello, se realizó un diagnóstico erróneo que supuso que el paciente no recibiera el tratamiento correcto.

Aproximadamente 30 horas después, su mujer solicita asistencia sanitaria domiciliaria por recurrencia de los síntomas. El paciente fallece antes de recibir asistencia, ya que ésta se demora más de lo habitual como consecuencia de un error en la codificación del aviso, en parte motivado por la descripción algo ambigua del cuadro clínico por parte de la mujer del paciente. Es probable, en cualquier caso, que una atención algo más temprana ese día, no hubiera cambiado el desenlace clínico.

El informe definitivo de la autopsia establece como causa de la muerte un infarto agudo de miocardio.

Existe en este caso un nexo de causalidad entre la atención deficiente recibida y el fallecimiento del paciente.

En el caso de un infarto agudo de miocardio, no recibir el tratamiento adecuado, supone una reducción de la supervivencia, y por tanto una pérdida de oportunidad, estimada en el 50%.”

- Informe de Valoración que cuantifica el daño conforme al baremo anexo a la Ley 35/2015, y la tabla referente al año 2022:

“Perjuicio Personal Básico:

4.1.1. A la viuda le corresponde una indemnización de 129.447,20 €.

4.1.2. A las hijas les corresponde indemnizar una cantidad fija de 21.940,21 € a cada una.

Perjuicio Patrimonial:

4.2.1. Perjuicio Patrimonial Básico: cada perjudicada recibe, sin necesidad de justificación la cantidad fija de 438,80 €.

A nuestro criterio, en el caso de que el Magistrado decida que los familiares deben ser compensados económicamente, consideramos que, correspondería atribuir el 50% de la cuantificación económica que hemos propuesto en base a la pérdida de oportunidad”.

DUODÉCIMO.- Con fecha 12 de septiembre de 2025, la instrucción recibió el informe de Inspección Médica (página 252), con arreglo a las conclusiones siguientes:

“Varias son las causas de dolor torácico y disfagia, con síntomas que pueden simular dolor de espalda.

La integración clínica y el uso dirigido de estudios de imagen y laboratorio son esenciales para diferenciar entre causas benignas y potencialmente mortales.

Es fundamental considerar tanto síntomas típicos como atípicos en la evaluación clínica de estos pacientes y sospechar un infarto agudo de miocardio.

Por su frecuencia y gravedad, es recomendable realizar un ECG y troponinas de alta sensibilidad para descartar un síndrome coronario agudo.

Un error en el diagnóstico inicial impidió contemplar otras posibles patologías graves, entre ellas, el infarto agudo de miocardio, lo que derivó en que el paciente no recibiera el tratamiento oportuno.

Respecto a la atención sanitaria recibida en el segundo día, una intervención algo más ágil no habría modificado el desenlace clínico”.

DECIMOTERCERO.- Con fecha 10 de octubre de 2025, se notificó a las partes el trámite de audiencia, plazo de alegaciones y aporte de nueva documentación. No consta que se hubiese formulado alegaciones.

DECIMOCUARTO.- Con fecha 22 de diciembre de 2025, el órgano instructor dictó propuesta de resolución estimatoria parcial. La propuesta confirma que el error de diagnóstico inicial impidió detectar el infarto y privó al paciente del tratamiento necesario. A la vista de los informes aportados al procedimiento, se vincula la falta de tratamiento con una reducción del 50 % en las probabilidades de supervivencia.

Por tanto, al concurrir el nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario y el daño sufrido, se le concede una indemnización a doña X una cantidad de 64.943 €, y a sus hijas un total de 11.189,50 € a cada una de ellas, lo que hace un total para las tres reclamantes de 87.322 €, sujeto a actualización legal a la fecha que ponga fin al procedimiento.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de Dictamen con fecha 15 de enero de 2026.

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, el artículo 81.2 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

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

I. Las reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad

patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), en cuanto que sufren el daño moral causado por el fallecimiento de su esposo y padre. Las interesadas han acreditado la relación de parentesco con el fallecido mediante copia del libro de familia y testamento.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población con ocasión de cuya prestación se produjo el daño reclamado.

II. En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, ocurrido el fallecimiento del familiar de las reclamantes el día 22 de noviembre de 2022, la reclamación formulada el 31 de octubre de 2023, se ha presentado en el plazo legal.

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, el trámite de audiencia a los interesados y el informe de la Inspección Médica, que junto con la solicitud de este Dictamen constituyen los trámites preceptivos de este tipo de procedimientos.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial.

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 (recurso 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 del 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”, 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 (10.1 RRP), 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”*.

Además, como destacan las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de octubre de 2023 (recurso 157/2021) y de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017): *“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que este sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar 26/36 dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno”*.

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

I. La reclamación se sustenta en el error de diagnóstico de “espasmo esofágico” cometido en el Servicio de Urgencias el día 20 de noviembre, lo que derivó en un alta precipitada que impidió el tratamiento precoz del infarto agudo de miocardio, precipitando el fatal desenlace apenas dos días después.

En materia de la carga de prueba respecto del nexo causal, como regla general, en los procedimientos

de responsabilidad patrimonial corresponde a quien reclama, conforme a lo dispuesto en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Frente al diagnóstico de espasmo, el informe forense que resulta determinante para la resolución de este expediente acredita que la causa fundamental del fallecimiento fue un infarto agudo de miocardio por trombosis de la arteria coronaria derecha, el cual desencadenó una insuficiencia respiratoria aguda por edema agudo de pulmón.

Este diagnóstico técnico guarda una correlación absoluta con la sintomatología que presentaba el paciente el día 20 de noviembre (disnea y expectoración espumosa), evidenciando que el diagnóstico hospitalario de “espasmo esofágico” no solo fue erróneo, sino que ignoró un proceso isquémico en curso que ya manifestaba signos externos de extrema gravedad.

Como indica el Dictamen Pericial, en un paciente de esclerosis múltiple y de alto riesgo cardiovascular, resultaba necesario y obligado agotar el descarte de una patología coronaria antes de emitir cualquier diagnóstico digestivo. Por ello, se debían haber realizado, tal y como indican los protocolos, un electrocardiograma y una determinación seriada de marcadores de daño miocárdico. Sin embargo, como pruebas se realizaron exclusivamente una radiografía de tórax y una analítica.

El perito sostiene que la práctica de un electrocardiograma (o su repetición seriada), junto a la determinación de marcadores de daño miocárdico (troponina), así como otros indicadores específicos como el D-dímero o NT-proBNP, habrían permitido una aproximación diagnóstica mucho más precisa. La omisión de estas pruebas objetivas fue lo que impidió identificar el evento coronario en curso, confirmando que el centro hospitalario no agotó los medios de diagnóstico que la situación clínica del paciente exigía.

El dictamen pericial sostiene que la identificación precoz del infarto mediante un electrocardiograma y las troponinas habría permitido instaurar un tratamiento correcto de reperfusión coronaria, que hubiera reducido la probabilidad de complicaciones mortales en un 50 %.

A mayor abundamiento, y siguiendo el iter cronológico de los hechos, el dictamen analiza la asistencia domiciliar del 22 de noviembre, identificando un error en la codificación del aviso que demoró la llegada de los servicios de emergencia, lo que supuso un tiempo de respuesta de 27 minutos. El informe atribuye esta demora a una combinación entre la descripción del cuadro clínico por el nerviosismo de la informante y una interpretación incorrecta de la gravedad por parte del centro de coordinación.

Al abordar si un diagnóstico correcto el día del fallecimiento hubiera cambiado el pronóstico, el perito dictamina que es “posible, pero no seguro”. El informe señala que, con alta probabilidad, el óbito se debió a una complicación arrítmica o un shock cardiogénico derivados del infarto. Dada la alta comorbilidad del paciente y el entorno rural alejado de un centro sanitario, le confieren un pronóstico muy malo aun habiendo recibido una atención más temprana ese día.

En definitiva, el dictamen concluye que la falta de un tratamiento adecuado del infarto agudo de miocardio supuso una reducción de supervivencia del paciente del 50 %, y por tanto una pérdida de oportunidad.

Establecida por el dictamen pericial la pérdida de oportunidad, procede dar traslado de dichas

conclusiones al informe de valoración del daño. Este segundo dictamen traduce la negligencia médica en una pérdida de oportunidad terapéutica cuantificada en un 50 %, al ser esta la probabilidad de supervivencia que el paciente perdió por no recibir el tratamiento de reperfusión a tiempo.

“Se trata de una pérdida de oportunidad que supone una privación de expectativas y que constituye como decimos de un daño antijurídico, puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a los servicios públicos de salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias”. Tribunal Supremo en su Sentencia de 25 de abril de 2024 (recurso 36/2023).

Por otro lado, la Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2.005 (recurso 435/2004), resalta que: *“... para que la pérdida de oportunidad pueda ser apreciada debe deducirse ello de una situación relevante, bien derivada de la actuación médica que evidencie mala praxis o actuación contra protocolo o bien de otros extremos como pueda ser una simple sintomatología evidente indicativa de que se actuó incorrectamente o con omisión de medios...”*

En el mismo sentido, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid recoge en su Sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 23 de junio de 2022 (recurso 880/2020), entre otras, el concepto de pérdida de oportunidad respecto al cual expone:

“Recordemos que la doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente”.

Todos los informes que figuran en el procedimiento coinciden en afirmar que el error de diagnóstico inicial ha producido perjuicios a la reclamante.

II. En concreto, la Inspección sanitaria considera que:

“En el caso que nos ocupa de D. Z, y dados sus antecedentes conocidos de esclerosis múltiple, clínica de disfagia y antecedentes de broncoaspiraciones, fue fácil el error diagnóstico de relacionar la sintomatología de dolor de espalda y disfagia con su problema neurodegenerativo y motor.

Un error en el diagnóstico inicial impidió contemplar otras posibles patologías graves, entre ellas, el infarto agudo de miocardio, lo que derivó en que el paciente no recibiera el tratamiento oportuno.

Respecto a la atención sanitaria recibida en el segundo día, una intervención algo más ágil no habría modificado el desenlace clínico”.

Como viene señalando el Consejo Jurídico en sus dictámenes, los informes emitidos por la Inspección de Servicios Sanitarios constituyen una prueba de especial relieve debido a su naturaleza neutral y rigor científico.

De lo expuesto se colige que el alta médica del 20 de noviembre de 2022 fue manifiestamente prematura e incompatible con la sintomatología que presentaba el paciente. Si bien la obligación de un facultativo no es de resultado (curación), sí lo es de medios, por tanto, la ciencia obliga a prestar una atención debida conforme a *la lex artis* y los antecedentes clínicos. Una actuación prudente, en este caso, habría obligado a mantener la hospitalización para descartar fehacientemente una patología isquémica dada sus antecedentes, en lugar de emitir un diagnóstico de espasmo esofágico.

La gravedad de este error queda acreditada por el Informe Forense al situar el origen de la muerte en un infarto agudo de miocardio por trombosis. Además, existe una correlación biológica entre la espuma por la boca que el fallecido presentó en Urgencias y el edema agudo de pulmón hallado en la autopsia, lo que demuestra que el alta se produjo mientras el paciente sufría un evento coronario en curso que el hospital simplemente ignoró.

Corolario de lo expuesto es que concurren todos los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, singularmente el nexo causal entre el anormal funcionamiento del servicio público sanitario y el daño causado, que los reclamantes no tenían el deber jurídico de soportar, lo que determina su antijuridicidad.

QUINTA.- Cuantía de la indemnización.

I. A la vista de lo expuesto, estima el Consejo Jurídico que procede indemnizar a las reclamantes bajo la doctrina de la pérdida de oportunidad.

El error en el diagnóstico inicial de espasmo esofágico derivó en un error en el alta hospitalaria, circunstancia que impidió de forma irremediable la instauración del tratamiento adecuado. Pero tampoco puede descartarse que, de haber mediado dicha intervención, se hubiera evitado el fallecimiento, por tanto, el daño debe valorarse de manera proporcional.

En este sentido, la indemnización debe ponderar la expectativa de supervivencia que el tratamiento habría ofrecido frente a la fragilidad previa y las patologías neurodegenerativas que el finado padecía, teniendo presente su historial clínico de varios ingresos durante el año 2022, lo cual justifica técnicamente que el resarcimiento se ajuste al 50 % del daño total conforme a la pérdida de oportunidad detectada.

Pretenden las reclamantes ser indemnizadas en las cantidades de 129.886,00 € para la viuda y 22.379,01 € para cada una de las hijas.

El informe de valoración y la propuesta de resolución consideran que, a los familiares les corresponde el 50 % de la cuantificación económica en base a la pérdida de oportunidad, conforme al siguiente desglose: 64.943 € a la viuda y a cada una de las hijas 11.189,50 € en total un importe de 87.322 €.

Estas cantidades se basan en la aplicación del baremo incluido en el sistema de valoración de daños a las personas contenido en la legislación sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, cuyo texto refundido se aprueba por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, en la versión resultante tras la profunda modificación operada en el mismo por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre.

Como es bien sabido, dicho sistema constituye una referencia objetiva que, a modo de pauta orientativa, es utilizado con frecuencia en el ámbito de la responsabilidad patrimonial ante la inexistencia de tablas objetivas de valoración específica.

A efectos de la determinación de las cuantías, conforme a las reglas de valoración de la Ley 35/2015 y las tablas para el año 2022, aplicando las cuantías de la resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de 23 de febrero de 2022, la determinación de los perjuicios se desglosa de la siguiente forma:

1. Perjuicio personal básico del cónyuge viudo.

- Importe fijo (hasta 15 años de convivencia): 98.730,92 €.

- Años adicionales de convivencia: Al contar con 42 años de matrimonio, proceden 27 años adicionales a razón de 1.097,01 € por año.

2. Perjuicio personal básico de las hijas.

- Al ser ambas mayores de 30 años en el momento del fallecimiento, les corresponde una cantidad fija individual de 21.940,21 €.

3. Perjuicio patrimonial básico.

- Corresponde la cantidad fija de 438,80 € para cada uno de las tres perjudicadas por gastos de desplazamiento, manutención y análogos.

- Total gastos: 1.316,40 €.

- Suma total de conceptos (100 %): 174.644,02 €.

- Aplicación del factor de pérdida de oportunidad (50 %): Total de indemnización 87.322,01 €, cantidad que habrá de ser actualizada conforme a lo establecido en el artículo 34.3 LRJSP.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución estimatoria parcial, al concurrir todos los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, en particular el nexo causal y la antijuricidad del daño reclamado.

SEGUNDA.- La cuantía de la indemnización habrá de ajustarse a lo indicado en la consideración quinta de este dictamen.

No obstante, V.E. resolverá.