



**T. S. J. MURCIA SALA 1 CON/AD
MURCIA**

SENTENCIA: 00121/2024

UNIDAD PROCESAL DE APOYO DIRECTO

Equipo/usuario: UP3
Modelo: N11600 SENTENCIA ART 67 Y SS LRJCA
PALACIO DE JUSTICIA, RONDA DE GARAY, 5
DIR3:J00008050
Correo electrónico:
N.I.G: 30030 33 3 2022 0000447

Procedimiento: PO PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000179 /2022

Sobre: RESPONS. PATRIMONIAL DE LA ADMON.

De D./ña. [REDACTED]

ABOGADO IGNACIO MARTINEZ GARCIA, IGNACIO MARTINEZ GARCIA , IGNACIO MARTINEZ GARCIA , IGNACIO MARTINEZ GARCIA , IGNACIO MARTINEZ GARCIA

PROCURADOR D./Dª. MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ, MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ , MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ , MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ , MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ

Contra D./Dª. CONSEJERIA DE SALUD COMUNIDAD AUTONOMA, BERKSHIRE HATHAWAY EUROPEAN INSURANCE DESIGNATED ACTIVITY COMPANY SUCURSAL EN ES

ABOGADO LETRADO DE LA COMUNIDAD, JAVIER MORENO ALEMAN
PROCURADOR D./Dª. , MIGUEL ANGEL ARTERO MORENO

RECURSO núm. 179/2022

SENTENCIA núm. 121/2024

**LA SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE MURCIA**

SECCIÓN PRIMERA

Compuesta por las Ilmas. Sras.:

Dña. María Consuelo Uris Lloret

Presidenta

Dª. Pilar Rubio Berná

Dª. María Esperanza Sánchez de la Vega

Magistradas

Han pronunciado

EN NOMBRE DEL REY

La siguiente

SENTENCIA nº. 121/24

En Murcia, a siete de marzo de dos mil veinticuatro





En el recurso contencioso administrativo nº 179/2022, tramitado por las normas de procedimiento ordinario, de cuantía 245.739,96 euros, sobre: Responsabilidad patrimonial.

Parte demandante: [REDACTED]

[REDACTED], representados por el Procurador D. Miguel Ángel Gálvez Giménez y defendidos por el Letrado D. Ignacio Martínez García.

Parte demandada: CARM-Consejería de Salud, representada y defendida por el Letrado de la Comunidad.

Parte codemandada: Berkshire Hathaway European Insurance Designated Activity Company surcursal en España, representada por el Procurador D. Miguel Ángel Artero Moreno y defendida por el Letrado D. Javier Moreno Alemán.

Acto administrativo impugnado: Desestimación por silencio administrativo, de la reclamación de indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, presentada por los recurrentes (Expte. nº 646/21).

Pretensión deducida en la demanda: "Que se dicte sentencia en la que se declare la nulidad de la resolución recurrida, así como el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, y se reconozca el derecho de mis mandantes a ser indemnizados con un principal de 245.739,96 euros, desglosados en los siguientes importes:

[REDACTED] (padre de [REDACTED]): 92.606,83 €.

[REDACTED] (madre de [REDACTED]): 92.606,83 €.

[REDACTED] (hermano de [REDACTED]): 20.175,43 €.

[REDACTED] (hermana de [REDACTED]): 26.760,10 €.

[REDACTED] (abuela de [REDACTED]): 13.590,77 €.





Cantidades que deberán ser actualizadas conforme al I.P.C. acumulado desde la producción del daño el 15/07/2021 -fecha del óbito-; e incrementadas en los intereses de demora de la LGP en adelante (art. 34.3 de la Ley 40/15) hasta el efectivo pago.”

Es Ponente la Magistrada **Ilma. Sra. D.^a Maria Esperanza Sanchez De La Vega**, quien expresa el parecer de la Sala.

I.- ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El recurso contencioso administrativo se interpuso el día 27 de abril de 2022, reclamándose el expediente administrativo y dando traslado a la actora, que presentó la correspondiente demanda.

SEGUNDO.- Se dio traslado de la demanda a la Administración demandada, quien se opuso al recurso e interesó la desestimación del recurso. Igualmente hizo la aseguradora personada en calidad de codemandada.

TERCERO.- Se recibió el pleito a prueba y se practicó la declarada pertinente.

CUARTO.- Concluido el periodo probatorio, las partes presentaron sus escritos de conclusiones. El día 23 de febrero de 2024 tuvo lugar la deliberación para la votación y fallo; quedando las actuaciones concluidas para sentencia.

II.- FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Como ya se dijo, es objeto del presente recurso contencioso administrativo la desestimación por silencio administrativo, de la reclamación de indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, presentada por los recurrentes (Expte. nº 646/21).

Se recoge en la demanda que [REDACTED], joven de 29 años de edad, falleció a causa de una defectuosa asistencia sanitaria, y en concreto por falta de seguimiento y de la profilaxis antitrombótica que se le debió haber prescrito por su MAP y luego en asistencia de urgencias en el



hospital, todo ello en concurrencia con un inexcusable retraso en la asistencia de urgencias del 112 el día que murió.

De forma resumida, la demanda sostiene que la asistencia contraria a la lex artis es triple: no se le prescribió profilaxis antitrombótica -por su MAP- ni durante la baja e inmovilización por Covid, ni en la asistencia de urgencias del 12 de julio de 2021 en el HUVA; y, además, ya el día de su muerte, la asistencia de urgencias fue sin recurso medicalizado y tardía.

Resalta que tenía antecedentes de trombofilia por vía materna, los cuales constaban en su historia clínica. Había sufrido diversos episodios de trombosis de vena profunda desde el año 2017, motivo por el cual fue ingresado ese mismo año, con seguimiento durante tres más, todo ello en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.

Recoge las conclusiones del informe pericial que aporta de la especialista en hematología, Dra. [REDACTED], a saber:

"1. El paciente tenía antecedentes personales y familiares de trombosis venosa profunda y mutación heterocigota del factor V Leiden, con la indicación precisa de administrar profilaxis antitrombótica en situaciones de riesgo.

2. Se aprecian tres actos médicos contrarios a la lex artis y a protocolos que tuvieron un nexo causal directo con la muerte del paciente:

-Cuando [REDACTED] se contagió de Covid 19 ya existían evidencias de que esta enfermedad era una situación de gran riesgo trombótico, y su MAP debería haberle indicado la profilaxis antitrombótica.

-Cuando el 12/1/21 -léase 12/7/21- acudió a urgencias del HUVA con dolor a la inspiración, no le realizaron las pruebas mínimas necesarias (ni los análisis, ni los estudios radiológicos) que hubieran diagnosticado el tromboembolismo pulmonar que indicaba la sintomatología que presentaba, ni tampoco le pautaron la profilaxis antitrombótica que estaba indicada por su situación de riesgo, lo que condujo a la trombosis de la pierna y el tromboembolismo pulmonar masivo que ocasionó el fallecimiento.

-Con independencia del retraso de la ambulancia, cuando acudió a urgencias el día 15-7-21 presentaba una situación crítica con taquipnea y el Dímero D tan elevado como correspondería a un tromboembolismo pulmonar masivo, pero aún así no avisaron a la unidad de cuidado intensivos hasta que presentó una parada cardiorrespiratoria, cuando ya la situación era irreversible.

3. Consecuencia de lo anterior la muerte del paciente fue previsible y pudo evitarse con una asistencia médica estándar y acorde a la lex artis.”

Alude también a la injustificada demora y mala gestión del aviso del 112 el día del óbito, que supuso que desde que se hizo la primera llamada sobre la 1.30h del día 15/7/21 hasta que lo vio un médico en el HUVA se produjera una excesiva demora.

Así, se dice que, a la 1:30 horas la familia de ██████ llamó inmediatamente al 112, relatando en sucesivas llamadas a los servicios médicos lo que estaba sucediendo, detallando sus antecedentes médicos (trombofilia por vía materna) y solicitando una ambulancia. Desde dicha llamada, y ante la pasividad de los servicios médicos, tuvieron que volver a llamar hasta en dos ocasiones más al 112 a fin de informar sobre la situación cada vez más grave de ██████ y reiterar la solicitud de una ambulancia. Sobre las 2:00 horas el estado de ██████ empeoraba por momentos y la ambulancia seguía sin llegar.

Añade que en torno a las 2:45 horas llegó una ambulancia de traslado, la cual no contaba ni con personal médico ni de enfermería. ██████ tuvo que bajar las escaleras de su domicilio por su propio pie, y cayó a las puertas de la ambulancia dado se encontraba muy mareado -literalmente se estaba muriendo-. A la llegada a la puerta de urgencias del HUVA, la sorpresa para ██████ y para toda su familia fue que no acudió ni un solo médico para atenderlo, por lo que lo trasladaron a una camilla y lo introdujeron al interior del hospital. Una vez dentro, una doctora salió para informar a la familia de que ██████ se encontraba en un estado muy grave. ██████ falleció a las 4:30 horas.

Se reclama una cantidad total de 245.739,96 euros, correspondiendo a cada uno de los recurrentes las siguientes sumas:

- A ██████ (padre): 92.606,83 euros.
- A ██████ (madre): 92.606,83 euros.
- A ██████ (hermano): 20.175,43 euros.
- A ██████ (hermana): 26.760,10 euros.
- A ██████ (abuela): 13.590,77 euros.

SEGUNDO.- Por el Letrado de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) se presentó escrito de contestación a la demanda oponiéndose a la estimación del recurso y remitiéndose a los informes de los



facultativos del Hospital La Arrixaca y, en especial, del Dr. [REDACTED] [REDACTED], médico adjunto del Servicio de Urgencias y de la Dra. [REDACTED], Facultativa del Servicio de Urgencia, así como de la Dra. [REDACTED], Médico de Atención Primaria del Centro de Salud de Alcantarilla/ Sangonera La Seca , y del Dr. [REDACTED], Responsable de Unidad de Enfermedad Tromboembólica Venosa del Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca .Se recoge también las conclusiones de la Dra. [REDACTED] (CRITERIA), Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

La defensa de la aseguradora se opone a la estimación del recurso por apreciar que no existió negligencia médica; aporta un Informe pericial de las Dras. [REDACTED] (Especialista en Alergología e Inmunología clínica) y [REDACTED] (Especialista en Anatomía Patológica), en el que se concluye que, en su opinión, el fallecimiento no fue por un tromboembolismo pulmonar, sino por un Síndrome de Distrés respiratorio Agudo (SDRA) causado por una tormenta de citoquinas y que el hecho de haber pautado una tromboprofilaxis previa no habría evitado la progresión de la infección y el empeoramiento clínico debido a la tormenta de citoquinas y SDRA asociado. Se discrepa también de la cuantía de la reclamación.

Además, también alega la inadmisibilidad del recurso respecto de [REDACTED], abuela del finado, por falta de legitimación activa, artículo 69.b), de la LJCA; en este punto se dice que para que un abuelo tenga la consideración de perjudicado tiene que haber premuerto el padre o la madre, según la rama familiar a la que pertenezca, del paciente (en este caso) fallecido. Y se dice que no consta acreditado por la actora que ningún progenitor de [REDACTED] haya fallecido antes que él.

En este punto, la parte actora alega que, si consta acreditado que es la madre de la madre de [REDACTED], y que en la demanda, no se hace valer el título de abuela, sino el de allegada, con la atribución de cantidad que le corresponde por ese concepto.

Pues bien, para ser allegada, sería necesario que hubiera convivido familiarmente con la víctima, durante al menos 5 años inmediatamente antes al fallecimiento, sin que este extremo este acreditado en las actuaciones. Por lo que, en efecto, el recurso sería inadmisibile con respecto a la abuela, [REDACTED].





TERCERO.- La Constitución Española (CE) señala en el art. 106.2 que 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.

La Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) establece en el artículo 32. 1 que *los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley.*

Como ha señalado el Tribunal Supremo, Sala Tercera, en la Sentencia de 3 de mayo de 2011, Rec. 120/2007, *“la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: 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 cabalmente causado por su propia conducta”.*

La Sala Tercera del Tribunal Supremo ha declarado reiteradamente que la responsabilidad patrimonial de la Administración se configura como una responsabilidad objetiva o por el resultado. Ahora bien, es necesario que concurra un elemento esencial que es la *antijuridicidad del daño*. Es indiferente que la actuación administrativa haya sido normal o anormal, pero es necesario que el daño sea antijurídico.

Para que el daño concreto producido por el funcionamiento del servicio a uno o varios particulares sea antijurídico basta con que el riesgo inherente a su utilización haya rebasado los *límites impuestos por los estándares de seguridad exigibles conforme a la conciencia social*. No existirá entonces deber alguno del perjudicado de soportar el menoscabo y,



consiguientemente, la obligación de resarcir el daño o perjuicio causado por la actividad administrativa será a ella imputable.

El art. 34.1 de la Ley 40/2015 de LRJSP dicta que sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley.

El problema radica fundamentalmente pues en constatar el examen de la relación de causalidad inherente a todo caso de responsabilidad extracontractual. A este respecto la Sala Tercera del Tribunal Supremo tiene declarado, desde la sentencia de 27 de octubre de 1998 () que el examen de la relación de causalidad inherente a todo caso de responsabilidad extracontractual debe tomar en consideración que:

a) Que entre las diversas concepciones con arreglo a las cuales la causalidad puede concebirse, se imponen aquellas que explican el daño por la concurrencia objetiva de factores cuya inexistencia, en hipótesis, hubiera evitado aquél.

b) No son admisibles, en consecuencia, otras perspectivas tendentes a asociar el nexo de causalidad con el factor eficiente, preponderante, socialmente adecuado o exclusivo para producir el resultado dañoso, puesto que --válidas como son en otros terrenos-- irían en éste en contra del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

c) La consideración de hechos que puedan determinar la ruptura del nexo de causalidad, a su vez, debe reservarse para aquéllos que comportan fuerza mayor --única circunstancia admitida por la ley con efecto excluyente--, a los cuales importa añadir la intencionalidad de la víctima en la producción o el padecimiento del daño, o la gravísima negligencia de ésta, siempre que estas circunstancias hayan sido determinantes de la existencia de la lesión y de la consiguiente obligación de soportarla.

d) Finalmente, el carácter objetivo de la responsabilidad impone que la prueba de la concurrencia de acontecimientos de fuerza mayor o circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficiente para considerar roto el nexo de causalidad corresponda a la Administración, pues no sería objetiva aquélla responsabilidad que exigiese demostrar que la Administración que causó el daño procedió con



negligencia, ni aquella cuyo reconocimiento estuviera condicionado a probar que quien padeció el perjuicio actuó con prudencia.

En el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial derivada de la prestación de asistencia sanitaria, la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha venido configurando una sólida y reiterada doctrina que erige la vulneración de la *lex artis ad hoc* en el elemento determinante de la existencia de los requisitos de relación de causalidad y antijuridicidad del daño.

Citaremos la STS, Sec. 6ª, de 02.10.07, Rec. 9208/03 que señala lo siguiente: «Es constante la jurisprudencia (Ss. 3-10-2000, 21-12-2001, 10-5-2005 y 16-5-2005, entre otras muchas) en el sentido de que la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible.»

En igual sentido la STS, Sec. 6ª, de 04.04.11, Rec. 5656/06, refiere que *“En el ámbito de la Administración sanitaria, en la medida en que no es posible garantizar en toda circunstancia la curación de los enfermos, se viene utilizando como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, a los efectos de determinar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, el criterio de la lex artis, pues la obligación del profesional sanitario se concreta en prestar la debida asistencia al paciente”.*

La Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2000 (recurso nº 8252/2000), y de 23 de febrero de 2009 (recurso nº 7840/2004) dispuso 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”.*

La denominada *lex artis* se identifica con el “estado del saber”, considerando, en consecuencia, como daño antijurídico aquel que es





consecuencia de una actuación sanitaria que no supera dicho parámetro de normalidad.

Dicta el art. 34.1 de la LRJSP que *no serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello, sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos supuestos.*

En consecuencia con lo expuesto, no puede admitirse que la simple existencia de un daño que no se tenga el deber jurídico de soportar sea determinante de la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria que ha proporcionado cuidados médicos a un paciente, sino que es preciso que dicho daño sea consecuencia de una prestación sanitaria que se haya apartado de sus parámetros de normalidad, deducidos de la *lex artis*. Infracción de la *lex artis* que podrá tener lugar por error en el diagnóstico o en la prescripción del tratamiento adecuado para la enfermedad diagnosticada o en la aplicación de dicho tratamiento.

La Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo ha señalado, STS de 9 de Octubre de 2012, (RC 40/2012, 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 todos las dolencias, ha de recordarse, como hace esta Sala en sentencia de 25 de febrero de 2.009 (recurso 9.484/2.004), con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año, el criterio que sostiene este Tribunal de que la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, mas 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; pero de ello en modo alguno puede deducirse la existencia de una responsabilidad de toda actuación médica, siempre que ésta se haya acomodado a la lex artis, y de la que resultaría la obligación de la Administración de obtener un resultado curativo, ya que la responsabilidad de la Administración en el servicio sanitario no se deriva tanto del resultado como de la prestación de los medios razonablemente exigibles. (...)*

Y si ello conduce a que solamente cabe considerar antijurídica en la asistencia sanitaria la lesión en que se haya producido una auténtica infracción de lex artis, ha de considerarse asimismo que la Sala de instancia no infringió los preceptos citados, sino que los aplicó conforme a Derecho cuando concluyó desestimando el recurso contencioso-administrativo, en cuanto que apreció del conjunto de la prueba practicada el cumplimiento por los hospitales en que trataron al recurrente y por los médicos que lo atendieron de los protocolos de profilaxis conforme lo que permitía en la fecha en que tuvieron lugar los hechos enjuiciados el conocimiento de la ciencia y las técnicas que la aplican. En las anteriores circunstancias, ante la idoneidad y corrección de las técnicas médicas recibidas, el presente daño no es calificable de lesión antijurídica, sino como realización de un riesgo conocido e inherente a las intervenciones practicadas y las posteriores actuaciones que la mismas demandaban, y que el demandante tenía obligación de soportar".





El Tribunal Supremo viene destacando que es necesario que consten en el proceso algunas de las causas de la lesión y de que éstas hubieron podido ser combatidas por el servicio sanitario. La STS de 10 de julio de 2012, (RC 3243/2010) señala que “la imputación de responsabilidad patrimonial a la Administración por los daños originados en o por las actuaciones del Sistema Sanitario, exige la apreciación de que la lesión resarcible fue debida a la no observancia de la llamada “lex artis”. O lo que es igual, que tales actuaciones no se ajustaron a las que según el estado de los conocimientos o de la técnica eran las científicamente correctas, en general o en una situación concreta. Hay ahí, por tanto, o no deja de haber, la constatación de la inidoneidad del sistema objetivo de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario. La aproximación, en fin, a uno de responsabilidad por funcionamiento anormal, sobre todo en la denominada “medicina curativa”.

Y se indica en la STS de 11 de abril de 2014, (RC 2766/2012), que “*las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se la producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.*”

La jurisprudencia del Tribunal Supremo sostiene que la responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria.

CUARTO.- Como resumen de los hechos destacaremos los siguientes:

- [REDACTED], tenía antecedentes de obesidad, enfermedad tromboembólica venosa, trombosis venosa profunda poplítea izquierda idiopática, heterocigosis para factor V de Leiden, resistencia a la proteína C





activada, madre con trombosis venosa profunda y heterocigosis del factor V Leiden. Desde mayo de 2017, hasta noviembre de 2020 estuvo en seguimiento en "Consultas Externas de Enfermedad Tromboembólica" del Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca"; consta expresamente que se le indico que no debía hacer reposo y además emplear medias de compresión elástica fuerte durante el día y seguir tromboprofilaxis en situaciones de riesgo. Comunicó a su médico de atención primaria el día 29 de junio de 2021, mediante cita telefónica, que el día 24 de junio de 2021 había sido contacto estrecho de una persona positiva para COVID, por lo que la facultativa solicitó una PCR. El resultado que se recibió el día 1 de julio de 2021 fue positivo, por lo que la doctora contactó con el Sr. ██████, informándolo y abriendo protocolo. El inicio de los síntomas se produjo el día 28 de junio, presentando síntomas leves, siendo el Sr. ██████ baja laboral. En el seguimiento por la médico de atención primaria el Sr. ██████ presenta como síntomas:

- El 2 de julio de 2021: rinorrea y tos.
- El 4 de julio: rinorrea y obstrucción nasal.
- El 7 de julio: no signos de alarma.

El 9 de julio, tras 12 de días de evolución, el Sr. ██████ no presenta signos de alarma, quedándole cierta tos residual, por lo que la médico de Atención Primaria le da el alta de protocolo COVID, pero no el alta laboral, citándolo para revisión la semana siguiente.

-El día 12 de julio de 2021 ██████ acudió por "leve molestia en la inspiración profunda" al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca" presentado a la exploración física: "TA 120/80 mmHg; T^a: 36.0°C, Sat.O₂: 98%. Buena coloración e hidratación mococutánea; ACP/normal", practicándole RX de tórax que informó de mínima lesión residual paracardiaca izquierda, por lo que se pautó control por su médico y radiografía de control programada en uno o dos meses.

-El día 13 de julio de 2021 el paciente le comenta a la médico que había acudido a urgencias el día 12 de julio, siendo citado para nueva revisión el día 16 de julio.

La médico de atención primaria hacía también seguimiento a los padres de ██████ por Covid, por lo que las llamadas al domicilio eran casi diarias, preguntando por todos los miembros afectados, en la llamada del día





14 de julio para hacer seguimiento al padre, fue informada de que ■■■■ se había levantado bastante mejor del dolor.

-La noche del día 15 de julio de 2021 ■■■■ presentó dolor en miembro inferior y disnea brusca posterior por lo que avisaron al 061. La llamada se hizo a las 01:42:56; en ella, el padre del señor ■■■■ informó de los antecedentes de su hijo y de que presentaba la pierna endurecida. Cuando la médico del 061 a las 01:45 preguntó por los síntomas, el señor ■■■■ manifestó que la pierna no estaba caliente. El padre informó de que llevaba más 15 días en casa. La médico le informó de que le iban a trasladar al Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca" para valorarlo. Se produjo otra llamada a las 02:24, en la que el padre del señor ■■■■ preguntó por la tardanza en la llamada de la ambulancia para el traslado. Al no poder asegurarse cuándo se podría hacer el traslado, el padre del señor ■■■■ informó de que él realizaría el traslado en su vehículo particular al vivir a 10 minutos del Hospital por lo que se anuló el traslado solicitado. A las 02:28 el padre del señor ■■■■ informó de que, al marearse su hijo, le resultaba imposible realizar el traslado, por lo que se reactivó el aviso. El traslado se terminó a las 03:30.

-Cuando llegó al Hospital el paciente presentaba 35 °C, mal estado general, palidez cutánea, no mucosa, con nivel de consciencia normal y "Glasgow 15", sudoroso, la auscultación cardio pulmonar "RC Taquipneico", con hipoventilación y abdomen globuloso. Los resultados de las exploraciones complementarias fueron anormales (Hemograma: Hemoglobina: 14.7 g/dL, Hematocrito: 46.8 %, VCM: 86. Plaquetas: 566.0 10e3/uL, Leucocitos: 28.97 10e3/uL, Neutrófilos: 64.2, Linfocitos: 23.4, Monocitos: 3.39, Monocitos: 3.39 10e3/uL, Eosinófilos: 0.04, 10e3/uL; Bioquímica: Glucosa: 197 mg/dL, Urea: 29 mg/dL, Creatinina: 1.34 mg/dl, Sodio: 142 mEq/L, PCR: 38.87 mg/dL, Procalcitonina: 0.19 mg/dL). En cuanto a los resultados de Coagulación fueron: (INR: 1.23, Dímero D: 18091 pg/ml) lo que es muy elevado en cuanto al Dímero D pero el INR estaba solo ligeramente elevado respecto a la normalidad (que es 1). La evolución posterior fue muy mala. Se le administra oxígeno sin mejoría pasando a ventilación mecánica no invasiva con BIPAP y, después, al seguir disneico, a hemodinámica donde sufrió una parada cardiorrespiratoria, que fue imposible remontar. El informe de alta por exitus estableció como diagnóstico principal probable TEP (tromboembolismo pulmonar) máximo y como diagnóstico secundario, enfermedad tromboembólica venosa.





-Tenía como antecedente destacable una trombosis venosa profunda en el año 2017. Estuvo desde entonces en seguimiento y tratamiento en Consultas Externas de Enfermedad Tromboembólica del Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca" hasta el día 23 de noviembre de 2020, en que fue alta por haber presentado una adecuada evolución clínica, analítica y ecográfica, sin datos de trombosis residual, siendo el tratamiento instaurado: "no debe hacer reposo por la trombosis, media de compresión elástica fuerte durante el día, tromboprolifaxis en situaciones de riesgo."

QUINTO.- En el expediente administrativo aparece el informe del Dr. [REDACTED], médico adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca", en el que se recoge lo siguiente:

"Que la tarde del 12 de julio de 2021 atendía al paciente [REDACTED]. A su llegada a la puerta de urgencias, en Pretriaje, el paciente fue valorado y ubicado para ser visto en consultas COVID del Servicio de Urgencias, donde se atendió, no necesitando, en ningún momento, ser encamado ni que se le administrara oxígeno ni analgesia durante su estancia en el Servicio.

El paciente, con diagnóstico de Covid-19 del 30 de junio de 2021, acude a la consulta, deambulando por su propio pie refiriendo leve molestia con la inspiración profunda, estado eupnéico, siendo su exploración normal y su saturación de oxígeno del 98%. Se le realizó una Radiografía de tórax donde se describen pequeñas imágenes residuales al Covid-19 que se recomienda que sean revisadas.

Decido darle el alta para continuar control por su médico de cabecera, marchándose por su pie sin dificultad alguna."

Dicho facultativo declaró a presencia judicial. En cuanto a los antecedentes, manifestó que ellos cuentan con un formulario con los antecedentes del paciente que debían incluir los del anterior episodio de tromboembolismo pulmonar.

Dijo que pidió una radiografía que, sin duda, comparó con las previas de asistencias anteriores. Dijo también que, aunque no lo recuerda y no lo anotara, lo más probable es que viera y tuviera en consideración esos antecedentes. Manifestó también que, con total seguridad, con esos antecedentes, probablemente habría hecho lo mismo en el momento actual.





En cuanto a la anotación "No RFCV" significa que el paciente no presentaba riesgo de factores de riesgo cardiovascular lo cual es distinto de los factores de riesgo trombótico. Explicó que una trombosis venosa profunda antigua y heterocigosis para Factor V Leiden no pueden considerarse factores de riesgo cardiovascular.

Puso de manifiesto que en la asistencia que prestó, el señor [REDACTED] no presentó hinchazón, dolor o calambres, cambio de color o calor en las piernas, ni falta de aliento, respiración rápida, malestar de pecho, ni tos o respiración profundamente ni sensación de aumento de la frecuencia cardíaca, o mareos o desmayos. Así, no los anotó. Los datos de la exploración física eran normales. Aunque la frecuencia cardíaca era ligeramente elevada, él lo atribuyó al hecho de que se había tomado a la llegada y lo atribuyó a tener que caminar para llegar a Urgencias o por simple nerviosismo.

En relación con la prueba de Dímero d, no la pidió porque no era relevante ya que este dato iba a ser anormal con total seguridad como consecuencia de la infección por COVID. Para descartar o confirmar una TVP habría que haber pedido un TAC de arterias pulmonares pero esta prueba no tenía sentido con una SatO2 como la que presentaba el paciente.

Por otro lado, en cuanto a la tromboprofilaxis, no la prescribió porque se trataba de un paciente con una evolución previa por COVID seguido estrechamente por su médico de familia, que seguramente se movía, ya que ninguno de los síntomas que presentaba exigía que estuviera inmovilizado. Si bien no recuerda que tuviera un factor V de Leiden heterocigótico, dijo que los pacientes con este factor heterocigótico no son tratados de forma distinta a los pacientes que no lo tienen.

También, en respuesta a las preguntas que se le formularon, dijo que, si no hay síntomas, pese a los antecedentes que presentaba el señor [REDACTED], no se hacen pruebas por sistema, sino lo normal con COVID, es que el Dímero d esté elevado.

Igualmente dijo que no puede responder sí el señor [REDACTED] se podía haber beneficiado de Romero profilaxis porque no sabemos la causa de la muerte. El cree, después de haber leído la historia clínica completa, que la causa del fallecimiento no fue un tromboembolismo pulmonar sino con mayor probabilidad una tormenta inmunitaria o de citoquinas.





SEXTO.- Consta también informe de la Dra. [REDACTED], Facultativa del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca", donde se dice :

"- Respecto a la recepción médica de los pacientes trasladados utilizando transporte sanitario al servicio de urgencias, según protocolo del servicio esto se lleva a cabo dentro del servicio de urgencias (sin salir a la calle). Tal como se realizó en el caso de este paciente al haber sido trasladado de esta forma; se inició su atención según protocolo con triage médico por otra profesional del servicio, decidiendo ubicar al paciente en zona de camas respiratorio/covid.

- En zona de camas respiratorio/covid es donde me encontraba como médico responsable y presto la atención médica necesaria al paciente. Dicha actuación médica llevada a cabo se encuentra redactada en el informe clínico de 15 de julio de 2021. Como consta en el informe a pesar de los tratamientos y maniobras de RPC avanzada, llevados a cabo de manera conjunta con médicos de la unidad de cuidados intensivos, el paciente falleció. Respecto a la información que se brindó al padre del paciente fue verbal, presencial, continua por otro médico del servicio."

SÉPTIMO.- Destacaremos también el informe del Dr. [REDACTED], Responsable de Unidad de Enfermedad Tromboembólica Venosa del Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca", que recoge que:

"Sobre el fallecimiento del dicho paciente el 15/07/21 por probable embolia de pulmón de alto riesgo no confirmada (desconozco el informe de la necropsia) dos comentarios:

1/ La información disponible sobre el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en el paciente con COVID-19 ambulatorio es escasa y aunque se han observado episodios trombóticos en pacientes con COVID-19 que no fueron ingresados en el hospital, no se dispone de datos sobre la incidencia ni evidencia científica sobre cuál debería ser la actitud en cuanto a la prevención de un evento trombótico en este contexto. Algunas sociedades científicas abogan por valorar el uso de trombopprofilaxis (con heparina de bajo peso molecular o con anticoagulantes de acción directa) en elevado riesgo de ETV (y en los que no existe un aumento de riesgo de hemorragia), especialmente aquellos factores de riesgo trombótico como ETV o cirugía reciente, trauma o inmovilización, teniendo en cuenta que esta práctica se basa en el juicio clínico (puesto que no hay ensayos que aborden la trombopprofilaxis en pacientes ambulatorios con COVID-19). Estos pacientes





deberían ser identificados rápidamente utilizando las escalas de valoración del riesgo (IMPROVE o PADUA) y recibir tromboprofilaxis farmacológica en ausencia de contraindicación o cualquier factor de riesgo de hemorragia.

La Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia recomienda en los pacientes con COVID-19 que no precisan ingreso hospitalario:

*Se debe realizar una valoración individualizada de la necesidad de profilaxis antitrombótica criterios clínicos, factores de riesgo y antecedentes tromboticos personales y familiares. De requerirse, se empleará HBPM a la dosis habitual de profilaxis.

* En cualquier caso, se debe dar al paciente las siguientes recomendaciones generales:

- Fomentar la deambulaci3n.
- Evitar permanecer de forma prolongada de pie o sentado y evitar cruzar las piernas.
- Cambiar de posici3n cada 30-60 minutos.
- Realizar ejercicios con las extremidades inferiores (movimientos de flexoextensi3n y movimientos circulares con los pies).
- Evitar la deshidrataci3n.

En este sentido, ■■■■ con antecedente de TVP y trombofilia seg3n la escala de Padua (que no est3 desarrollada para pacientes ambulatorios) ser3a un paciente de alto riesgo y se podr3a haber planeado trombofilaxis farmacol3gica seg3n las recomendaciones actuales basadas en opini3n de expertos y no en ensayos cl3nicos ni estudios prospectivos.

2/ En cuanto a la trombofilia heterocigosis para la mutaci3n del factor V Leiden (FVL) la principal manifestaci3n cl3nica de estas personas es la ETV pero, sin embargo, solo un peque1o porcentaje (5%) de individuos heterocigotos FVL desarrollar3 ETV en su vida. Por tanto, el hallazgo m3s com3n en los individuos heterocigotos para FVL es solo una anormalidad en el estudio de laboratorio, por este motivo, estos individuos generalmente son tratados de manera similar a la poblaci3n general.”

OCTAVO.- Nos referiremos tambi3n al informe de la Dra. ■■■■ (CRITERIA), Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, cuyas conclusiones son las siguientes:



“CONCLUSIONES

1. [REDACTED] padecía una heterocigosis del Factor V de Leiden (FVL).

2. En base a la bibliografía y la medicina científica, el riesgo de que un heterocigoto (sólo madre o padre) del FVL, padezca un episodio trombótico tanto en la pierna, como pulmonar, es mínimo, por lo que **NO ESTÁ INDICADA LA PROFILAXIS CON ANTICOAGULANTE DE POR VIDA**. Sólo se indica en caso de homocigosis (madre y padre).

3. El hecho de que [REDACTED] acudiese el día 12 por dolor a la inspiración, era un evento demasiado inespecífico, como considerarlo necesaria la realización de un AngioTAC.

4. La asistencia que se le hizo a [REDACTED] el 12 de julio en el H. de la Arrixaca era la correspondiente a un paciente joven que, aún teniendo un mayor riesgo en sufrir una trombosis, presentaba un leve dolor torácico a la inspiración, con una saturación al 98% y “paseando por la sala”. Esto no quiere decir que en ese momento no tuviese un trombo en los pulmones, pero si llama la atención que acudiese por una dolencia pulmonar teniendo asintomática la pierna, cuando por lo general es al revés, de la pierna, se extiende el trombo al pulmón. Con esto me refiero a que la Medicina en general y sobre todo, la basada en la evidencia, determina una sospecha diagnóstica en base a una causalidad demostrada como frecuente, pero si la presentación es **ATÍPICA**, es posible que se necesite algún síntoma más para dirigir las pruebas pertinentes como necesarias.

5. La asistencia telefónica de la Doctora [REDACTED], demuestra que no se la informó en tiempo real de los síntomas que estaba sufriendo [REDACTED] y, por lo tanto, el consejo médico podía haber sido diferente. Si se le hubiese comentado a su Médico de Cabecera que [REDACTED] sentía dolor y rigidez en la pierna, probablemente ella le hubiera aconsejado acudir cuanto antes al Hospital.

6. En el caso que nos ocupa, [REDACTED] fue trasladado en SVB después de que la hubiese la propia familia, cuando era el próximo traslado. Probablemente si no hubiesen cambiado de opinión, a lo mejor se hubiese sido trasladado antes.

7. En el caso que nos ocupa, y tras la entrevista mantenida con la doctora reguladora, **NO HUBO NINGUNA DUDA DE QUE HABÍA QUE**



DESCARTAR UNA TVP. Este hecho es lo que hizo que se activara una SVB para trasladarle al hospital.

8. En las conversaciones escuchadas en la documental, no se transcribe ningún signo de gravedad que hiciese que la gestión del aviso se hiciera de manera emergente. Todo lo contrario, el padre y la doctora reguladora hablan durante bastante tiempo y de manera calmada sobre los antecedentes de [REDACTED], sobre la necesidad de que fuese valorada su pierna y de que, debido a su complejión física, le era imposible trasladarlo en su propio coche como propuso el familiar en un principio. Es decir, que la gestión de este aviso fue en ambulancia básica convencional como un mero transporte sanitario para conducir al joven al hospital.

9. De la conversación entre el padre y la doctora reguladora, con la voz del paciente de fondo, se deduce que el traslado del joven al hospital, se debe exclusivamente a los síntomas referidos en la pierna, ya que, según el padre "fue visto hace dos días por una fisura". Es decir, que no se trasluce en la comunicación al 061 en ningún momento, ningún dolor torácico, asfixia o cualquier indicio que indujera a la gravedad. Hay que recordar que, la gestión de los avisos de un centro coordinador, se basa exclusivamente en la información aportada por el alertante y su "prosodia", es decir, su contexto: gritos, alarma, sensación de miedo... es lo que determina muchas veces el recuso asignado y en el caso que nos ocupa, el ambiente era absolutamente de tranquilidad.

10. En la llamada del día 15, no se menciona en ningún momento que [REDACTED] estuviera sufriendo de dificultad respiratoria ni sudoración. Es más, después de hablar tranquilamente la médico regulador con su padre, le gestiona una ambulancia sin dilación, pues tiene claro que debe ser valorado en el hospital. Es cuando llega a este, cuando [REDACTED] fallece.

11. Desconocemos la causa del óbito, pues por la necropsia queda descartado el Tromboembolismo Pulmonar.

12. Es posible que el traslado al hospital fuera el motivo desencadenante de un posible trombo en los pulmones, por desplazamiento del probable que tendría en la pierna, pero no se puede asegurar. Del mismo modo que no se puede asegurar, qué hubiera sido del paciente si hubiese sido trasladado una hora o dos antes, pues el resultado, ¿hubiera sido el mismo? Tal como lo avala la literatura científica, un TEP es un cuadro clínico cuya "peligrosidad se basa precisamente en su inespecificidad", descartando en cualquier caso UNA





PERDIDA DE OPORTUNIDAD, YA QUE [REDACTED] FUE TRASLADADO ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE Y SIN SIGNOS DE GRAVEDAD.

13. De todo lo anterior, y de la manera más objetiva, esta perito considera que desde el punto de vista de LA ASISTENCIA EN URGENCIAS, no se ha cometido negligencia ni mala praxis en la asistencia de [REDACTED], en la primera vez que acudió al hospital (donde no se le pautó profilaxis (aunque no se describieron sus AP con exactitud, tampoco estaba indicado por su situación clínica y según opina la bibliografía). Del mismo modo, la atención telefónica y la gestión de los recursos del 112 fue exquisita en todo momento, así como el seguimiento de la doctora de Atención Primaria y su asistencia final en la segunda visita al Hospital de la Arrixaca. Y que, por tanto, no ha habido pérdida de oportunidad en ningún momento ya que, se le asistió en todo momento acorde a la lex artis ad hoc, descartando cualquier indicio de mala praxis, negligencia u omisión, sino todo lo contrario, acorde a lo que él iba trasmitiendo y a la situación real de lo que iba ocurriendo.”

NOVENO.- Y siguiendo con la referencia a los informes médicos, nos referiremos ahora al aportado por la aseguradora, suscrito por las Dras. [REDACTED] y [REDACTED], cuyas especialidades ya recogimos anteriormente.

En dicho informe se llega a las siguientes conclusiones, a saber:

“CONCLUSIONES

1. [REDACTED]

[REDACTED], familiares de [REDACTED] demandan al Servicio Murciano de Salud (SMS) por el fallecimiento del mismo, reclamando daños por valor de 245.7397,96 euros porque consideran que falleció a causa de un tromboembolismo pulmonar que pudo ser evitado con tromboprofilaxis.

2. La reclamación parte de un diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) como causa del fallecimiento, por lo que se orienta a la falta de profilaxis antitrombótica. Sin embargo, en nuestra opinión, el fallecimiento no fue por un tromboembolismo pulmonar, sino por un Síndrome de Distrés respiratorio Agudo (SDRA) causado por una tormenta de citoquinas.





3. El hecho de haber pautado una tromboprolifaxis previa no habría evitado la progresión de la infección y el empeoramiento clínico debido a la tormenta de citoquinas y SDRA asociado.

4. Aunque en el certificado de defunción aparece el tromboembolismo pulmonar como causa intermedia del fallecimiento, en ese momento no se disponía pruebas suficientes para asumir este diagnóstico (ya que no dio tiempo a la realización de las misma) por lo que fue necesario solicitar una autopsia clínica, con el fin de determinar la causa del fallecimiento, que tampoco arrojó un diagnóstico definitivo:

a. Se realizó una ecopsia con toma de muestras guiada, siendo éste el procedimiento que se sigue en los casos de COVID positivo puesto que la sala requerida para hacer necropsia habitual no cumple con los requisitos de seguridad para tal fin.

b. Tras la realización de la ecopsia y análisis de muestras histológicas queda descartado el tromboembolismo pulmonar como causa del fallecimiento, no esclareciéndose un diagnóstico definitivo.

5. Consideramos que causa más plausible del fallecimiento un SDRA fue una tormenta de citoquinas con aumento masivo de IL-6 objetivado en analítica (con un valor de 957), siendo en la actualidad el SDRA la principal causa de muerte en pacientes infectados con COVID y no el tromboembolismo pulmonar por el que se reclama.

a. En el caso de ██████, se trataba de una infección por COVID leve que rápidamente progresó a grave, con una cifra muy elevada de IL-6 en analítica y un rápido empeoramiento clínico que impidió el inicio de un tratamiento específico que pudiera ayudar a su mejoría clínica.

b. La clínica presentada por el paciente cuando acudió a urgencias el día 12/07/2021, donde solo refería leve dolor a la inspiración profunda, era muy inespecífica para sospechar una tormenta de citoquinas o un inicio de la misma, por lo que las pruebas que se pudieran haber realizado ese día no irían encaminadas al diagnóstico de esta patología y por tanto no habrían sido determinantes.

c. Debido a la rápida progresión y marcado empeoramiento el día 15/07/2021 no dio tiempo a un diagnóstico concreto antes del





fallecimiento y por tanto a la administración de una terapia específica que hubiera ayudado a su recuperación.

6. Dado que los pacientes que desarrollan la tormenta de citoquinas presentan una mortalidad del 62%, pese al tratamiento específico, la pérdida de oportunidad para el caso de que se acepte nuestra argumentación sería de un 38 % máximo.

7. De aceptar los motivos expuestos en la reclamación, hay que decir que la tromboprofilaxis puede evitar el un evento trombótico (motivo de la reclamación), pero no la progresión de la infección principal por COVID. El porcentaje de pacientes con tromboprofilaxis que presentan un evento trombótico a pesar de tromboprofilaxis está entorno al 16 % de los cuales fallecen el 45 %. Por tanto, se estima una mortalidad para evento trombótico a pesar de tromboprofilaxis de un 7,2 % y una pérdida de oportunidad del 92,8 %.

8. Respecto del cálculo de la indemnización por fallecimiento hay que decir que el fallecimiento por COVID en el seno de la pandemia acontecida desde 2019 hasta la actualidad no es un hecho excepcional, por lo que no consideramos aplicable el perjuicio excepcional del 25% reclamado.”

DÉCIMO.- Consta en el expediente administrativo informe de la Inspección Médica. En dicho informe, de fecha 26 de agosto de 2022, se recoge un resumen de la reclamación, los documentos analizados, los hechos y un juicio crítico, antes de llegar a las conclusiones.

De las mismas destacaremos las siguientes por su importancia:

-La infección por Covid-19, aun en su contexto de asistencia y tratamiento domiciliario, puede ser considerada a la luz de la bibliografía existente, una situación de riesgo en aquellos pacientes, con entre otros, antecedentes familiares o personales de ETEV (enfermedad trombo embolica venosa), alteración del factor V de Leiden y afectación de la proteína C reactiva y/ trombofilia conocida.

-Durante el proceso infeccioso por Covid-19 sufrido por el paciente, no se realizó la aconsejable valoración del riesgo en relación con la posibilidad de aparición de enfermedad trombo embolica y la potencial subsiguiente prevención de la misma, mediante fundamentalmente, la medicación antitrombótica correspondiente.





-La asistencia prestada en Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca el día 12-07-21 fue acorde a la sintomatología que presentaba el paciente en dicho momento y las pruebas prescritas correctas, a salvo de la persistencia en la no valoración del riesgo trombótico en el paciente, en este caso en situación ya de convalecencia inmediata tras Covid-19.

-La familia del paciente solicitó el día 15-7-21 a las 01:41:56 horas el envío de ambulancia al 112, 061 de la Región de Murcia, por presentar el paciente pierna derecha rígida, dura y con dolor y si calor y la sospecha de trombosis consecuencia de los antecedentes personales y familiares de este. Por parte del 061 se adjudicó una ambulancia no asistencial (ANA A0501) a las 01:47 horas, en ese momento ocupada en otro servicio. Se pone de manifiesto de forma clara en la audición de las conversaciones entabladas entre familia y facultativa del 061, que esta última señala de forma adecuada y correcta, la necesidad de valorar el estado de la pierna del paciente y por tanto trasladar al paciente al Servicio de Urgencias del HUCVA.

-La ambulancia A0501, se encontraba pendiente de finalizar un servicio cuando fue asignada. A las 02:24:35 horas (37 minutos transcurridos desde la primera llamada) la familia reclama de nuevo al CCU (Centro Coordinador de Emergencias) el envío de la ambulancia. El CCU contacta con recurso-ambulancia a las 02:25:58 horas y se obtiene respuesta de estar ocupada, señalando que asumirá el aviso reclamado inmediatamente tras finalizar el que está en curso, informándose del hecho al llamante. A las 02:26 horas el llamante anula aviso, manifestando que trasladaran por sus medios al afectado. A las 02:28:26 horas el llamante manifiesta que no pueden movilizar ala afectado y solicitan nueva activación de la ambulancia. El 061 asigna a las 02:50:16 horas de nuevo la ambulancia concertada A0501.

-El paciente es trasladado a las 03:18 horas (91 minutos transcurridos tras la primera llamada) del día 15-07-21 al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, en cuyo informe se recoge síntomas en el paciente de dolor en miembro inferior derecho y disnea brusca de aparición posterior señalándose haber avisado al 061 y ser remitido al HUCVA.

-La llamada al CCU fue tipificada por este, como "Dolor-Otros A3 o Urgencia no crítica". Esta tipificación es acorde con la sintomatología transmitida hasta ese momento en la llamada inicial. El síntoma disnea es recogido en documento del Servicio de Urgencias del Hospital (15-07-21 a las



03:18 horas) como de aparición posterior. Aunque no existen tiempos máximos de atención reglados y establecidos, y siempre sea aconsejable la mínima demora posible, si suelen valorarse estos tiempos bajo la óptica de la calidad y en la tipificación aplicada (A3), el tiempo máximo de respuesta para esta alerta de prioridad se establece según documentos de otras comunidades en 150 minutos en al menos, el 70% de los casos.

-El paciente es tratado (BIPAP, oxigenoterapia) en el Servicio de Urgencias del HUCVA, ante la situación disneica y de taquipnea que presentaba en el área de hemodinámica, sufriendo parada cardiorrespiratoria y siendo avisado el facultativo de guardia de la Unidad de Cuidados Intensivos, realizándose intubación. Tras 50 minutos de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada que resulta infructuosa, el paciente fallece a las 04:30 horas.

-Con posterioridad se realiza Ecopsia de múltiples órganos (procedimiento sustitutivo de la necropsia convencional por cuestiones relativas al Covid-19). El certificado de defunción establece como causa inicial la infección por Covid-19, causa intermedia Trombo embolismo Pulmonar y Causa Inmediata, Parada Cardio Respiratoria.

DECIMOPRIMERO.- Hay también informe de la Médico de Familia, Dra.

██████████.

En el mismo se dice que con ocasión del contagio por COVID, los síntomas eran leves. Que le hacia un seguimiento casi a diario.

El día 4 de julio sigue afebril, sin síntomas de alarma, refiere rinorrea y obstrucción nasal.

El día 7 de julio, no tiene síntomas de alarma.

El día 9 de julio le comenta que esta mejor de los síntomas anteriores, que le ha quedado cierta tos residual y tos. Decide darle el alta de protocolo COVID, pero no laboral lo cita para revisión la semana siguiente.

El 13 de julio cuando le llama, le comenta que el 12 había acudido a urgencias por dolor en inspiración profunda. La radiografía se informa como mínima lesión residual paracardiaca izquierda. Se diagnostica como covid+pasado y se recomienda que realice una rx control a los 1-2 meses.

El paciente le solicita receta de paracetamol e ibuprofeno, que hace.

Le explica que ante cualquier empeoramiento o signo de alarma acuda a urgencias o llame al 112. Le cita para el 16 de julio para revisión.

Dice que en ese momento hacia seguimiento de Covid al padre y a la madre de [REDACTED]. Por ello, sus llamadas eran casi diarias e incluso fines de semana. Que en esas llamadas solía preguntar por todos los miembros afectos, aunque no tuvieran cita, y no anotaba nada en sus historias, cuando no había nada reseñable.

Que el día 14 de julio llama para hacer seguimiento al padre, que días antes había derivado a urgencias donde queda ingresado por bronconeumonía bilateral por Sars-Cov2 y había sido dado de alta el día 13. Que pregunta por [REDACTED], y le comenta que se ha levantado bastante mejor del dolor. Recuerda cita de revisión el día 16 de julio.

Que el día 15 de julio llama para dar alta Covid a su madre, nadie le comenta nada de [REDACTED].

Que cuando llama el día 16, le coge el teléfono su hermana, [REDACTED], y le informa del fallecimiento de [REDACTED].

Esta doctora también declaro a presencia judicial. Puso de manifiesto que las asistencias fueron telefónicas y que en cada una de ellas preguntaba por los síntomas que presentaba el paciente, descartando síntomas de gravedad y/o alarma, y hacia las indicaciones oportunas.

Que ella nunca recomendó inmovilización. Aclaró que sus recomendaciones eran verbales.

Dijo también que ni el señor [REDACTED] ni sus familiares le informaron de que estuviera inmovilizado o en cama.

Que ella anotó siempre todos los síntomas de lo que le informaban y éstos fueron en todo momento leves. Desde el alta por COVID podía y debía salir a la calle, y es lo que ella aconsejó. Manifestó también que todos los familiares con quienes con vivía el señor [REDACTED] presentaron COVID al mismo tiempo por lo que el aislamiento en la vivienda también era relativo.



Que en la consulta del 13 de julio el señor ██████ le informó de la asistencia en urgencias del día anterior y ella pudo acceder al informe de esa asistencia.

Que también hablo con el señor ██████ y con su padre, preguntándoles cómo estaban. En esa asistencia no manifestaron síntoma de disnea o de problemas en la pierna o de cualquier otro tipo.

Dijo que, aunque conocía los antecedentes del señor ██████, no prescribió tratamiento profiláctico antitrombótico cuando resultó positivo a COVID-19 porque no lo consideró adecuado atendiendo a la valoración completa del paciente: edad, aislamiento sin inmovilidad y levedad de los síntomas, sin empeoramiento, y con buena evolución. Además, puso de manifiesto que un tratamiento antitrombótico no es inocuo, presenta riesgos y no evita con total seguridad un TVP. Explicó también que, incluso si hubiera puesto este tratamiento al inicio del COVID del señor ██████, con total seguridad el día 9, al dar el alta por COVID, lo habría suspendido, ya que ninguna guía establece cuando hay que ponerlo ni cuánto tiempo debe mantenerse.

DECIMOSEGUNDO.- Llegados a este punto, hemos de concluir que ha habido una pérdida de oportunidad; de modo que el mal funcionamiento del servicio podría haber influido en el resultado lesivo existiendo dudas sobre si el resultado habría sido otro en el caso de haberse pautado un tratamiento de profilaxis antitrombótica, ante las circunstancias del paciente. Ciertamente, se desconoce si de haberlo prescrito, bien por la médico de atención primaria, bien en la asistencia del día 12 de julio, el resultado habría sido distinto; pero lo cierto es que no se prescribió, lo que nos lleva a la conclusión final de que la asistencia fue defectuosa, al haber faltado esa prescripción en el tratamiento.

Como señala el Tribunal Supremo en la Sentencia, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 20 de noviembre de 2012, (RC 4598/2011) "la privación de expectativas constituye un daño antijurídico, puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina, los ciudadanos deben contar con la garantía de que van a ser tratados con diligencia aplicando los medios e instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las Administraciones sanitarias. A que no se produzca una "falta de servicio" (STS de 7 de noviembre de 2008, (RC 4776/2004) en sentido concordante de "defecto de pericia y pérdida de actividad" (STS 24/11/2009, (RC 1592/2008)).





En cuanto al concepto general de la doctrina de la pérdida de oportunidad, en la STS de 3 de diciembre de 2012, (RC 2892/2011) se señala que "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". (FD 7º).

DECIMOTERCERO.- En cuanto a la cuantía de la indemnización, fijamos la indemnización por daño moral, derivado de la pérdida de oportunidad, en un porcentaje del 35% de las cantidades reclamadas, que toma como referencia el Baremo de Tráfico, al amparo del art. 34.2 de la Ley 40/2015 LRJSP.

De manera que se reconoce a [REDACTED], la cantidad de 32.412,39 euros.

A [REDACTED], 32.412,39 euros

A [REDACTED], 9.366,03 euros.

A [REDACTED], 7.061,40 euros.

DECIMOCUARTO.- No procede la condena en costas dada la estimación parcial de la pretensión (139.1 LJCA).

En atención a todo lo expuesto y por la autoridad que nos confiere la Constitución de la Nación Española,

FALLAMOS

INADMITIR el recurso contencioso administrativo nº 179/2022, en cuanto a la recurrente [REDACTED].





ESTIMAR EN PARTE dicho recurso interpuesto por [REDACTED]

[REDACTED] y [REDACTED], contra la desestimación por silencio administrativo, de la reclamación de indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, presentada por los recurrentes (Expte. nº 646/21), ante el Servicio Murciano de Salud; resolución que se declara no conforme a Derecho y procede su anulación.

RECONOCEMOS, como situación jurídica individualizada, el derecho de las recurrentes a ser indemnizadas por el Servicio Murciano de Salud (Consejería de Salud de la Región de Murcia) y solidariamente por BERKSHIRE HATHAWAY EUROPEAN INSURANCE DESIGNATED ACTIVITY COMPANY SURCURSAL, en las siguientes cantidades:

- A [REDACTED], la cantidad de 32.412,39 euros.
- A [REDACTED], 32.412,39 euros.
- A [REDACTED], 9.366,03 euros.
- A [REDACTED], 7.061,40 euros.

Mas los intereses legales de tales cantidades desde la reclamación en vía administrativa.

Sin imposición de costas.

La presente sentencia es susceptible de recurso de casación ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de conformidad con lo previsto en el artículo 86.1 de la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, siempre y cuando el asunto presente interés casacional según lo dispuesto en el artículo 88 de la citada ley. El mencionado recurso de casación se preparará ante esta Sala en el plazo de los 30 días siguientes a la notificación de esta sentencia y en la forma señalada en el artículo 89.2 de la LJCA.

En el caso previsto en el artículo 86.3 podrá interponerse recurso de casación ante la Sección correspondiente de esta Sala.

Así, por esta nuestra sentencia, de la que se llevará certificación literal a los autos principales, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.





La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada sólo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que los mismos contuvieran y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutelar o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda.

Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes.



