



Roj: **STSJ MU 564/2012 - ECLI:ES:TSJMU:2012:564**

Id Cendoj: **30030330012012100160**

Órgano: **Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Contencioso**

Sede: **Murcia**

Sección: **1**

Fecha: **09/03/2012**

Nº de Recurso: **215/2006**

Nº de Resolución: **179/2012**

Procedimiento: **PROCEDIMIENTO ORDINARIO**

Ponente: **MARIA CONSUELO URIS LLORET**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

**RECURSO nº 215/2006**

**SENTENCIA nº 179/2012**

**LA SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO  
DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE MURICA  
SECCION PRIMERA**

compuesta por los lltmos. Srs.:

D. Mariano Espinosa de Rueda Jover

Presidente

Dña. María Consuelo Uris Lloret

Dña. María Esperanza Sánchez de la Vega

Magistrados

ha pronunciado

**EN EL NO MBRE DEL REY**

**S E N T E N C I A Nº 179/2012**

En Murcia, a nueve de marzo de dos mil doce.

En el recurso contencioso administrativo nº 215/06 tramitado por las normas ordinarias, en cuantía de 111.023,95 €, y referido a: Indemnización por responsabilidad patrimonial.

**Parte demandante:** Dña. Aurelia , representada por la Procuradora Dña. María Botía Sánchez y dirigida por la Letrada Dña. María Ángeles Morera Gisbert.

**Parte demandada:** Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, representada y dirigida por el Letrado de la Comunidad.

**Parte codemandada:** "Zurich España Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.", representada por el Procurador D. Miguel Ángel Artero Moreno y dirigida por el Letrado D. Federico de Montalvo Jääskeläinen.

**Acto administrativo impugnado:** Resolución desestimatoria presunta de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, de la reclamación de indemnización por perjuicios derivados de asistencia sanitaria.

**Pretensión deducida en la demanda:** Que "se tenga por formulado Recurso Contencioso- Administrativo en solicitud de responsabilidad patrimonial de la administración y en concreto del Servicio Murciano de Salud y frente a su aseguradora ZURICH ESPAÑA, por importe provisional de 111.023,95 euros de principal, más intereses gastos y costas."



Siendo Ponente la **Magistrada Iltra. Sra. Doña María Consuelo Uris Lloret**, quien expresa el parecer de la Sala.

## I.- ANTECEDENTES DE HECHO

**PRIMERO.-** El escrito de interposición del recurso contencioso administrativo se presentó el día 25 de abril de 2006, y admitido a trámite, y previa reclamación y recepción del expediente, la parte demandante formalizó su demanda deduciendo la pretensión a que antes se ha hecho referencia.

**SEGUNDO.-** Las partes demandadas se opusieron al recurso e interesaron su desestimación.

**TERCERO.-** Ha habido recibimiento del recurso a prueba, con el resultado que consta en las actuaciones y cuya valoración se hará en la fundamentación jurídica de esta sentencia.

**CUARTO.-** Presentados escritos de conclusiones por las partes se señaló para la votación y fallo el día 2 de marzo de 2012, quedando las actuaciones conclusas y pendientes de sentencia.

## II.- FUNDAMENTOS JURÍDICOS

**PRIMERO.-** En fecha 8 de julio de 2005 se presentó por Dña. Aurelia un escrito dirigido al Servicio Murciano de Salud, formulando reclamación de responsabilidad patrimonial. Alegaba que su esposo, D. Isabel falleció el día 10 de julio de 2004 en el Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", en el que había ingresado el día 8 de ese mes para someterse a una cistectomía programada que se le practicó el día 9. Tras la intervención fue remitido a planta, donde falleció a las pocas horas. Entendía la reclamante que el fallecimiento se había producido por incumplimiento de los protocolos médicos, tanto por la insuficiencia de las pruebas preoperatorias como por la negligente remisión a planta. Y además, por no haberse realizado en ésta ninguna prueba para controlar la evolución del paciente pues según la reclamante ni siquiera entró en la habitación sanitario alguno para vigilar al enfermo, ni se le conectó a ningún aparato que avisara de un fallo respiratorio, cardíaco o que controlara las constantes vitales. Ni se le realizó ninguna técnica de reanimación. Por tanto, entendía que esa falta de atención y el incumplimiento de la *lex artis* determinaban la responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que solicitaba provisionalmente una indemnización de 111.023,95 € (69.875,21 € para el cónyuge, y 15.527,82 € para cada uno de los dos hijos, más un 10% de factor de corrección).

Entendiendo presuntamente desestimada la reclamación acudió a esta vía jurisdiccional en la que reitera los hechos expuestos en la demanda, y añade respecto al documento 19 del expediente que es incierto que a las 4 de la madrugada del día 10 de julio se efectuara ningún control al paciente, y ello se constata con que en el folio 31 no existe ninguna anotación de enfermería desde la subida a planta hasta las 7 horas en que es hallado muerto en la habitación.

La parte demandada se opone al recurso y alega que en el preoperatorio se realizaron al paciente todas las pruebas que estaban indicadas. La intervención comenzó a las 9:30 horas y se llevó a cabo sin incidencia alguna, y se tuvo al paciente en reanimación siendo trasladado a planta de urología a las 24 horas tras comprobarse que estaba hemodinámicamente estable y con analítica y diuresis normales. A las 7 horas al entrar la enfermera para administrar la medicación lo encontró fallecido. Solicitada autorización para conocer la causa de la muerte, ésta fue en principio concedida por uno de los hijos y posteriormente revocada. Por tanto, se ignora la causa del fallecimiento, pero éste no tiene su origen en la asistencia sanitaria, sino en la situación vital del paciente antes de la intervención quirúrgica ya que sufría de distintas dolencias, entre ellas el carcinoma urotelial, compatible con neo de vejiga, del que se le intervino. Alega por último el Letrado de la Comunidad Autónoma que existe un exceso en las cantidades reclamadas.

En los mismos términos se expresa el Letrado de la compañía aseguradora, manifestando que del informe pericial que se aporta con su contestación se desprende que no hay relación de causalidad entre el fallecimiento y la actuación de los servicios sanitarios pues se desconoce la causa de aquella. Y añade que ni en el preoperatorio, ni en la realización de la intervención quirúrgica ni en la atención postoperatoria del paciente hubo una mala praxis.

**SEGUNDO.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se configura en nuestro ordenamiento jurídico ( artículos 106.2 de la Constitución y 139 de la Ley 30/1992 ), como una responsabilidad directa y objetiva, que obliga a aquella a indemnizar toda lesión que sufran los particulares en cualquiera de sus bienes o derechos, siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos. Si bien, no todo daño que produzca la Administración es indemnizable, sino tan solo los que merezcan la consideración de lesión, entendida, según la doctrina y jurisprudencia, como daño antijurídico, no porque la conducta de quien lo causa sea contraria a Derecho, sino porque el perjudicado no tenga el deber jurídico de soportarlo ( artículo 141.1 de la Ley 30/1992 ), por no existir causas de justificación que lo legitimen.



Por tanto, los requisitos que deben concurrir para tener derecho a la indemnización por razón de responsabilidad patrimonial de la Administración ( artículo 139 de la Ley 30/92 ) son los siguientes:

- 1) Existencia y realidad de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona, y que el interesado no tenga el deber jurídico de soportarlo.
- 2) Que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y no producido por fuerza mayor.
- 3) Relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño o lesión. Ha de determinarse, por tanto, si existe una relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y los daños que se invocan, es decir, si los mismos son imputables a la Administración.

Como ha declarado el Tribunal Supremo en reiteradas sentencias (entre otras, en la reciente de 18 de julio de 2007 ), la responsabilidad de las Administraciones públicas en nuestro ordenamiento jurídico, tiene su base no solo en el principio genérico de la tutela efectiva que en el ejercicio de los derechos e intereses legítimos reconoce el artículo 24 de la Constitución , sino también, de modo específico, en el artículo 106.2 de la propia Constitución al disponer 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 los casos de fuerza mayor, siempre que sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos; en el artículo 139, apartados 1 y 2 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común , y en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa , que determinan el derecho de los particulares a ser indemnizados por el Estado de toda lesión que sufran siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado.

Asimismo, a los fines del artículo 106.2 de la Constitución , la jurisprudencia ( sentencias de 5 de Junio de 1.989 y 22 de Marzo de 1.995 ), ha homologado como servicio público, toda actuación, gestión, actividad o tareas propias de la función administrativa que se ejerce, incluso por omisión o pasividad con resultado lesivo.

Tampoco cabe olvidar que en relación con dicha responsabilidad patrimonial es doctrina jurisprudencial consolidada la que, entiende que la misma es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión aunque, como ha declarado igualmente en reiteradísimas ocasiones es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

Es además jurisprudencia reiteradísima que solo son indemnizables las lesiones producidas provenientes de daños que no haya el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley. La antijuridicidad del daño viene exigiéndose por la jurisprudencia, en sentencias, entre otras muchas, de 22 de abril de 1994 , que cita las de 19 enero y 7 junio 1988 , 29 mayo 1989 , 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993 , según la cual: "esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar" (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10- 2003).

Y es también doctrina jurisprudencial reiterada ( Sentencias de 20 de Marzo de 2.007 , 7 de Marzo de 2007 y de 16 de Marzo de 2.005 ) que "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente"

**TERCERO.-** Consta en el expediente la historia clínica del paciente, además de los informes médicos emitidos con ocasión de la reclamación. Así, el Dr. Ismael , Jefe de Servicio de Urología en la fecha de la intervención, señaló en su informe lo siguiente:

"... fue remitido a este centro desde el Hospital Comarcal del Noroeste el día 21/04/04 con el diagnóstico de Ca vesical infiltrante, realizado tras ser intervenido de resección transuretral de tumor vesical el 1/03/04 con informe anatomopatológico de Ca vesical G II-B. Asistido por el Servicio de Urología en el Policlínico de H.U.V.A el 17/05/04 se completan, las exploraciones y datos precisos según el protocolo del servicio para realizar la intervención propuesta de cistectomía radical y derivación ureteroileal de orina tipo Bricker.

El Servicio de Preanestesia efectúa el estudio preoperatorio del paciente que cuenta en sus antecedentes de ser diabético, haber padecido una pancreatitis aguda en 1993, presentar una dislipemia y una amputación traumática del brazo izquierdo, poseer antecedente de EPOC y ser fumador de 20/30 cigarrillos diarios durante 60 años. Se solicita consulta cardiológica con informe de fecha 11/06/04 firmado por el Dr. Gerardo :



ecocardiografía con muy buena conductibilidad de ventrículo izquierdo. Pruebas funcionales respiratorias y gasometría arterial normales. Le informan al paciente y a la familia de los riesgos anestésicos y firma el consentimiento informado para la operación de la extirpación de vejiga.

El Servicio de Urología una vez recibido el informe favorable del Servicio de Anestesia y valorado el TAC pedido, se le da orden de ingreso para la intervención el día 14/06/04, la cual se lleva a cabo el día 9/07/04 según la técnica habitual realizada con normalidad sin que hubiese incidencia alguna en su transcurso. El enfermo pasa a reanimación postquirúrgica donde es controlado por anestesia y a las 12 de la noche y una vez comprobado que el enfermo se encuentra hemodinámicamente estable con la analítica y diuresis normal, es remitido a planta de urología.

Una vez el paciente en su habitación es controlado por enfermería, quien tras tomar la tensión pone la medicación prescrita por el servicio reanimación, anota las constantes en la gráfica y aprecia que se encuentra en buen estado, consciente y orientado; a las 4 de la madrugada pasa de nuevo a controlarlo y le cambian el gotero sin que aprecie alguna anomalía, ya en ese momento, nuevamente a las 7.00 horas de la mañana vuelve a revisar al paciente encontrándolo ya en ese momento muerto. Se avisa a los Servicios de Urgencias, al Internista de Guardia quién confirma el fallecimiento al presentar el paciente un electroencefalograma plano.

El familiar que se encontraba al lado del enfermo en ningún momento avisa de anomalía alguna, ni siquiera se percibe de la presencia de enfermería puesto que durante toda la noche aquella lo encontró dormido.

Acude el urólogo de guardia, quien solicita la practica de la necrosis ante el hecho de una muerte súbita, para aclarar la causa del fallecimiento, autorización que en principio firma el hijo pero al acudir el resto de los familiares deniegan su realización.

Este servicio de urología considera que en ningún momento hubo desatención medico- quirurgica, que se cumplieron en todo momento con los patrones técnicos según los protocolos establecidos, que tanto la familia como el paciente eran conscientes del riesgo que presentaba la intervención a la que era sometido que se le explicó ampliamente y firmaron el consentimiento de asumir dichos riesgos. Que al no permitir la practica de la autopsia no se puede conocer la causa exacta del exitus."

También obra en el expediente el informe de la Inspectora Médica, emitido en los siguientes términos:

"... Se indica el tratamiento y se pasa al servicio de reanimación a las 13:30, donde siguiendo las ordenes de tratamiento (...) se controlan las constantes vitales. Así mismo en la evolución de enfermería se anota: "hemodinámicamente estable. Orina hematórica. Hecha analítica completa a las 18 h. y un hemograma a las 21:30 h. Puesto plasma libre de sobrecarga, pues empezaba con diuresis escasas. Quitado catéter de epidural.

A las 24 h una vez comprobado que el paciente se encuentra hemodinámicamente estable con analítica y diuresis normal, es remitido a la planta de urología.

En la hoja de evolución clínica la enfermera anota: "Sube de quirófano TA: 120/60. Pongo medicación prescrita en reanimación. Buen estado consciente y orientado constantes en gráfica".

A las 7 h del día 10/07/04 cuando la enfermera entra para administrar su medicación al paciente ha fallecido, confirmado por el internista de guardia. El urólogo de guardia Dr. Gumersindo solicita la realización de la necropsia con el fin de determinar, la causa de la muerte, que es autorizada en primera instancia por el hijo, pero al llegar el resto de la familia éstos deciden no realizarla, firmando el certificado de defunción el Dr. Dimas .

El estudio anatomopatológico con fecha de entrada 09/07/04 y firmado el 14/07/04 informa del siguiente diagnóstico:

"Carcinoma urotelial no papilar grado citológico IV; estadio C de Jewet. Permeación linfática extensa. Dos ganglios linfáticos metastáticos en cadena ileo obturatriz derecha y uno en ileo obturatriz izquierda. Límites quirúrgicos respetados".

No se hace referencia en la documentación aportada que el familiar que se encontraba al lado del paciente avisara a la enfermera al notar alguna anomalía.

Por otra parte, se desconoce la causa de la muerte dado que los familiares se niegan a autorizar la autopsia.

(...)"

Con la contestación a la demanda se ha aportado por la compañía de seguros codemandada informe pericial emitido por el Dr. Luis María , Especialista en Urología, que señala lo siguiente:

"(...)



El paciente después de la cirugía ingresó en la Unidad de Reanimación postoperatoria, siendo monitorizado y realizándose al menos dos determinaciones analíticas (18 y 21:30 horas), ante la situación de estabilidad hemodinámica se consideró su traslado a la planta, de forma correcta, ya que no precisaba de cuidados especiales entre ellos monitorización continua de sus constantes vitales.

Cuando llegó a la planta se le tomaron las constantes vitales, estando el paciente consciente y orientado, con buen estado y con una TA de 120/60.

En las unidades de hospitalización o "plantas" no existe la posibilidad de monitorización continua de las constantes vitales. La monitorización continua precisa de un monitor cardíaco y de una enfermera que lo vigile, por eso solo se realiza en las Unidades de Cuidados Especiales (UVI, UCI, etc.). En las unidades de hospitalización se realiza una monitorización de las constantes vitales discontinuas con una periodicidad que varía en función de las órdenes médicas.

Parece ser que un familiar pasó la noche con el paciente y no se percató de la existencia de anomalías ni de la visita del personal de enfermería, como dice Don. Ismael en su nota interior (...)

El paciente falleció de muerte súbita (sin agonía previa), probablemente por infarto agudo de miocardio masivo o hemorragia- trombosis cerebral masiva sin relación con la cirugía. Pero no es posible confirmar esta suposición ni tampoco la hora del éxitus ya que no se realizó estudio necrópsico.

Entre el 80-90% de todos los casos de muerte súbita tiene un origen cardíaco. No existe unanimidad en cuanto al intervalo de tiempo que debe existir entre el inicio de los síntomas y la muerte para definirla como súbita. Desde el punto de vista clínico, lo más frecuente es considerar como muerte súbita la que ocurre por causas naturales (lo que excluye accidentes, suicidio, envenenamientos, etc.) dentro de la primera hora tras el inicio de los síntomas. La muerte súbita de origen cardíaco puede ser de tipo arrítmico, mucho más frecuente, o por fallo cardíaco. (...) en el caso de que el paciente se haya encontrado muerto, se considera que ésta es súbita si se había visto vivo en buen estado en las 24 horas previas."

A instancia de la parte actora se remitió informe de la Subdirección Médica del Hospital "Virgen de la Arrixaca" en el que se hace constar:

"Cada intervención quirúrgica tiene este protocolo/procedimiento aplicado a paciente y tipo de cirugía.

El Protocolo de actuación para intervenciones quirúrgicas consta de:

Evaluación por parte del Servicio correspondiente, en sesiones clínicas, del diagnóstico, factores de riesgo y necesidades concretas de la cirugía a realizar de cada paciente que se programe en esa especialidad.

Citación Consulta Preanestésica donde se valora al paciente según cirugía a realizar y comorbilidad asociada. En dicha evaluación esta indicado el riesgo anestésico según clasificación de la ASA (Sociedad Americana de Anestesiología) en estandars internacionales.

En el Quirófano se adecua la monitorización y técnicas según los riesgos de cada paciente. Tras la cirugía el paciente se recibe en Reanimación ó UCI, donde se realizan controles analíticos y donde la monitorización iniciada en el paciente permanece, o se intensifica según el estado del mismo. Cuando se cumplen condiciones de Alta pasa al Área de Hospitalización donde sigue el control por parte de la especialidad quirúrgica correspondiente y la dotación de enfermería de cada planta.

No existe un protocolo específico de cirugía de alto riesgo, puesto que las evaluaciones previas determinan el mayor o menor riesgo de cada paciente según sus características y tipo de cirugía."

**CUARTO.**- A instancia de la parte actora se practicó interrogatorio de testigos. Así, compareció Dña. Isidora , médico que se encontraba de guardia el día 9 de julio de 2004, y que firmó el documento obrante al folio 33 del expediente administrativo. La citada doctora manifestó que, de lo que recordaba, le avisó la enfermera y le dijo que cuando fueron a darle la medicación al paciente se lo encontraron fallecido. Y añadió la testigo que una vez en planta le dijeron que el familiar que estaba con el paciente se había dado cuenta de que estaba fallecido y se avisó a enfermería, y así lo indicó la testigo en el referido documento. También compareció D. Dimas , médico que se encontraba de guardia en la fecha del fallecimiento y que firmó el certificado de defunción por no querer hacerlo el urólogo de guardia Don. Gumersindo . Aquel añadió que no recordaba nada más, y que "fue una cosa repentina". También compareció D. Gumersindo , que manifestó que no recordaba bien el caso concreto, pero que si no firmó el certificado de defunción probablemente fue por no saber la causa de la muerte. Igualmente se practicó el interrogatorio del testigo D. Ismael , que a preguntas de la parte actora manifestó que en el primer informe (obrante al folio 24 del expediente) no hizo constar que enfermería pasó a las 4 de la madrugada porque se trataba de un informe médico de alta. Posteriormente, al presentarse la reclamación comprobó que por enfermería se habían cumplido todas las indicaciones, y que lo habitual es que



la enfermera pase a las cuatro de la mañana para ver la evolución del paciente, y desde esa hora hasta que lo encontraron fallecido no se objetivó ninguna anomalía. Añadió que él no estaba en el hospital a las 4 de la madrugada y que sí puso en el informe que pasó la enfermera a esa hora es porque consta así en la hoja de enfermería o se lo dijo la enfermera. También manifestó que era un cáncer agresivo, y que la intervención era de alto riesgo en todos los sentidos aunque transcurrió sin incidencias. En reanimación vieron que estaba bien y lo pasaron a planta, y que el tiempo que se permanece en reanimación depende del estado del paciente y lo decide el intensivista. A preguntas de la parte demandada manifestó que se siguió el protocolo de toda intervención quirúrgica.

También compareció Dña. Belinda , enfermera que estaba de turno cuando se detectó el fallecimiento. Ésta manifestó que había escrito algunas de las anotaciones que figuran en el folio 31 del expediente, y que no rectificó en dicho documento la hora en que fue a la habitación del paciente (7 horas). Añadió que fue ella quien lo encontró fallecido y que el familiar estaba durmiendo al lado. Al comprobar que el paciente estaba en parada le tomó el pulso y tras comprobar que no tenía inició el protocolo, y tuvo que despertar al familiar. Manifestó que no tenía instrucciones específicas respecto de ese paciente, y cuando no las hay se toman las constantes, se administra el tratamiento y de todo ello se va tomando nota aunque no de cada concreta actuación, sino con carácter general. Sólo se hace una constancia cada 8 horas salvo que el médico haya especificado algo especial. Señaló, por último, que el paciente estaba consciente y orientado.

También compareció Dña. Fátima , que señaló que su intervención en relación con el paciente se limitó a la anotación que consta en el folio nº 31 del expediente, es decir, antes de la operación.

También comparecieron como testigos los hijos del paciente. El hijo, D. Patricio manifestó que les habían dicho que su padre estaría en la UCI mucho tiempo y, sin embargo, lo llevaron a planta a las 12 de la noche. Y durante toda la noche no entró nadie a la habitación, dándose cuenta él mismo hacia las 7 de la mañana que su padre había fallecido.

Por último, también compareció el perito de la parte codemandada, Don. Luis María , quien a preguntas de dicha parte manifestó que la intervención que se realizó al paciente era el único tratamiento efectivo para su enfermedad, y que en la unidad de recuperación los pacientes están vigilados y monitorizados, pero se pasan a planta una vez que están hemodinámicamente estables. En este caso al paciente se le hicieron dos determinaciones analíticas en reanimación, y cuando se le dio el alta en dicho servicio no presentaba problema alguno, ni tampoco cuando llegó a la habitación. Allí le tomaron las constantes y eran normales. Añadió que el paciente tuvo una muerte súbita, normalmente ocasionada por un trastorno cardíaco severo o por una trombosis cerebral, y que las complicaciones de la intervención que se le realizó no tienen nada que ver con una muerte súbita, son de otro tipo. A preguntas de la parte actora respondió que el seguimiento según protocolo por la especialidad quirúrgica hace referencia al servicio correspondiente, en este caso Urología. Preguntado si no sería correcto que no hubieran pasado en toda la noche personal de enfermería manifestó que lo correcto es que hubieran pasado alguna vez mas, pero que ignoraba si lo habían hecho o no. Preguntado si de haber estado en la UCI el paciente se hubiera detectado la causa del fallecimiento, manifestó que de haber estado monitorizado se hubiera podido detectar, pero que ignoraba si se hubiera podido evitar ese resultado.

**QUINTO.-** Como se ha expuesto con anterioridad, mantiene la parte actora que en la atención médica y sanitaria al paciente se incumplieron los más elementales protocolos, tanto en las pruebas preoperatorios como en su negligente remisión a planta. Y una vez en ésta no se le asistió en toda la noche, no se le hizo ningún control ni se le conectó a ningún aparato que detectara un fallo cardíaco, respiratorio o de otra índole. En lo que se refiere al preoperatorio la alegación de la actora se limita a una mera afirmación, sin apoyo en elemento probatorio alguno. Por el contrario, constan en el expediente y a ello hemos hecho referencia con anterioridad, las distintas pruebas que se hicieron al paciente antes de su intervención, no concretando la actora porque fueron insuficientes o se incumplieron los protocolos. Por tanto, y en lo que se refiere a la fase previa a la intervención quirúrgica no se aprecia una praxis incorrecta, ni tampoco que tenga relación alguna dicho preoperatorio con el fallecimiento.

Tras la intervención quirúrgica se afirma por la recurrente que fue negligente su traslado a planta. Ahora bien, según protocolo la estancia en reanimación o UCI tras el quirófano no tiene un período de tiempo prefijado según el tipo de intervención sino que depende del estado del paciente. Por ello, el que se trate de una cirugía de mayor o menor riesgo no es criterio determinante del tiempo en que ha de permanecer el paciente en dicho servicio hasta ser trasladado a planta. Y es el intensivista o el anestesista el que ha de valorar el estado del paciente. En el presente caso, y según resulta de la prueba practicada, el paciente estuvo en reanimación varias horas y cuando se le trasladó a planta fue porque se encontraba hemodinámicamente estable, lo que también se comprobó por enfermería a su llegada a planta. Incluso, durante toda la noche la situación debió ser de normalidad pues no consta que el paciente presentara alteración alguna, ni su hijo que se encontraba con él



avisó en ningún momento por manifestar su padre dolor o algún síntoma que hiciera sospechar de una mala evolución.

En cuanto a la cuestión de si estuvo toda la noche sin ser atendido, es lo cierto que no consta actuación alguna de los enfermeros en las anotaciones de enfermería de esa noche. Ahora bien, también declaró una de las enfermeras, la Sra. Belinda , que no se refleja todo, sino con carácter general haciéndose las constancias solo cada ocho horas salvo que ocurra alguna incidencia o el médico haya hecho alguna otra prescripción.

En todo caso, tampoco es determinante si se vio o no al paciente en toda la noche pues lo que no está acreditado en el presente caso es la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio sanitario y el fallecimiento. En efecto, desconociéndose la causa de éste no se puede afirmar que de haber estado el paciente con vigilancia permanente toda la noche o conectado a un aparato se hubiera evitado. Y, como también ha quedado acreditado, en planta no existe posibilidad de monitorización pues no hay monitores utilizándose éstos para la vigilancia constante del paciente cuando se encuentra en reanimación o en UCI. Por otra parte, siendo lo más probable que se produjera una muerte súbita, como resulta de las pruebas practicadas, es evidente que aún cuando se hubiera visto al paciente una o varias veces por la noche no se hubiera evitado su fallecimiento. Por último, tampoco tiene trascendencia si el fallecimiento se detectó por la enfermera al entrar a las 7 de la mañana o por el hijo del paciente, pues aunque hubiera sido éste el que avisó a enfermería ello no denota una incorrecta actuación médica o sanitaria. En todo caso, la anotación que hizo la Dra. Isidora y el testimonio de esta responden a lo que le manifestó otra persona pues dicha Dra. no se encontraba en la habitación ni en sus proximidades cuando se detectó el fallecimiento. Sin embargo, la enfermera que entró en el turno de la mañana, concretamente a las 7, manifestó rotundamente que percibió que el paciente había fallecido y que el familiar se encontraba durmiendo al lado, teniendo ella que despertarlo. Lógicamente, si el hijo del enfermo estaba durmiendo es porque no advirtió anomalía alguna en su padre que le hiciera estar alerta o avisar a enfermería, lo que vendría a corroborar la sospecha de una muerte súbita. En todo caso, no constando la causa de la muerte por negarse la familia a que le hicieran la autopsia al paciente, difícilmente se puede acreditar una mala praxis ni una relación de causalidad entre la actuación sanitaria y el fallecimiento.

**SEXTO.-** Por lo expuesto procede desestimar el recurso sin que sean de apreciar circunstancias suficientes para hacer un especial pronunciamiento en costas ( art. 131 de la Ley Jurisdiccional ).

En atención a todo lo expuesto, Y POR LA AUTORIDAD QUE NOS CONFIERE LA CONSTITUCIÓN DE LA NACIÓN ESPAÑOLA,

## FALLAMOS

Desestimar el recurso contencioso administrativo interpuesto por Dña. Aurelia contra la resolución desestimatoria presunta de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por aquella, por ser dicho acto conforme a derecho; sin costas.

Notifíquese la presente sentencia a las partes, haciéndoles saber que contra la misma no cabe recurso ordinario alguno.

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

**PUBLICACIÓN** : En la misma fecha fue leída y publicada la anterior resolución por el Ilmo. Sr/a. Magistrado que la dictó, celebrando Audiencia Pública. Doy fe.

**DILIGENCIA** : Seguidamente se procede a cumplimentar la notificación de la anterior resolución. Doy fe.