



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y  
Ponente

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Besteiro Rivas, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 2 de diciembre de 2004, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxxxxxxxxxxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

### I

#### ANTECEDENTES DE HECHO

El día 17 de noviembre de 2004 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxxxxxxxxxxx, representados por Dña. yyyyyyyyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la atención sanitaria que le fue prestada a Dña. mmmmmmm*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 19 de noviembre de 2004, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 714/2004, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.



**Primero.-** Dña. mmmmmmmmm, nacida el 10 de marzo de 1915, presentaba como antecedentes médicos de interés: diabetes mellitus tipo II, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica e insuficiencia vascular cerebral, sin antecedentes de hábitos tóxicos ni de intervenciones quirúrgicas.

El día 6 de enero de 2002 es llevada por sus familiares al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhhhhh tras encontrarla en el suelo de su habitación con un golpe, presentando dificultad para el habla, desviación de la comisura bucal y relajación de esfínteres. Tras someterla a una exploración física general y realizar diversos estudios analíticos, se llega a la conclusión de que ha sufrido un accidente cerebrovascular isquémico del territorio de la arteria cerebral media de perfil aterotrombótico, siendo la paciente ingresada en el Servicio de Neurología del Hospital hhhhhhhhhh, donde se la somete a diversos controles y pruebas.

El día 7 de enero de 2002 la paciente se encuentra sin fiebre, mantiene los ojos espontáneamente cerrados –abriéndolos a estímulos–, responde correctamente a llamadas y órdenes, no muestra alteraciones cardiopulmonares y presenta anosoesia. La familia es informada de que la paciente ha padecido un infarto extenso. La impresión diagnóstica del día 8 de enero de 2002 es la de síndrome febril de origen urinario, por lo que se prescribe tratamiento con antibióticos. La paciente mantiene una evolución estable y el día 10 de enero de 2002 se comenta con sus familiares la situación de la misma y la decisión de trasladarla a un centro concertado, traslado que se efectúa el día 11 de enero de 2002 al Hospital jjjjjjjjjjjjjj. El motivo del ingreso en este centro hospitalario es posible tratamiento rehabilitador paliativo de un accidente cerebrovascular de cerebral media derecha.

En el Hospital jjjjjjjjjjjjjj se le realiza la correspondiente exploración clínica, así como una valoración por parte de la enfermería de ese centro en la que se recogen las circunstancias de la paciente. Se inicia el tratamiento indicado a su situación.

El día 16 enero de 2002 se retiran sueros; el 18 de enero siguiente se suspende el Baycip y se realiza un resumen en la hoja de evolución en el que se hace constar como diagnóstico el de ACV que evoluciona desfavorablemente.



A partir del día 20 de enero de 2002 la enferma sufre un empeoramiento en su situación. En las anotaciones de la hoja de evolución se hace constar que la familia manifiesta su deseo de que la enferma sea tratada por un neurólogo, por lo que, de común acuerdo, se decide solicitar el traslado de la paciente al Hospital hhhhhhhhhh. En las anotaciones de enfermería de la tarde se recoge que la familia se queja de que no sido informada y que están pendientes de una visita del neurólogo y no de un traslado a neurología, solicitando un médico que les explique la situación de la paciente y el resultado de las pruebas realizadas. A las 21:15 horas del mismo día la paciente se halla comatosa, presentando deposiciones melénicas abundantes. Se solicitan estudios analíticos de hemograma y bioquímica urgente.

A las 00:30 horas del día 22 de enero de 2002 la temperatura de la paciente es de 38,5°C, no realizándose una transfusión sanguínea –según las anotaciones de enfermería– por la fiebre de la enferma. La enferma se encuentra en coma profundo, aumentándole la fiebre hasta los 39°C, por lo que se plantea su posible origen central. El pronóstico es desfavorable, considerándose la posibilidad de exitus en corto plazo; se le informa a la familia de ello, no siendo transfundida la enferma.

La paciente continúa su ingreso en situación de coma, presentando melenas y fiebre a pesar de los antibióticos, por lo que se suspende el suministro de éstos, siendo también retirada la sonda nasogástrica el día 27 de enero de 2002, a petición familiar. Finalmente, fallece el 29 de enero de 2002 a las 5:10 horas.

**Segundo.-** Con fecha 18 de septiembre de 2002, se presenta en la Oficina de Correos y Telégrafos de xxxxxxxxxx un escrito en el que la representación de los interesados formula una reclamación de responsabilidad patrimonial como consecuencia del fallecimiento de Dña. mmmmmmmmm.

Los factores en los que se sustenta la reclamación son, entre otros, que en el Hospital jjjjjjjjjjjj no había, en la fecha en que se trasladó a la enferma, especialista en neurocirugía; que ha podido existir un tratamiento farmacológico equivocado para la paciente, por la subida del nivel de glucosa tras su ingreso en el citado hospital; que no fue transfundida tras la importante hemorragia que tuvo la noche del 21 de enero de 2002; y, finalmente, que la familia no ha sido informada en ningún momento sobre la causa del fallecimiento.



**Tercero.-** Al expediente, junto con la historia clínica de la paciente, se incorpora el informe de Coordinación Áreas de Inspección de 14 de julio de 2003 de la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxxxxxx, que recoge, entre otras, las siguientes consideraciones:

“Estamos ante una paciente de 86 años de edad con antecedentes de enfermedad arterioesclerótica en forma de cardiopatía isquémica a la que exige suma diabetes mellitas tipo II, que sufre un accidente cerebrovascular agudo isquémico de perfil aterotrombótico en territorio de la arteria cerebral media derecha (...).

»El traslado de la paciente desde el Hospital hhhhhhh al centro concertado se produce una vez superado el período agudo del ictus sufrido por la paciente con el objetivo de que ésta tenga un periodo de convalecencia en un centro de estancia intermedia con servicio de medicina interna y posibilidades de rehabilitación, como paso previo al alta domiciliario. En el Hospital jjjjjjjjjjj transcurren los primeros nueve días de convalecencia sin ninguna incidencia destacable (...) durante los que se va progresivamente normalizando su plan de cuidados (...) este curso estable se ve interrumpido el día 21 de enero de 2002 de forma brusca (...) la familia es informada de la situación de la paciente de extrema gravedad (...). La causa de este rapidísimo deterioro en la situación clínica de la enferma es con casi total seguridad infecciosa (...) no impiden que se inicie un tratamiento precoz de la infección con pauta empírica utilizando para ello un antibiótico de amplio espectro (...).

»En cuanto a la normalización de estudios para averiguar la procedencia de la hemorragia y sus causas al que tener en cuenta la situación clínica de la paciente (...). En esta situación la hemorragia digestiva obedece con casi total seguridad a un síndrome de úlceras de estrés (...). El rendimiento de una prueba invasiva como la endoscopia es escaso presentando la paciente un estado de conciencia muy deprimido que contraindicaba de forma relativa su realización (...) la decisión de no transfundir se considera que se adecua a los parámetros anteriormente establecidos. Por otra parte la paciente presentaba síndrome febril, circunstancia que puede desaconsejar la transfusión pues puede enmascarar una reacción inmunológica tras la misma”.



Se incorpora a la historia clínica de la paciente una carta de la familia de Dña. mmmmmmmm de 9 de julio de 2002, dirigida al Hospital jjjjjjjjjjjjjjjjjj, en la que aquélla agradece la atención prestada a la paciente.

**Cuarto.-** Completado el expediente, el 17 de julio de 2003 se diligencia el trámite de audiencia, tanto a la representación de los interesados, como al Hospital jjjjjjjjjjjjjjjjjj, levantándose acta de la comparecencia del representante del hospital, sin que la representación de los interesados haya formulado alegación alguna.

**Quinto.-** El 13 de octubre de 2004 se formula una propuesta de resolución desestimando la reclamación formulada.

**Sexto.-** El 18 de octubre de 2004 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución indicada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

## II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

**1ª.-** El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.



**3ª.-** De acuerdo con los requisitos de legitimación exigidos en la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre, cabe reseñar que no se acredita en debida forma la representación que ostenta la abogada para actuar en nombre de los interesados, ya que si bien en el escrito de reclamación presentado por la misma indica expresamente que a dicho escrito acompaña el poder de representación, éste no obra en el expediente remitido al Consejo Consultivo. Por otro lado, en cuanto a los interesados, habría sido conveniente asimismo constatar, mediante el documento que se hubiese considerado necesario (declaración de herederos, libro de familia, etc.), la condición de herederos y, por consiguiente, de interesados en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado a su instancia.

De no obrar los citados documentos en la Consejería de Sanidad, desde la que procede el expediente, podemos afirmar que existe una cierta falta de rigor en la acreditación de la legitimación, cuya subsanación no ha sido requerida por parte de la Administración. No obstante, no parece oportuno que sea ésta la fase procedimental en la que se pida la acreditación formal de esta legitimación, máxime cuando la propia Administración la ha considerado suficientemente probada, realizando las actuaciones pertinentes con la abogada de las partes.

La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Se ha presentado la reclamación en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

**4ª.-** El artículo 106.2 de la Constitución establece 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 referencia constitucional a la Ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la Ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.



**5ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de daños y perjuicios formulada por Dña. yyyyyyyyyy, en nombre y representación de D. xxxxxxxxxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la atención sanitaria que le fue prestada a Dña. mmmmmmmm.

En su escrito de reclamación se aduce que se ha producido un funcionamiento anormal del servicio sanitario, indicando que el daño se ha originado como "consecuencia directa de la consecución de los riesgos propios de la opción tomada por el personal de la administración, con alternativas claras y conocidas para que el daño no se produzca". En concreto, como se ha relacionado en el antecedente de hecho segundo del cuerpo del presente dictamen, los factores que han originado el daño (el fallecimiento de la familiar de los ahora reclamantes de indemnización) son, según los reclamantes, que una vez diagnosticada la paciente en el Hospital hhhhhhhh de "infarto aterotrombótico de cerebral media derecha", y trasladada al Hospital jjjjjjjjjj, en éste no había especialista en neurocirugía, a pesar de haber sido solicitada la presencia de esa especialidad por los familiares; que ha podido existir un tratamiento farmacológico equivocado para la paciente, por la subida del nivel de glucosa tras su ingreso en el citado hospital; que no fue transfundida tras la importante hemorragia que tuvo la noche del 21 de enero de 2002; y, finalmente, que la familia no fue informada en ningún momento sobre la causa del fallecimiento.

Hemos de tener en cuenta como premisa inicial que la obligación del profesional sanitario no es la de obtener en todo caso la recuperación del enfermo, o lo que es lo mismo, no es la suya una obligación de resultado, sino una obligación de medios. No cabe exigir una garantía de curación del enfermo, aunque sí que se le proporcionen todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia.

Al respecto el Tribunal Supremo, en Sentencias de 10 de octubre de 2000 y 7 de junio de 2001, ha señalado que el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por la actividad administrativa, consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios, puede consistir, no sólo en la realización de una actividad de riesgo, sino también en otras circunstancias, como es (singularmente en el ámbito de la asistencia sanitaria) el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo. Esta inadecuación puede producirse por la inexistencia





de consentimiento informado, por incumplimiento de la *lex artis ad hoc* o por defecto, insuficiencia o falta de coordinación objetiva del servicio.

La responsabilidad patrimonial de la Administración, aunque de naturaleza objetiva, no convierte a las Administraciones Públicas en entes aseguradores universales de todos los daños o perjuicios sufridos por los ciudadanos cuando utilizan los distintos servicios públicos.

Es necesaria la concurrencia de una gama de requisitos entre los que destacan (aparte de la producción de un daño) la existencia de un nexo causal entre ese daño y el funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, así como la antijuridicidad de aquél (que el administrado no esté en el deber de soportarlo).

Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis* responde la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberán ser soportados por el perjudicado.

En la propuesta de resolución se cita acertadamente la Sentencia de 5 de junio de 1991, cuyo criterio ha venido a ser reiterado en una más reciente dictada por el mismo Alto Tribunal, de 2 de octubre de 1997, en la que se señala que "el substrato de todo contrato de arrendamiento de servicios médicos, está constituido por lo que doctrinalmente se denomina *lex artis ad hoc*, que no significa otra cosa que los criterios médicos a tomar han de ceñirse a los que se estimen correctos, siempre con base a la libertad clínica y a la prudencia"; en otras palabras, como dice la Sentencia del mismo Tribunal de 25 de abril de 1994, a lo que obliga la *lex artis ad hoc* es a "tomar en consideración el caso concreto en que se produce la actuación o intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional, teniendo en cuenta las especiales características del actor del acto médico, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, la influencia de otros factores endógenos –estado e intervención del enfermo– o exógenos –la influencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria–, para calificar dicho acto como conforme o no a la técnica médica normal requerida".





los estándares de actuación razonablemente exigibles, sin que pueda imputarse causalmente al funcionamiento de la Administración el fatal desenlace y el daño cuyo resarcimiento se pretende por los reclamantes.

### **III CONCLUSIONES**

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxxxxxx, representados por Dña. yyyyyyyyyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la atención sanitaria que le fue prestada a Dña. mmmmmmmmmmm.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.