



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. xxxxx López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 22 de febrero de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx e hijos*, 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 22 de enero de 2007 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 Dña. xxxxx e hijos, representados por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. eeeee.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 23 de enero de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 37/2007, 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. Estella Hoyos.

Primero.- En el informe de la Inspección Médica se realiza la siguiente descripción de los "hechos":



“D. eeeee, paciente de 55 años de edad, portaba una prótesis de válvula aórtica normofuncionante desde hacía mucho tiempo, unos 25 años. Además era hipertenso, tenía antecedentes de ACVA y estaba en tratamiento prolongado con Sintrom. En junio de 2002, encontrándose previamente bien, comenzó con un cuadro de escalofríos, tiritona y fiebre de tipo recurrente.

»Tratado con antibioterapia de forma ambulatoria (Gentamicina y Cloxacilina) no evolucionó satisfactoriamente, persistiendo el cuadro clínico, por lo que fue derivado por su Médico de Atención Primaria al Hospital nnnnn, donde ingresó por Urgencias el día 17 de junio siendo hospitalizado en la planta de Medicina Interna el día 18 de junio de 2002.

»Fue diagnosticado de ‘endocarditis sobre válvula protésica’ producida por Streptococcus bovis II, según los 3 hemocultivos realizados, y se le administró tratamiento antibiótico adecuado: Cloxacilina + Gentamicina + Ampilicilina, que el día 25 de junio es sustituido por Gentamicina + Penicilina G sódica.

»El viernes 28 de junio, el Dr. ddddd, Médico Adjunto de Medicina Interna y responsable de la atención médica del paciente, solicitó su traslado urgente a un hospital con Unidad de Cirugía Cardíaca en xxxxx.

»Según su declaración, el motivo de la solicitud de traslado era la prevención de una posible disfunción de la válvula aórtica afectada, que podría ocasionar un fracaso cardíaco agudo, el cual requeriría un abordaje quirúrgico inmediato, en caso de producirse.

»A última hora de la mañana de ese mismo día 28, el personal del Servicio de Admisión tramitó la solicitud de traslado del enfermo al Hospital hhhhh de xxxxx (su hospital de referencia), a través de una fax.

»No habiendo obtenido contestación a este fax, sobre las 16 horas avisaron al Dr. mmmmm que se encontraba de guardia como médico internista, a fin de que realizara las gestiones oportunas para realizar el traslado, poniéndose en contacto por teléfono con aquel hospital.

»En la conversación telefónica con la cirujana cardiovascular de guardia del H. hhhhh, Dra. ccccc, ésta informó que no había camas disponibles en su Servicio para ingresos programados, interesándose por el estado clínico



del paciente y recomendando que si se encontraba estable podía esperar unos días con el tratamiento que tenía prescrito. En caso de que la insuficiencia cardiaca se agudizara deberían trasladarlo de forma inmediata.

»Asimismo le informó que, en caso de ser necesario, este tipo de enfermos suelen ser reintervenidos en el hospital donde se les implantó inicialmente la prótesis valvular, por lo que aconsejó su traslado al hospital ppppp.

»De acuerdo con la conversación mantenida, decidió contactar también con el cirujano cardiovascular de guardia del Hospital ppppp, quien confirmó las indicaciones de la Dra. ccccc, señalando que no se trataba de una emergencia y que podía esperar, no siendo prudente una intervención quirúrgica de urgencia.

»El Dr. mmmmm comprobó el buen estado del paciente, que se encontraba asintomático («...paseando por la habitación y leyendo una revista...»), y tomó la decisión –consensuada con los dos cirujanos cardiovasculares señalados– de mantener al paciente en el Hospital nnnnn hasta el lunes, y remitirlo entonces al Hospital ppppp, previa autorización del Jefe de Admisión.

»Esta decisión fue consultada también con el cardiólogo D. jjjjj, quien mostró su conformidad e indicó que la intervención quirúrgica estaba contraindicada en ese momento.

»De estas opiniones y de la decisión tomada fue informada debidamente la familia esa misma tarde del viernes, 28 de junio.

»El día 1 de julio, lunes, se realizan las gestiones por parte del Servicio de Admisión para trasladar al paciente al Hospital ppppp primero, que no acepta el traslado por no ser el hospital de referencia, y al Hospital hhhhh después. En este hospital no se consigue la autorización por falta de camas libres, repitiéndose esta situación los días 2 y 3 de julio, martes y miércoles respectivamente.

»Desde el viernes 28 de junio hasta el martes 2 de julio, el enfermo se encuentra clínicamente bien, estable y asintomático, sin fiebre ni escalofríos.



»El miércoles 3 de julio por la mañana presenta de forma brusca un cuadro neurológico que comienza con cerviconucalgia aguda, sudoración, náuseas y disminución del nivel de conciencia, entrando posteriormente en situación de coma y falleciendo a las 15,50 horas.

»Realizada previamente al fallecimiento una TAC craneal, se diagnostica una «Hemorragia cerebromeningea masiva» («hemorragia parenquimatosa hemisférica con desviación de la línea media y gran componente subaracnoideo»).

Segundo.- El 9 de junio de 2004, D. yyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxx y D. rrrrr, D. fffff, Dña. ttttt y D. jjjjj, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a D. eeeee, esposo y padre de éstos, por considerar que el paciente falleció por una complicación (hemorragia cerebro menígea masiva) de la dolencia que padecía (endocarditis estreptocócica) como consecuencia de no haberse producido el traslado urgente, a otro hospital, que precisaba para tratar quirúrgicamente dicha dolencia.

Concreta la valoración de los daños a efectos indemnizatorios en 127.893,85 euros, que desglosa en los siguientes términos:

“La indemnización que se interesa por los perjuicios causados a Doña xxxxx se concreta en la suma de 90.278,04 euros. La indemnización que se solicita para Don rrrrr, Don fffff y Doña ttttt Jiménez Sánchez, se concreta en la suma de 7.523,16 euros para cada uno de ellos y a Don jjjjj en la suma de 15.046,33 euros”.

Acompaña a la reclamación la siguiente documentación:

- Fotocopia compulsada del poder notarial acreditativo de la representación que de Dña. xxxxx ostenta D. yyyyy.

- Copia de documentación relativa a las diligencias previas procedimiento abreviado nº 521/2002 seguidas en el Juzgado de Instrucción nº 3 de xxxxx, entre la que se incluye la denuncia formulada por la interesada; las declaraciones de D. ddddd, Dña. ggggg, Dña. rrrrr y D. mmmmm, y el auto nº 77/2003, de 26 de junio, de la Audiencia Provincial de xxxxx, por el que se desestima el recurso de apelación interpuesto contra el Auto de 2 de abril de



2003 del Juzgado de Instrucción nº 3 que acordó el sobreseimiento libre y el archivo de las referidas diligencias.

Tercero.- En el expediente constan los siguientes informes de unidades médicas y profesionales:

- Informe de 18 de julio de 2002 del Dr. ddddd y la Dra. vvvvv, del Servicio de Medicina Interna del Hospital nnnnn.

- Informe de 21 de junio de 2004 del Dr. mmmmm, del Servicio de Medicina Interna del Hospital nnnnn, médico de guardia el día 28 de junio de 2002.

- Informe de 1 de julio de 2004 de la Dra. ññññ y de Dña. sssss, médico y supervisora, respectivamente, del Servicio de Admisión del mismo hospital.

- Informe de la Inspección Médica, de 4 de mayo de 2005, emitido por Dña. zzzzz.

- Informe de 15 de junio de 2005 emitido por los doctores uuuuu, yyyyy e iiiii, a instancia de la compañía aseguradora sssss.

- Historia clínica de D. eeeee obrante en el Hospital nnnnn.

Asimismo consta copia de diversa documentación relativa a las diligencias previas procedimiento abreviado 521/2002, de entre la que interesa destacar, además de la aportada inicialmente por la parte reclamante, el informe médico forense.

Cuarto.- Consta en el expediente el parte de reclamación del seguro de responsabilidad civil, así como un escrito dirigido a la Gerencia de Salud del Área de xxxxx en el que se comunica que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil estudió la reclamación sobre indemnización de daños, determinando finalmente rehusarla.

Quinto.- Con fecha 6 de julio de 2005, de conformidad con el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto



429/1993, de 26 de marzo, se acuerda la apertura del trámite de audiencia, concediéndose un plazo de quince días para formular alegaciones y aportar documentos.

Notificado el 11 de julio de 2005 a la parte reclamante, ésta comparece el 28 de julio de 2005 en la Gerencia de Salud del Área tomando vista del expediente, del que se le entrega una copia, y el 1 de agosto de 2005 presenta escrito de alegaciones.

Sexto.- Con fecha 13 de diciembre de 2006, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de resolución del expediente, formulada en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

Séptimo.- El 20 de diciembre de 2006 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.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. No obstante debió requerirse la documentación acreditativa de la condición en la que intervienen los diferentes interesados, así como la acreditativa, conforme al artículo 32 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de la representación en la que manifiesta intervenir D. yyyy.

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 de Castilla y León.

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 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.

La parte interesada ha ejercitado su derecho 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. En efecto, consta que lo hizo el 9 de junio de 2004, dentro, pues, del plazo indicado en dicho precepto, toda vez que, aun cuando el fallecimiento de D. eeeee se produjo el 3 de julio de 2002, tras éste, como consecuencia de la denuncia formulada por Dña. xxxxx, se iniciaron las diligencias previas procedimiento abreviado 521/2002, que concluyeron definitivamente mediante Auto de la Audiencia Provincial de xxxxx de 26 de junio de 2003.

5ª.- Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte el criterio de la propuesta de resolución de 13 de diciembre de 2006 del Director General de Administración e Infraestructuras, reflejado en sus fundamentos de derecho, que conduce a desestimar la reclamación presentada.

Este Consejo considera que el asunto ha de analizarse tomando como referencia la teoría de la *lex artis*, que desde hace años constituye un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal



Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 y 3623/2003).

Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico), mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

La doctrina expuesta, aplicada al caso que nos ocupa, conduce a la desestimación de la solicitud de los interesados.

La parte reclamante sostiene su pretensión indemnizatoria argumentando que D. eeeee falleció al no practicársele “la intervención quirúrgica” “necesaria y urgente”, “tratamiento correcto para su patología”, y que dicha intervención no se llevó a cabo porque “la orden de traslado urgente no se cumplió” por “el incorrecto funcionamiento de un servicio público”; concluyendo que “no se pusieron todos los medios posibles y adecuados de carácter médico y terapéutico para obtener la curación del paciente”, en definitiva, cuestionando la observancia de la *lex artis ad hoc*.



Ahora bien, de los diferentes informes médicos que obran en el expediente, cabe inferir, de forma unánime, las siguientes conclusiones:

1.- Que el traslado se acordó, no para practicar inmediatamente una intervención quirúrgica, sino con carácter preventivo, ante una posible complicación consistente en una insuficiencia cardiaca aguda, que la hubiese requerido. El traslado era urgente, en previsión de dicha posible complicación, no de emergencia, para intervenir de forma inmediata.

Así, el informe médico forense señala:

“Que el traslado del paciente eeeee tenía por objeto seguir el tratamiento médico indicado y en caso de complicación aguda cardiaca proceder a la intervención quirúrgica”.

El informe de la Inspección Médica:

“El motivo de la solicitud era trasladar al enfermo a un hospital con una Unidad de Cirugía Cardiaca, en previsión de que si ocurriese una complicación aguda cardiaca, pudiera resolverse inmediatamente mediante cirugía. En ningún caso se recomendó el traslado para realizar ya la intervención quirúrgica inmediata, «sino solamente para el caso de que ocurriese la complicación ya citada», complicación que no se produjo en el paciente.

»(...). Que el traslado que se recomendó a un hospital de xxxxx estaba motivado por el hecho de tener prevista la posible complicación de insuficiencia cardiaca aguda, que hubiera requerido una intervención de urgencia. Esta complicación no se produjo en ningún momento en el hospital de xxxxx”.

Y el informe emitido a instancia de la compañía de seguros:

“Resumiendo, en el caso que nos ocupa el traslado no precisaba realizarse de forma inmediata porque el paciente no hubiera sido intervenido de forma inmediata pese a que se hubiera encontrado en un centro con cirugía cardiovascular por lo que la decisión de mantenerle en planta de hospitalización resulta acertada dada la estabilidad del enfermo no existiendo durante su ingreso criterios para tener que trasladarlo a una UCI”.



2.- Que en el momento de acordarse el traslado, el 28 de junio de 2002, la intervención quirúrgica no estaba indicada, resultando conforme a los protocolos el tratamiento antibiótico, teniendo presente que el enfermo ingresó por urgencias el 17 de junio de 2002, siendo hospitalizado en la planta de medicina interna el 18 de junio.

Al respecto el informe médico forense manifiesta:

“El tratamiento de la endocarditis infecciosa se basa en la administración del antibiótico más adecuado, a la dosis necesaria y durante el tiempo suficiente (entre 4 y 6 semanas) para erradicar el germen responsable de las vegetaciones endocárdicas. Este tratamiento requiere en algunos casos ser complementado con cirugía cardíaca (...)”.

El informe de la Inspección Médica:

“Según la Sociedad Española de Cardiología, el tratamiento de la endocarditis infecciosa se basa en la administración del antibiótico más adecuado, a las dosis necesarias y durante el tiempo suficiente para erradicar el germen responsable de las vegetaciones endocárdicas. Este tratamiento requiere en algunos casos (infección persistente, extensión perivalvular de la infección, inestabilidad hemodinámica) ser complementado con cirugía cardíaca, (...).

»Las indicaciones quirúrgicas en la endocarditis infecciosa en fase activa son: (...).

»En el caso del paciente D. eeeee, permaneció ingresado durante diez días con tratamiento antibiótico adecuado (...). Seguía así las indicaciones comúnmente aceptadas en los protocolos actuales, de acuerdo a las características de la patología del enfermo (infección persistente y endocarditis sobre válvula aórtica protésica).

»(...).

»Por otro lado, no era recomendada la sustitución de la válvula aórtica en ese momento por las condiciones de la misma (infección valvular y perivalvular), que supondría un grave riesgo para la vida del enfermo. No olvidemos, como hemos dicho anteriormente, que el



postoperatorio de un recambio valvular practicado en la fase activa de la infección es una de las principales causas de mortalidad en las endocarditis infecciosas.

»Estas consideraciones fueron aceptadas y consensuadas por todos los especialistas que intervinieron en el caso: los facultativos del Hospital nnnnn, Dres. ddddd y mmmmm (internistas) y Dr. jjjjj (cardiólogo), así como los cirujanos cardiovasculares del Hospital hhhhh (Dra. ccccc) y del Hospital ppppp. Todos estuvieron de acuerdo en que no se trataba de una emergencia y que no procedía en ese momento la intervención quirúrgica cardiaca inmediata del paciente, de acuerdo con su situación clínica y características patológicas. (...)”.

Y el informe emitido a instancia de la compañía aseguradora:

“En el caso que nos ocupa y de lo señalado hasta el momento el diagnóstico y aproximación terapéutica realizada es correcta y acorde con las guías de manejo de esta patología.

»(...). Las indicaciones fundamentales de cirugía, centrándonos en las que serían de aplicación en este caso, las podemos resumir según el protocolo de manejo de endocarditis publicado en octubre del año 2000 por la Sociedad Española de Cardiología y que continúa vigente.

»- La insuficiencia cardiaca secundaria a la lesión valvular producida por la endocarditis (...). En el caso que nos ocupa el paciente no presenta en ningún momento datos de disfunción de la prótesis aórtica y la insuficiencia cardiaca, que podemos catalogar como leve, no cumple criterios para sentar la indicación de cirugía por este motivo. (...).

»- Las endocarditis sobre prótesis valvular requieren una mayor agresividad en cuanto a lo que supone la indicación de la cirugía. Este comentario se refiere fundamentalmente a las formas precoces y/o aquellas producidas por gérmenes distintos de los Streptococcus sensibles a la penicilina. Como comprobamos ninguna de estas premisas se cumplen en este caso.

»- Otras indicaciones son menos frecuentes y permiten tomar la decisión de intervenir tras la administración de un periodo



variable de antibioterapia. La persistencia del cuadro séptico pasados de 7-10 días de tratamiento antibiótico correcto, (...). En el caso que nos ocupa la presencia de un absceso aórtico constituiría una indicación quirúrgica. Sin embargo la presencia de dicho absceso no se encuentra establecida de forma definitiva en este caso, en base a la discrepancia entre las distintas pruebas de imagen practicadas y la ausencia de insuficiencia aórtica significativa que parecería casi obligada en presencia de una dilatación aneurismática de la raíz aórtica, como la que se describe en el informe del ecocardiograma. La aparición de episodios embólicos de repetición, también constituye una indicación de tratamiento quirúrgico, no estando claramente establecido el número de episodios que sientan tal indicación. En este caso solo existió un único episodio embólico que condicionó el fallecimiento del paciente.

»Es decir que en el caso que nos ocupa no existe una clara indicación quirúrgica en el momento en el que se solicita el traslado del paciente, y en todo caso de existir la misma no se trataría de uno de los casos en los que la intervención se debe practicar de forma inmediata, siendo no obstante prudente la decisión de traslado del paciente a un centro que contara con cirugía cardiovascular”.

3.- Que el fallecimiento de D. eeeee no se produjo como consecuencia de una complicación aguda cardíaca, para cuyo hipotético tratamiento se proyectó el traslado, sino que se debió a una hemorragia cerebro-meníngea masiva, complicación sobrevenida que tampoco hubiera podido ser tratada con éxito en una unidad de cirugía cardíaca.

En este sentido, el informe médico forense considera:

“Que dicha hemorragia cerebro-meníngea no era la complicación esperada para la que se solicitó su ingreso en una unidad de cirugía cardíaca, y de haber sido ésta susceptible de tratamiento quirúrgico la intervención debería haber sido realizada en una unidad de neurocirugía.

»(...).

»Que una endocarditis infecciosa por estreptococo por sí sola no produce como complicación una hemorragia cerebro-meníngea masiva, (...). En el presente caso la hemorragia cerebro-meníngea está más en relación con el tratamiento anticoagulante que el paciente tenía que llevar para evitar una complicación tromboembólica”.



El informe a instancia de la compañía aseguradora:

“El fallecimiento se produce por una complicación embólica que no se ha demostrado que se prevenga por medio de la cirugía. (...) tratamiento anticoagulante (...) se encontraba indicado y en rango correcto en el momento de aparición de la complicación.

»(...), lo cierto es que aunque el paciente se hubiera encontrado ingresado en un hospital con Servicio de Cirugía Cardiovascular no se hubiera realizado una intervención de urgencia, pues esta no se encontraba indicada”.

Y el informe de la Inspección Médica:

“La complicación sufrida el día 3 de julio y que ocasionó la muerte del enfermo (hemorragia cerebromeningea masiva), no era la que se tenía prevista y se pretendía solucionar en caso de aparición (fracaso cardiaco agudo).

»(...) el tratamiento anticoagulante que tenía el enfermo (de forma obligada por su patología), (...).

»La complicación aguda e imprevista que ocasionó el fallecimiento del paciente pudo haberse producido en cualquier hospital, y no tenía solución quirúrgica debido a que era una hemorragia cerebral masiva. En caso de haberla tenido, la intervención debería haber sido practicada en una Unidad de Neurocirugía y no en una Unidad de Cirugía Cardiaca”.

4.- Que la ausencia de traslado del paciente no tuvo incidencia en su fatal desenlace.

Esta conclusión encuentra respaldo expreso en el informe de los doctores uuuuu, iiiii y yyyyy, al señalar:

“Deberemos establecer si el retraso en el traslado del enfermo ha tenido alguna influencia en el resultado final. En este sentido la literatura consultada es clara al afirmar que no existe ninguna influencia y esto en base a que el fallecimiento del enfermo se produce por un fenómeno hemorrágico cerebral, muy probablemente de origen embólico (...). Aunque la



prevención de este tipo de fenómenos que condicionan una importante morbimortalidad es un objetivo deseable, no se ha demostrado que la cirugía alcance este objetivo en pacientes con endocarditis sobre válvula protésica.

»(...).

»En todo caso y aunque asumiésemos que la endocarditis es la causa de la hemorragia cerebral presentada por el enfermo, la realización más precoz de la cirugía (en caso de haber estado indicada) no supondría un cambio, pues en la literatura publicada la cirugía de la endocarditis no ha demostrado prevenir de forma eficaz este tipo de episodios”.

Y en el de la Inspección Médica:

“Por ello, está claro que los problemas que se produjeron para realizar el traslado del paciente a xxxxx, y que al final no pudo llevarse a cabo, no tuvieron ninguna relevancia o influencia en el desenlace final del enfermo, que falleció por otra causa distinta de la que se pretendía evitar con el mismo”.

En este sentido hay que considerar que las alegaciones de la parte reclamante, particularmente la consistente en vincular el fallecimiento con la falta de medios al no producirse el traslado, cuestionando así la asistencia médica prestada y con ello la observancia de la *lex artis*, realizada sin aval técnico alguno, ceden frente a la rotundidad con que las opiniones técnicas señaladas dictaminan a favor de la irrelevancia que en el fatal desenlace tuvo el que no se realizase el traslado. Estos juicios tienen, además, la garantía de haber sido emitidos por profesionales médicos, especialmente el realizado en el ejercicio de la Inspección Médica, que, aunque encuadrada en el aparato administrativo del SACyL, actúa con independencia y objetividad.

Ha de recordarse que la carga de la prueba pesa sobre la parte reclamante de acuerdo con los viejos aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori* y con el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

No resulta acreditada la vulneración de la *lex artis* en la asistencia prestada al paciente, y sin que haya quedado acreditado que dicha asistencia tuviese incidencia alguna en el devenir de los acontecimientos, el daño sufrido



no tiene carácter antijurídico, conforme a todo lo expuesto más arriba, no resultando aquél imputable a la Administración sanitaria en sede de responsabilidad patrimonial.

Esta conclusión, en consecuencia, conduce directamente a desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

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 Dña. xxxxx e hijos, representados por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. eeeee.

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