CONSEJO CONSULTIVO
DE CASTILLA Y LEÓN

Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Rey Martínez, Consejero
Sr. Velasco Rodríguez, Consejero y Ponente
Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 4 de abril de 2013, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx,* 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 5 de marzo de 2013 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado de oficio por la Gerencia Regional de Salud, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a D. xxxx1.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 7 de marzo de 2013, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 190/2013, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 55 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por el Decreto 17/2012, de 3 de mayo. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Velasco Rodríguez.

Primero.- Mediante Resolución del Gerente de Salud de Área de xxxx1 de 6 de junio de 2011 la Gerencia Regional de Salud inicia de oficio un procedimiento de responsabilidad patrimonial, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a D. xxxx1.

Previamente, el 11 de mayo de 2011 Doña xxxx presentó una queja en relación con la asistencia médica recibida por D. xxxx1, fallecido el 14 de enero de 2011, al considerar que hubo un error de diagnóstico inicial que produjo un retraso relevante en el tratamiento médico con consecuencias fatales.

El 19 de julio de 2011 Doña xxxx presenta un escrito de alegaciones en el que cuestiona la forma en que se produjo el traslado en ambulancia del paciente a un hospital de xxxx2.

No se cuantifica la cuantía solicitada como indemnización.

Segundo.- Al expediente se incorpora, además de la historia clínica, entre otros los siguientes informes:

- Informe del Jefe de la Unidad de Urgencias del Hospital hhhh de xxxx1 de 26 de julio de 2011, en el que se concluye que "la asistencia prestada en la Unidad de Urgencias, tanto por el personal de enfermería que aplicó correctamente el protocolo de Triage en el tiempo adecuado, como la del facultativo, ha sido correcta en todos los aspectos".

- Informe de la médico de Urgencias del Hospital hhhh de xxxx1 de 26 de julio de 2011, en el que se señala "que el paciente se mantiene estable durante su estancia en Urgencias, y que el tiempo empleado es el adecuado para el proceso descrito así como la hora de atención médica".

- Informe emitido colegiadamente por el Jefe de Servicio de UCI y por una facultativa, ambos del Hospital hhhh de xxxx1, en el que se indica:

"Se trata de un paciente de 59 años de edad, (…) que ingresa en UCI por infarto de miocardio evolucionado (más de 6 horas desde el inicio del cuadro). Se avisó desde la urgencia ante los hallazgos electrocardiográficos de ascenso del segmento ST anteroseptal sin esperar a los resultados analíticos. A su ingreso en UCI administramos tratamiento fibrinolítico debido a la presencia de dolor interescapular y de onda de lesión miocárdica. Poco después el paciente refiere la desaparición del dolor torácico permaneciendo clínicamente estable como consta en la gráfica de constantes de enfermería. Tras consultar con el servicio de hemodinámica del H. Clínico de

xxxx2 se decide su traslado para coronariografía ya que persisten los cambios electrocardiográficos que indican una reperfusión incompleta.

»La mortalidad asociada al infarto de miocardio se incrementa con el retraso del diagnóstico y por tanto del tratamiento. Como ya se ha mencionado, el paciente entró en UCI con el diagnóstico de infarto evolucionado y se aplicó el tratamiento óptimo teniendo en cuenta las características del centro hospitalario (…). Debido a la presencia de datos que indicaban que el tratamiento fibrinolítico no había tenido una eficacia completa (…) se trasladó al paciente para angioplastia de rescate ante el riesgo de reoclusión del vaso (reinfarto). Se advirtió a los, familiares de los riesgos del traslado a pesar de la estabilidad del paciente y del objetivo de dicho traslado. Respecto al empeoramiento de la situación clínica del paciente a su llegada al H. Clínico de xxxx2, la causa más probable es la reoclusión coronaria durante el traslado con el ominoso pronóstico que ello conlleva".

-Informe de responsabilidad patrimonial emitido por la Inspección Médica el 5 de octubre de 2011, que concluye:

"A la vista de lo expuesto, consideramos que en la asistencia sanitaria prestada a D. xxxx1, en el PAC del Centro de Salud de xxxx3, existió un retraso en el diagnostico clínico correcto, sin poder determinar en qué medida ha podido influir en la posterior evolución clínica y fallecimiento del paciente.

»También consideramos que una vez establecido el diagnóstico correcto en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhh, la asistencia sanitaria prestada en los Hospitales de xxxx1 (Urgencias y UCI) y en el Hospital Clínico de xxxx2, fue correcta y adecuada a la patología que presentaba el paciente".

- Informe emitido por la empresa ambulancias responsable del transporte del enfermo, al que se adjunta copia del informe asistencial del traslado al Hospital Clínico de xxxx2 llevado a cabo el 14 de enero de 2011.

- Informe médico pericial de 20 de abril de 2012, emitido a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, elaborado colegiadamente por diversos especialistas, que concluye:

"(…) Por los datos disponibles, consideramos que la primera *asistencia en las Urgencias de Atención Primaria puede considerarse adecuada.*

»(…) Por los datos disponibles, consideramos que la segunda asistencia en domicilio puede considerarse adecuada.

»4. La asistencia médica en el HNSS fue correcta y ajustada a la lex artis se realizó un diagnóstico y un tratamiento correcto.

»5. Desconocemos la evolución posterior a la salida del HNSS y hasta la llegada al HCUV, por lo que no podemos valorar de forma adecuada el nexo causal, ni las concausas que pudieron concurrir en el fallecimiento.

»6. El paciente falleció a pesar de haberse empleado todas las medidas terapéuticas disponibles, lo que es frecuente en una enfermedad tan grave como el infarto agudo de miocardio (…)".

Tercero.- El 26 de marzo de 2012 Dña. xxxx2, hermana del fallecido, otorga su representación a favor de Dña. xxxx. Adjunta certificado literal de defunción de D. xxxx1, copia del Libro de Familia y de su Documento Nacional de Identidad.

Cuarto.-Concedido trámite de audiencia a la parte reclamante, el 29 de mayo de 2012 presenta alegaciones a las que adjunta diversa documentación clínica.

Quinto.- El 6 de febrero de 2013 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Sexto.- El 18 de febrero de 2013 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

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 Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.f) del Acuerdo de 31 de mayo de 2012, del Pleno del Consejo, por el que se determina la 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.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se inicia de oficio el procedimiento (6 de junio de 2011) hasta que se formula la propuesta de orden (6 de febrero de 2013). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre. 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.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

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, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, 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.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquél que se pueda producir.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén 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 ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que está, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño –por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, 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.

Quiere con ello decirse que, incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 16 de marzo de 2005 y de 7 y 20 de marzo y 20 de diciembre de 2007), según la cual "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, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte el criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación, ya que de la documentación obrante en el expediente se desprende que no concurre la actuación negligente que se imputa a los servicios sanitarios públicos.

Es necesario destacar que, como se ha señalado, al tratarse de responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación es de medios y no de resultados, lo que supone la utilización de aquellas medidas que conozca la ciencia médica y que se encuentren a disposición del profesional sanitario en el lugar donde se produce el tratamiento.

El 13 de enero de 2011 el paciente acudió al Centro de Salud de xxxx3, refiriendo un dolor de espalda que había sido diagnosticado dos días antes por un traumatólogo. Se procedió a explorar al paciente y se confirma el origen osteomuscular del dolor localizado en la región interescapular. Este diagnóstico que pudo estar inducido por la patología previa de dolor de espalda que padecía el paciente, dado que no le acompañaba otra sintomatología, ocultó que su origen era isquémico miocárdico.

A causa de un proceso secundario a la toma de medicación suministrada para el dolor de espalda -taquicardia y descenso en la saturación de oxígeno- se traslada al paciente en una Unidad de Soporte Vital Básico, por considerarse que la patología no era tan grave, al Hospital hhhh de xxxx1.

El enfermo ingresa en Urgencias con el diagnóstico de reacción alérgica medicamentosa. Sin embargo, la facultativa de Urgencias sospechó de una cardiopatía isquémica, por lo que pasó al paciente a la UCI.

El enfermo posteriormente refirió la desaparición del dolor torácico y permaneció clínicamente estable, por lo que se decidió, ante el riesgo de reinfarto, su traslado al Hospital Clínico de xxxx2 para realización de angio-plastia de rescate. En el informe emitido por los especialistas de UCI se pone de manifiesto que se advirtió a los familiares de los riesgos del traslado del paciente, a pesar de su estabilidad, así como del objetivo concreto de dicho traslado.

La esposa del fallecido considera que el traslado del enfermo al Hospital Clínico de xxxx2 no se llevó a cabo de forma adecuada. Sin embargo, los informes obrantes en el expediente consideran que se realizó de forma correcta, en UVI móvil con médico y enfermera. No obstante, estas condiciones no evitaron que el paciente falleciera, por causa de su mal estado general, a su llegada al Hospital Clínico de xxxx2.

El informe de la aseguradora de la Administración señala que el infarto agudo de miocardio, aún cuando es diagnosticado de forma precoz, es un proceso de elevada mortalidad, especialmente en estos casos en que queda afectada una parte importante del miocardio.

Inicialmente el paciente, como señalan los diversos informes obrantes en el expediente, no presentaba un dolor de características típicas para cardiopatía isquémica y, por ello, no se le aplica el protocolo de síndrome coronario agudo. Su cuadro clínico era más compatible con un perfil osteomuscular, como así se le diagnosticó, y su evolución posterior hacía sospechar razonablemente una reacción alérgica a un medicamento suministrado, sin esperar la presencia de un infarto agudo de tan desafortunadas consecuencias.

Por todo ello, al acoger dichos argumentos, puede considerarse que no existen razones objetivas que permitan mantener que la actuación de los diversos facultativos haya sido negligente e incorrecta, ni que los medios utilizados hayan sido inadecuados, por lo que no cabe apreciar responsabilidad patrimonial de la Administración Pública y, en consecuencia, la reclamación debe desestimarse.

III
CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado de oficio por la Gerencia Regional de Salud debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a D. xxxx1.

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