CONSEJO CONSULTIVO
DE CASTILLA Y LEÓN

Sr. Amilivia González, Presidente

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

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 1 de agosto de 2013, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxx y Dña xxxx1, representados por D. yyyy,* 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 4 de julio de 2013 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. xxxx y Dña xxxx1, representados por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo cccc.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 5 de julio de 2013, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 559/2013, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

Primero.- El 3 de marzo de 2011 D. xxxx y Dña xxxx1, representados por D. yyyy, presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración Autonómica, debido a los daños y secuelas padecidos por su hijo cccc, de 13 años de edad, a causa del retraso en el diagnóstico de fractura

craneal en el Hospital hhhh de xxxx1 (xxxx2), tras sufrir un accidente casual al caer de la bicicleta el 6 de septiembre de 2008.

Señalan en su escrito que "Llegan a Urgencias sobre las 20,40 horas (…). El TAC se realiza más tarde de las 22 horas (…). Dado el mecanismo de la caída, los síntomas iniciales que relata la madre, era obligado no solo vigilar al paciente sino descartar la fractura craneal. Si ésta se hubiera diagnosticado, el paciente, con independencia de su escala de Glasgow (muy discutible en su correcta valoración dados los síntomas iniciales que relata la madre) obligadamente tendría que haber sido objeto inmediato de otros estudios más complejos para descartar daño cerebral (como el hematoma epidural temporo-parietal). Y se hubiera conseguido adelantar los tiempos de atención médica especializada (neurocirugía). No se entiende cómo no se realizó una Rx de cráneo que descartara la fractura craneal. De haberse descubierto hubiera motivado un mayor estudio (TAC de inmediato), ya que todo paciente con fractura craneal tiene un gran riesgo de daño cerebral (…)".

Solicitan una indemnización de 300.000 euros por los daños físicos causados a su hijo.

Acompañan a la reclamación copia de la documentación acreditativa de la representación, del Libro de Familia, de la resolución de reconocimiento de grado de minusvalía del hijo del 67%, de diversos informes médicos sobre la asistencia recibida, de informe médico de valoración del daño corporal de 29 de noviembre de 2009 y de informe médico forense emitido en las Diligencias Previas nº 1669/2008, seguidas ante el Juzgado de Instrucción nº 2 de xxxx1 frente al facultativo de guardia del Servicio de Urgencias del Hospital que atendió al menor. Estas diligencias fueron archivadas tras el Auto de la Audiencia Provincial de xxxx2 de 8 de julio de 2010, que también aportan, y que desestima el recurso de apelación interpuesto por los interesados contra el archivo decretado en la instancia.

Segundo.- Al expediente se han incorporado, además de la historia clínica, informe de 10 de mayo de 2011 del facultativo de guardia del Servicio de Urgencias del Hospital hhhh de xxxx1 que atendió al menor, de la Inspección Médica de 26 de septiembre de 2011 y dictamen pericial emitido a instancia de la compañía aseguradora el 26 de febrero de 2012.

Consta igualmente la interposición de recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo de Valladolid del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León.

Tercero.- El 14 de febrero de 2013 se concede trámite de audiencia a los reclamantes, sin que conste la presentación de alegaciones.

Cuarto.- El 17 de mayo se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Quinto.- El 13 de junio 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 presenta la reclamación (31 de marzo de 2011) hasta que se formula la propuesta de orden (17 de mayo 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.

3ª.- Concurren los reclamantes los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y se ha acreditado la representación en los términos por ella establecidos. 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. Tras el accidente acaecido el 6 de septiembre de 2008, el menor recibió el alta de rehabilitación, tras la estabilización de las secuelas, el 27 de julio de 2009. Si bien la reclamación se formuló el 3 de marzo de 2011, debe entenderse interrumpida la prescripción por la incoación del proceso penal mediante querella presentada el 11 de noviembre de 2008, que finalizó por Auto de la Audiencia Provincial de xxxx2 de 8 de julio de 2010.

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 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 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.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 20 de diciembre, 20 de marzo y 7 de marzo de 2007 y de 16 de marzo de 2005), 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 presentada.

En relación con la asistencia médica prestada, 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.

Los informes obrantes en el expediente muestran que el proceso asistencial fue correcto y se ajustó a los parámetros de la *lex artis ad hoc*. Así

queda reflejado igualmente en el Auto de la Audiencia Provincial de xxxx2 de 8 de julio de 2010, el cual, tras la valoración de la prueba practicada (entre ellas, el informe médico forense de 22 de junio de 2009 que concluye que la clínica que presentaba el paciente a su ingreso requería la realización de pruebas diagnósticas, como radiología y TAC, a fin de detectar lesiones) señala que "(…) como también ha quedado constatado el menor en todo momento se encontró bajo control médico, como así se desprende de lo declarado por las enfermeras en sus respectivas declaraciones testificales, primero asistido por el Doctor del turno de tarde hasta las 21 horas quien había llevado a cabo la exploración del menor y mandado practicar una analítica. Pasando a continuación la información sobre este paciente al doctor del turno de noche (…), quien sostiene que inmediatamente que se hizo cargo del paciente mandó realizar el TAC, dando aviso telefónico para ello a la radióloga, (en situación de guardia localizada, sin permanencia en el hospital), lo cual es corroborado por esta última.

»Y aun cuando los recurrentes tratan de centrar la imprudencia en base a que se produjo una demora en llevar a cabo la práctica de la prueba del TAC (lo que no pasa de ser tan sólo su propio criterio, puesto que no existe prueba o indicio alguno en que puedan sostener sus argumentos), mientras que cabe indicar que el facultativo imputado, entró de servicio a las 21:00 horas, (teniendo lugar a esa hora el cambio de turno, no a las 22:00 horas como se refleja en el escrito de querella), situando la radióloga la llamada telefónica requiriendo su presencia en el hospital para llevar a cabo el TAC sobre las 21:30 horas, pero puntualizando no poder precisar sobre este extremo, es decir, en todo caso estamos hablando de un intervalo máximo de tiempo de una media hora, a lo largo del cual se tomó la decisión por el imputado de llevar a cabo el TAC (cuando por otro lado, según informó la radióloga hubo un primer Glasgow 04 V4 M5 que no exigía que se practique con urgencia un scanner, sí la vigilancia, siendo en un segundo Glasgow 02 V2 M4 el cual ya sí era un elemento de alerta). A lo que se añade que durante este periodo de tiempo surgieron complicaciones en el menor, dado que, como se hace constar, empezó a convulsionar y fue necesario la sedación para poder llevar a cabo dicha prueba. Y encontrándose ya todo preparado, tanto el paciente sedado como la sala donde se iba a llevar a cabo la prueba, sobre las 21:50 o 21:55 horas llegó la radióloga. A lo que se añade que a largo de todo el período de tiempo el menor se encontró bajo una observación continua por indicación del médico ahora imputado, según se afirma por la enfermera.

»Es decir, en modo alguno puede hablarse de un error de diagnóstico debido a una manifiesta falta de atención o cuidado, ni dejación, por descuido de la atención que el paciente requería (…)".

En este sentido, la Inspección Médica explica que "El paciente es llevado al Hospital hhhh de xxxx1 por haber presentado un TCE, es decir, ha sufrido el efecto de un agente externo sobre las estructuras craneales.

»Clínicamente los síntomas son variados existiendo una escala de valoración de los TCE, universalmente aceptada, denominada de Glasgow (Glasgow Coma Scale) que valora la apertura de ojos (o), mejor respuesta motora (M), respuesta verbal (V), las puntuaciones van de 3 a 15 y se catalogan de TCE leves entre 14/15 puntos. TCE moderados 9-13 puntos y TCE graves 8 puntos o menos.

»Otros elementos de diagnóstico como son la RX de cráneo se utilizan para ver posibles líneas de fractura, en este sentido existen algunos protocolos que consideran hacer RX de cráneo y otros protocolos que consideran que tiene escaso valor para detectar lesiones intra-craneales, existiendo como norma que entre 2-14 años se evite la RX con Glasgow 14 para no radiar al paciente.

»Por último el TAC está indicado cuando se produce un deterioro de la clínica del paciente o bien si en RX de cráneo se detecta línea de fractura.

»En el caso que nos ocupa se practica un TAC al comprobar que se produce un deterioro neurológico en el paciente ya que éste se encontraba en observación en la zona de urgencias del hospital".

Con base en ello la Inspección concluye que "En este caso observamos que se ha seguido un protocolo de actuación adecuado detectando la posible afectación neurológica y por tanto manteniendo ingresado al paciente en observación en espera vigilada, no dando de alta al paciente y así poder tomar las medidas diagnósticas oportunas al producirse los primeros indicios de deterioro neurológico del paciente, realizándole TAC urgente de forma inmediata y éste a su vez indicar la lesión intracraneal subsidiaría de intervención quirúrgica, que hizo que se pusiera al paciente en estado de

evacuación de forma inmediata, siendo operado en el Hospital de Vitoria a la máxima brevedad posible.

»En este caso el Servicio de Urgencias del Hospital hhhh de Miranda ha sido capaz de detectar la gravedad, la urgencia del proceso, realizando un diagnóstico preciso y precoz y posteriormente poner al paciente en situación de evacuación para poder trasladarlo al centro adecuado que pudiera realizar el correcto tratamiento".

Del mismo parecer participa el dictamen pericial incorporado al expediente que entre sus consideraciones señala que "(…) En el caso que nos ocupa se trata de un paciente ingresado en Urgencias tras sufrir un traumatismo craneal, con un cuadro de somnolencia inicial y Glasgow de 13 puntos, pero con respuesta verbal adecuada a preguntas, que en el transcurso de dos horas sufrió un empeoramiento neurológico, diagnosticándose con TAC urgente un hematoma epidural por el que fue trasladado a un centro neuroquirúrgico e intervenido de forma urgente. El paciente ha sufrido como secuela fundamental una hemiplejia izquierda por lesión isquémica del hemisferio cerebral derecho.

»Una vez evaluados todos los informes aportados consideramos que todas las actuaciones médicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, han sido totalmente correctas sin evidencias de mala praxis o actuación médica contraria a la *lex artis*. El paciente presentaba somnolencia y fue mantenido en observación para evaluar su evolución clínica. En cuanto se manifestó un empeoramiento del estado neurológico se realizó TAC urgente. El tiempo transcurrido entre la valoración inicial en urgencias y la realización del TAC fue de aproximadamente dos horas. Una vez diagnosticado el hematoma epidural se procedió el traslado a un centro neuroquirúrgico, desconociéndose el tiempo transcurrido hasta la intervención quirúrgica, aunque en base a los informes se presume que el traslado y la intervención se realizó en el tiempo más rápido posible con los medios técnicos y humanos disponibles.

»Con la exploración neurológica inicial del paciente, sin focalidad neurológica y con respuesta verbal adecuada, no hay indicación absoluta de realizar TAC de cráneo inmediato. La actuación de evaluar de forma continuada al paciente en la urgencia con repetición de la exploración neurológica nos parece correcta. Muchas lesiones intracraneales postraumática no se visualizan

en un TAC inmediato tras el traumatismo, y se van desarrollando de forma progresiva en las horas posteriores. Así mismo, puede producirse un hematoma epidural autolimitado o sin deterioro neurológico, que no requiere intervención urgente neuroquirúrgica, sino reevaluación clínica y radiológica periódica. En este paciente el seguimiento clínico fue estricto y minucioso, pues al evidenciarse el deterioro clínico se realizó el TAC craneal de forma inmediata.

»Una vez diagnosticado el hematoma epidural el paciente fue trasladado de forma urgente en UVI móvil al Hospital de xxxx3, que era el hospital más cercano con Servicio de Neurocirugía, para ser intervenido quirúrgicamente. Por tanto el traslado era imprescindible, se realizó diligentemente y en poco tiempo, debido a la cercanía entre el Hospital de xxxx1 y el de xxxx3 (aproximadamente menos de 20 minutos).

»Por todo lo anterior no consideramos justificada la reclamación".

A la luz de todo lo expuesto y de los datos y las consideraciones recogidas en los informes obrantes en el expediente, ha de entenderse que se prestó una asistencia médica correcta y que no es posible apreciar la relación causal entre el daño invocado y el funcionamiento del servicio público, necesaria para generar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

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 como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxx y Dña xxxx1, representados por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo cccc.

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