CONSEJO CONSULTIVO
DE CASTILLA Y LEÓN

Sr. Amilivia González, Presidente

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

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 12 de septiembre de 2013, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx1,* 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 31 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 por Dña. xxxx1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxxx2.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 9 de agosto de 2013, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 620/2013, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Rey Martínez.

Primero.- El 30 de agosto de 2011 Dña. xxxx1 presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxxx2.

En dicho escrito expone que el 31 de julio de 2010 acudió al Servicio de Urgencias del citado Complejo Asistencial aquejada de una progresiva debilidad en los miembros superiores e inferiores y acompañada de un proceso diarreico, que relacionó con el síndrome de Guillain-Barré sufrido catorce años antes. Le diagnostican una crisis de ansiedad y, tras volver nuevamente a Urgencias horas más tarde, le confirman el diagnóstico emitido y la remiten para seguimiento por parte del médico de Atención Primaria. Al día siguiente acuden a Urgencias del Hospital hhhhh donde comprueban que está padeciendo un nuevo episodio de dicho síndrome y proceden a su ingreso hospitalario hasta el 30 de agosto en que se produce el alta. Añade que su situación no ha mejorado desde la fecha del alta, que debe utilizar una silla de ruedas para los desplazamientos y muestra imposibilidad para realizar cualquier actividad normal, por lo que se le ha reconocido un grado de discapacidad del 78%.

Considera que el manifiesto error de diagnóstico y la ausencia de tratamiento en el momento oportuno es causa de su situación física actual. Solicita una indemnización total de 790.172,82 euros más los intereses legales desde la fecha del alta y adjunta copia de informes médicos y de la resolución de reconocimiento de grado de minusvalía.

Segundo.- Al expediente se incorpora, además de la historia clínica, informes de la Sección de Neurología y del Servicio de Urgencias del Hospital de xxxx2 que atendió a la paciente, dictamen médico, realizado a instancia de la compañía aseguradora de la Administración, y el informe de la Inspección Médica, de 14 de marzo de 2012, que concluye que de la documentación obrante en el expediente se deduce que el resultado de las exploraciones realizadas en el Servicio de Urgencias el día 31 de julio de 2010 podría ser compatible con las secuelas establecidas 14 años antes, eran poco específicas y acordes con la situación de un paciente que está con un síndrome diarreico. No se objetivaba en la exploración neurológica la disminución de fuerza que la paciente refería. Por lo tanto, la actuación puede considerarse correcta.

Tercero.- El 29 de mayo de 2012 se interpone, en representación de la interesada, recurso potestativo de reposición contra la denegación por silencio administrativo de la reclamación, respecto del que se declara el desistimiento al no haberse subsanado el defecto de falta de acreditación de la representación.

Cuarto.- Consta en el expediente escrito de 1 de octubre de 2012,

firmado por el Jefe de Servicio de Inspección, en el que se comunica el rehúse de la petición indemnizatoria por la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil.

Quinto.- Concedido trámite de audiencia a la reclamante, presenta escritos en los que reitera la pretensión indemnizatoria.

Sexto.- El 20 de junio de 2013 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Séptimo.- El 9 de julio 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 (30 de agosto de 2011) hasta que se formula la propuesta de orden (20 de junio 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 reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992.

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 planteada.

La reclamante considera que existió un manifiesto error de diagnóstico y que la ausencia de tratamiento en el momento oportuno es la causa de su situación física actual.

El informe de la Inspección Médica, sin embargo, avala la adecuación de las actuaciones sanitarias llevadas a cabo. De los informes obrantes resulta que se trata de una paciente, de 34 años de edad, que había sufrido en 1994 un síndrome de Guillain Barré, con secuelas neurológicas que consistían en la debilidad para la flexoextensión en ambos pies, por lo que utilizaba dos férulas antiequino para poder caminar.

En la mañana del 31 de julio de 2010 acude al Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial de xxxx2 refiriendo debilidad en las cuatro extremidades de unas horas de evolución, coincidente con cuadro diarreico desde hacía una semana. En la exploración neurológica realizada no se encuentran déficits sobreañadidos a los que ya presentaba como secuelas del primer episodio que sufrió en 1994. Se le realizó análisis de sangre, gasometría venosa, test de gestación, radiografía de tórax y ECG, todo ello con resultados normales. La paciente fue dada de alta a su domicilio con el diagnóstico de crisis de ansiedad. Acudió de nuevo horas más tarde a Urgencias refiriendo persistencia de la sintomatología. En esta ocasión se realizó TAC craneal que resultó normal y se consultó con Psiquiatría ante el miedo y angustia mostrado por la paciente. Le confirman el diagnóstico previo y es dada de alta a su domicilio con tratamiento ansiolítico, control por su médico de Atención Primaria y volver si hay complicaciones.

Ante su empeoramiento, al día siguiente acude a urgencias del Hospital hhhhh, donde había sido atendida del primer episodio del síndrome de Guillain-Barré, y constatan que padece de nuevo dicho síndrome. La ingresan, le realizan tratamiento intravenoso y permanece ingresada hasta el 30 de agosto continuando tratamiento rehabilitador y revisiones periódicas en el Complejo Asistencial de xxxx2.

La Inspección Médica señala que el síndrome de Guillain-Barré recidivante es muy raro, entre el 2 y 10%, en la mayoría de las series se indica el 3%. Los que suelen recidivar son variantes diferentes al caso de la reclamante. Por ello concluye que de la documentación obrante en el expediente se deduce que el resultado de las exploraciones realizadas en el

Servicio de Urgencias el día 31 de julio de 2010 podría ser compatible con las secuelas establecidas 16 años antes y eran poco específicas y acordes con la situación de un paciente que está con un síndrome diarreico. No se objetivaba en la exploración neurológica la disminución de fuerza que la paciente refería. Por lo tanto, la actuación puede considerarse correcta.

En el mismo sentido se expresa el dictamen de la compañía aseguradora al señalar que el síndrome de Guillain-Barré es la polineuropatía aguda más común en nuestro medio, no obstante es un proceso infrecuente con una incidencia de 1-2 casos por cien mil habitantes/año. La etiopatogenia no se conoce con seguridad, pero cada vez hay más pruebas que consideran que se trata de un proceso autoinmune. No existe ninguna prueba complementaria o dato clínico que por sí sola permita realizar el diagnóstico, por ello se recurre a los criterios clínicos y en la actualidad no tiene tratamiento curativo.

Añade el dictamen pericial que el presente es un caso excepcional ya que se enmarca dentro de una recurrencia de un síndrome de Guillain-Barré ocurrido 16 años después del primer episodio. A la dificultad diagnóstica que en medicina ya entrañan los procesos extremadamente infrecuentes hay que añadir la que supone que la enfermedad incide sobre una paciente que ya presenta secuelas del anterior episodio (debilidad distal en las piernas, atrofias musculares y arreflexia) que enmascaran los nuevos signos clínicos del proceso que se está desarrollando. Los tratamientos que han demostrado algún beneficio en la evolución de la enfermedad se comienzan a administrar dentro de las dos primeras semanas desde el inicio del déficit motor, pero no está científicamente establecida su utilidad en las recurrencias, como es el caso, y tampoco se conoce con certeza si, iniciado el tratamiento dentro de estas dos primeras semanas, habría diferencias objetivas en la evolución si se hiciera en las primeras 24 horas en vez de las 48 horas, como ocurrió en el presente supuesto. En definitiva, concluye que puede afirmarse que, considerando la evidencia científica que sobre esta rara enfermedad existe en la actualidad, la demora de unas 24 horas en alcanzar el diagnóstico definitivo no puede considerarse la responsable de las secuelas neurológicas que actualmente padece la paciente, que únicamente son atribuibles a la evolución desfavorable de la propia enfermedad.

Según se desprende del expediente, la asistencia médica prestada en el Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial de xxxx2 fue adecuada, sin

perjuicio de que no se consiguiera en ese momento llegar al diagnóstico. No hay que olvidar la finalidad del Servicio de Urgencias, que como es sabido "está principalmente orientado a aliviar la sintomatología que presenta el paciente en el momento de la actuación médica y administrar el tratamiento adecuado para dicha sintomatología, no pudiéndose en ocasiones llegar al diagnóstico preciso en esta fase de la asistencia, sino en una posterior, dentro del contexto del seguimiento y control del cuadro clínico".

En consecuencia, no cabe apreciar responsabilidad patrimonial de la Administración Pública y, por tanto, 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 como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxxx2.

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