



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. Besteiro Rivas, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 31 de marzo de 2004, ha examinado el *expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por D. yyyyyy yyyyyy yyyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxxx xxxxxx*, 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 8 de marzo de 2004 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre *el expediente de responsabilidad patrimonial por la reclamación presentada a instancia de D. yyyyyy yyyyyy yyyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxxx xxxxxx xxxxxxxxxx, como consecuencia de los daños y perjuicios producidos por la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre, fallecido, D. cccccccccccccccc*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 9 de marzo de 2004, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 154/2004, 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.-** El 14 de agosto de 200x D. cccccccccccc, de 74 años de edad y con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia e infarto agudo de miocardio, ingresa con carácter de urgencia en el Hospital



hhhhhhhhhhh (xxxx), debido a un cuadro de dolor inguinal derecho intenso que se irradiaba al resto de abdomen, acompañado de palidez, sudoración profusa, hipotermia, semiinconsciencia y manifestando que "se moría".

Es atendido en el Servicio de Urgencias, presentando tensión arterial de 56/36 y frecuencia cardíaca de 123 l/mm. Está consciente, pálido, sudoroso e impresiona de gravedad. Se le realiza un TAC abdominal con y sin contraste, detectándose un gran aneurisma de aorta abdominal por debajo de la salida de la arteria mesentérica superior que afecta a la bifurcación de arterias renales con una ligera disminución del flujo en la arteria renal; este aneurisma continúa después de la bifurcación aórtica hasta ambas ilíacas. Hay signos de rotura del aneurisma en su parte superior y presencia de contraste entre ambas capas de la aorta.

**Segundo.-** El diagnóstico es: aneurisma abdominal, shock secundario e insuficiencia renal (anuria). El cirujano de guardia observa mala perfusión periférica, tensión arterial 55/30, 78 l/mm, abdomen distendido con una masa palpable pulsátil en hemiabdomen derecho y diagnostica aneurisma aórtico figurado y una situación calificada como catastrófica. Se le ingresa en planta, en el Servicio de Cirugía General.

El 15 de agosto de 200x, a la 1:00 horas, se mantiene una conversación telefónica con el Servicio de Cirugía Vasculuar del Hospital uuuuuuuuu de xxxxx y se decide que, si el enfermo consiguiera estabilidad hemodinámica y diuresis durante 24 horas, se plantearía la posibilidad de trasladarle a xxxxx para ser intervenido en el Servicio de Cirugía Vasculuar.

A lo largo del día 15 de agosto de 200x el paciente no mejora, persistiendo la anuria. El día 16 de agosto de 200x fallece.

**Tercero.-** D. yyyyy yyyyy yyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxx xxxxx xxxxx, mediante un escrito presentado ante la Consejería de Sanidad y Bienestar Social el día 23 de julio de 200x, reclama que se repare el daño causado y calcula la cuantía de la indemnización en 150.000 euros. Entiende que se ha producido una actuación grosera, según la *lex artis ad hoc*, y que hay una clara relación causal entre el daño (fallecimiento) y la deficiente actuación.



**Cuarto.-** En el expediente se encuentra la historia clínica del paciente del Hospital hhhhhhhhhhh (xxxxx), así como:

- Informe de 15 de septiembre de 200x, del Dr. rrrrrrrrrr, del Servicio de Cirugía, en el que se afirma lo siguiente:

“Cuando se me avisa para valorar a D. cccccccccccc, me encuentro un enfermo en estado preagónico, causado por una patología (aneurisma de aorta abdominal fisurado que compromete arterias viscerales renales) con unas probabilidades de resolución quirúrgica prácticamente nulas.

»La intervención quirúrgica se planteó a los familiares, y repito, después de valorar las posibilidades de éxito de dicha actuación, se rechazó.

»Hubo comunicación con un cirujano vascular (Hospital uuuuuuuuu de xxxxxxx) que ratificó la opinión dada por mí a los familiares; si bien es cierto que recomendó que, si conseguíamos estabilidad hemodinámica y diuresis, trasladáramos al enfermo. Esta situación no se produjo, y por lo tanto, no se trasladó al enfermo. Toda esta información fue puesta a disposición de los familiares que lo entendieron perfectamente y dieron su aprobación verbal del plan a seguir. En estos términos hubo información continuada con la familia durante toda la tarde-noche (...).”

- Informe del Dr. ggggggggg, Jefe del Servicio de Cirugía, de 16 de septiembre de 200x, en el cual señala:

“(...) En dicha situación y mientras no se estabilizara hemodinámicamente no tiene indicación de cirugía electiva debido a que la mortalidad en ese momento es del 100% (...).”

**Quinto.-** La Inspección Médica, con fecha 14 de marzo de 200x, emite un informe señalando:

“1.- Que el paciente fue diagnosticado de gran aneurisma de aorta abdominal figurado con compromiso de arterias viscerales renales, englobando arteria mesentérica superior y llegando hasta arterias ilíacas. Secundariamente presentaba shock hipovolémico y anuria.



»2.- Que el pronóstico de los aneurismas aórticos se ensombrece con el aumento de su tamaño, la edad del enfermo y la coexistencia de otras patologías, especialmente la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica.

»3.- Que el 90% de los aneurismas de aorta abdominal, comienzan por debajo de las arterias renales y aproximadamente un 5% engloban a las A. Renales (caso de D. cccccccccccc). La rotura de un aneurisma aórtico abdominal entraña una elevada mortalidad. Un elevado porcentaje de los pacientes con rotura de aneurisma aórtico abdominal, fallece antes de llegar al hospital y muchos de los que llegan a él con vida están agonizando, con profundo colapso e insuficiencia renal.

»4.- Que en la intervención quirúrgica del aneurisma aórtico abdominal, la posición del clampaje en relación con las Arterias Renales es un factor importante, aumentando la incidencia del fracaso renal cuando el clampaje debe realizarse por encima de la bifurcación de las Arterias Renales, en aquellas situaciones en que el aneurisma aórtico engloba a las A. Renales.

»5.- Que según informa el Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital hhhhhhhh, Dr. gggggggggg, el enfermo se hallaba en estado de shock hipotensivo y anuria; y mientras no se estabilizara hemodinámicamente, no tenía indicación de cirugía electiva debido a que la mortalidad en ese momento era del 100%.

»6.- Que el Dr. rrrrrrrrr informo en todo momento a los familiares, verbalmente, de la situación clínica en la que se encontraba el paciente. Planteándoles la intervención quirúrgica, que fue rechazada por los familiares de D. cccccccccccc, después de valorar las posibilidades de éxito de dicha intervención. Igualmente les informo de la conversación mantenida con el Servicio de Cirugía del Hospital uuuuuuuu de xxxxx. Los familiares entendieron y comprendieron toda la información, dando su aprobación verbal del plan a seguir”.

**Sexto.-** A solicitud de la compañía de seguros, consta en el expediente el informe de los doctores mmmmmmm e nnnnnn, de fecha 29 de junio de 200x, en el cual se concluye:



“1.- D. cccccc ingresó en el Hospital de hhhhhhhhhh, en situación crítica, con el diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal fisurado.

»2.- El aneurisma englobaba las arterias renales y su fisura condicionaba una situación de shock acompañado de un fracaso renal agudo.

»3.- La mortalidad de la cirugía urgente del aneurisma de aorta abdominal supera el 50% y por las características del paciente y del aneurisma, en este caso concreto se situaba prácticamente en el 100%.

»4.- Se consultó, no obstante, con el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital uuuuuuuuu de Valladolid que ratifica la decisión tomada, aunque ofrece la posibilidad de traslado a su centro si se consigue estabilizar al paciente.

»5.- La familia estuvo en todo momento informada de la situación, entendiéndola tal información y no manifestando desacuerdo con las decisiones que se fueron adoptando.

»6.- No se consigue en ningún momento la estabilidad suficiente para realizar el traslado, presentando además un episodio de hematemesis que puede estar en relación con la rotura del aneurisma al tubo digestivo, sin poder descartar sangrado por úlceras de estrés.

»7.- No se repitieron determinaciones analíticas ni pruebas de imagen dada la mala evolución y que las mismas no hubieran cambiado la actitud.

»8.- No se aprecia mala praxis en las actuaciones analizadas”.

**Séptimo.-** El 1 de septiembre de 200x se notifica el trámite de audiencia a la interesada, sin que ésta formule alegaciones.

**Octavo.-** El 2 de febrero de 2004 el Director General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud firma la propuesta de resolución del expediente, considerando que debe desestimarse la reclamación.



**Noveno.-** La anterior propuesta es remitida, el 3 de febrero de 2004, a la Dirección General de Administración e Infraestructura de la Gerencia Regional de Salud. El día 10 del mismo mes, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de orden de la Consejería de Sanidad, desestimando la reclamación. Se basa en la consideración de que no hay nexo causal y en todo momento la actuación médica fue ajustada a la *lex artis*, no pudiendo hablarse de lesión o daño antijurídico.

**Décimo.-** El 19 de febrero de 2004 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden 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, si bien debe añadirse en la resolución que se dicte el correspondiente pie de recurso, en virtud de lo dispuesto en el artículo 8.3 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa. Además, hay que añadir la posibilidad de interponer recurso de reposición conforme a los artículos 116 y siguientes de la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y



61.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

**3ª.-** Concurren en la interesada los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la 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 Autónoma de Castilla y León.

La interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la referida Ley 30/1992. En efecto, consta que lo hizo con fecha 23 de julio de 2002, antes de transcurrir un año desde el fallecimiento de su padre (16 de agosto de 200x).

**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.-** Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de orden de 10 de febrero de 2004, del Director General de Administración e Infraestructuras, reflejado en sus fundamentos de derecho cuarto y quinto, que conduce a desestimar la reclamación del interesado.

Señala la citada propuesta que "(...) la asistencia ha sido ajustada a la *lex artis* (...). No ha existido desatención o dejadez asistencial que haya afectado a las posibilidades curativas del paciente. La asistencia se acomodó a su clínica y situación vital. Se asumió por todos una actitud más prudente que, a priori, ofrecía mayores posibilidades de éxito. Pero el paciente no consiguió estabilizarse hemodinámicamente y, finalmente, falleció".

Este Consejo considera que la propuesta ha hecho una acertada aplicación al caso de 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, que se ha ido perfilando 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 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/02, 82/02, 3657/02 y 3623/03), 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, la 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 y 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 lo tanto, según este criterio, 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 ésta, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

La doctrina expuesta, aplicada al caso que nos ocupa, conduce a la desestimación de la solicitud planteada. La reclamante, sin embargo, en defensa de sus intereses, sostiene en su escrito inicial (folios 1 a 6 del expediente) que hubo una "actuación grosera, según la *lex artis ad hoc*" y una deficiente actuación.

Pese a estas afirmaciones -en cualquier caso, formuladas por la parte reclamante y sin un aval técnico reconocido-, este Consejo considera probado que el tratamiento que se dio a D. ccccccccccccccc fue correcto, respetándose las reglas de la *lex artis ad hoc*.

La conclusión anterior se basa en el examen de la documentación obrante en el expediente, especialmente en los informes técnicos que



enjuician la actuación de los servicios médicos del Hospital hhhhhhhhhh de xxxxxxxxxxxx.

En primer lugar, cabe destacar que, a la vista de las actuaciones practicadas, la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil, tras estudiar la reclamación, consideró que no procedía acceder a la solicitud indemnizatoria (folio 31 del expediente).

Por otro lado, el informe oficial de la Inspección Médica sobre el caso (folios 20 a 27 del expediente) sienta la siguiente importante conclusión (además de las reflejadas en el antecedente de hecho quinto de este dictamen):

“A la vista de lo actuado y de lo expuesto, consideramos que no existen razones para adjudicar responsabilidad alguna a los profesionales que intervinieron en el tratamiento del paciente, dado que no se reconoce actuación médica contraria a normopraxis y por lo tanto no encontramos fundamento para la petición de indemnización solicitada por los reclamantes”.

Por último, completa los juicios técnicos anteriores el dictamen de los doctores mmmmmmm e nnnnnnnn, peritos médicos de la compañía de seguros zzzzzz, que finalizan las conclusiones indicadas en el antecedente de hecho sexto con el siguiente juicio:

“No se aprecia mala praxis en las actuaciones analizadas”.

A la vista de lo anterior, este Consejo llega a la conclusión de que en el presente caso se respetó en todo momento la *lex artis ad hoc*. Las alegaciones de la reclamante, argumentando que tal ley se violó (no avaladas por experto alguno), ceden frente a la rotundidad con que las opiniones técnicas señaladas dictaminan a favor de la corrección del tratamiento dispensado a su padre. Estos juicios tienen además la garantía de haber sido emitidos por profesionales médicos, bien en el ejercicio de la Inspección Médica (que aunque encuadrada en el aparato administrativo, se presume que actúa con independencia y objetividad), bien en el desempeño de la tarea de peritos médicos, con un detallado informe que sustenta su conclusión final.



Respetada, pues, la *lex artis*, en ningún caso la obligación de reparar puede recaer sobre la Administración conforme a todo lo expuesto más arriba. Además, en el caso que nos ocupa, dado el estado en que el paciente ingresó en el hospital y teniendo en cuenta las circunstancias concurrentes, cabe concluir, como hace la propuesta examinada en su fundamento de derecho cuarto, “que no hay relación causal entre la actuación médica y el fallecimiento”, añadiendo que “el daño deriva de la propia enfermedad de D. cccccccccc, que es tratado con los medios técnicos existentes que, no obstante, no pueden impedir el resultado que se produjo”. Estas conclusiones, en consecuencia, conducen 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 como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyyy yyyyy yyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxx xxxxx xxxxx, debido a los daños y perjuicios producidos por la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre, fallecido, D. cccccccccc.

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