



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero y
Ponente

Sr. Madrid 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 24 de mayo de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx y D. zzzzz*, 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 12 de abril 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 por D. xxxxx y D. zzzzz debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. vvvvv en el Hospital hhhhh de xxxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 16 de abril de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 360/2007, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, 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. Quijano González.

Primero.- El 27 de junio de 2005, D. xxxxx y D. zzzzz presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial por la muerte de Dña. vvvvv (36 años), hija y hermana de los reclamantes.

Los hechos en los que basan su reclamación pueden resumirse del siguiente modo, en el sentido en que son relatados por los interesados:



- El 12 de febrero de 2003, Dña. vvvvv, con antecedentes de esquizofrenia, siente molestias en el brazo izquierdo, perdiendo su movilidad. Acude al día siguiente a urgencias.

- El 14 de febrero acude al médico de cabecera, quien la remite a urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx; la exploran y presenta una disimetría en el brazo izquierdo. Le indican que las molestias son psicológicas.

- El 15 de febrero se cae en la bañera; acuden a urgencias del mismo hospital. El facultativo indica radiografías del brazo y análisis de sangre, y refiere que todo es normal y que es psicológico. Al insistir la paciente, acceden a hacerle el cardiograma y, según el facultativo, la paciente está bien. Insisten que todo es psicológico.

Dicen a continuación: "A pesar de que la sintomatología era neurológica y además progresiva, se descartó una patología orgánica sin realizar prueba alguna".

- El 17 de febrero empeora. En urgencias del referido hospital es explorada, le realizan un TAC, "la disimetría" y le inyectan suero en el brazo.

Alrededor de las 12 horas comunican que la van a ingresar, le vuelven a realizar la disimetría y solicitan muestra de orina. Después se rechaza el ingreso indicando que todo el problema es psicológico.

Esas son las únicas pruebas que le realizan.

Por parte del Servicio de Psiquiatría se les comunica que lo que hace la paciente es porque quiere, que se trata de un problema psicológico. Le dan el alta.

Concluyen: "En modo alguno se realizaron a la paciente pruebas adicionales a pesar de que la sintomatología era claramente neurológica: desorientación, caídas al suelo, alteración de la conducta..., no se le realizó EEG, ni punción lumbar con estudio cefalorraquídeo, ni siquiera se solicitó consulta para neurología".



- El 18 de febrero se encuentra peor. Acude el 061 y le realizan un electro. El 19 de febrero se produce el deterioro progresivo de su salud, que tampoco puede mover ya la pierna izquierda. Son remitidos a los servicios de urgencias; allí el equipo del Servicio de Psiquiatría "nos recibió muy molesto". Finalmente deciden ingresarla en la planta de psiquiatría.

Concluyen: "A partir de ese momento, no se tienen en cuenta de manera alguna las dolencias físicas de la paciente y no vuelven a realizarle ningún tipo de prueba hasta su fallecimiento. De hecho durante los días 22 y 23 de febrero, no se realiza ni siquiera una exploración a la paciente, ignorando por tanto su situación clínica durante los días previos a su fallecimiento".

- Describen los reclamantes la situación del ingreso, sin dar datos de especial relevancia.

- A continuación, señalan: "El día 24 de febrero acudimos a la planta de psiquiatría y el facultativo nos informó que ahora sí debía tener una dolencia física porque tenía 38° de fiebre, y nos dijo además que la paciente tenía esquizofrenia psicoafectiva, diagnóstico que conocíamos desde hacía 18 años. Nos comunicó que la iban a bajar a otra planta y que la estaban vistiendo. Después de la entrevista con el facultativo, pasamos a verla y la encontramos pálida, hablaba con mucha dificultad, como si le pesara la lengua y entrecortada nos rogó que no la dejáramos sola esa noche porque había pasado mucho frío, al parecer le habían dejado aislada por las continuas quejas. Le pedimos que no hablara y que descansara y de repente, volvió los ojos para arriba y dejó de respirar.

»Enseguida salimos a avisar a las enfermeras, estas intentaron la reanimación pero sin ningún resultando, falleciendo la paciente en ese mismo momento del día 24 de febrero de 2005 (sic).

»A la vista de los resultados del informe del Servicio de Histopatología resulta objetivable que la causa de la muerte de vvvvv fue neurológica pues en modo alguno se encuentran lesiones cardiacas en el estudio anatomopatológico. Es más textualmente se informa:

»Encefalo: ligero edema cerebral.



»Pulmones: congestión, edema, aspiración alimentaria y antracosis leve.

»Corazón: sin lesiones microscópicas significativas en coronarias, miocardio ni válvulas.

»El edema cerebral y la congestión pulmonar con signos de neumonía por aspiración indican respectivamente una alteración neurológica que pasó inadvertida y de una pulmonía provocada por el paso de alimentos al árbol respiratorio, que también pasó sin diagnosticarse”.

Los reclamantes indican que interpusieron una denuncia por los hechos y se incoaron las diligencias previas 888/2003, de las que conocería el Juzgado de Instrucción nº xx de xxxxx, que finalizaron mediante Auto de Archivo de 3 de mayo de 2005.

Consideran finalmente:

“No existió un diagnóstico correcto desde el principio, atribuyendo todo el cuadro clínico que presentaba la paciente a una simulación por parte de la misma caprichosa, y tanto es así que fue ingresada en el Servicio de Psiquiatría del Hospital.

»A pesar de que los síntomas eran claramente neurológicos, en ningún momento fue examinada por un neurólogo lo que demuestra la falta de previsión en el seguimiento de la enferma. Tampoco se consideraron otros posibles diagnósticos como encefalitis, status epiléptico no convulsivo, insuficiencia vasculocerebral.

»Este error de diagnóstico llevó consigo a un error en los tratamientos médicos prescritos y en todo el seguimiento de la enferma. Y ese error de diagnóstico inexcusable no tuvo otra causa que el hecho de que los servicios públicos no realizaran las exploraciones correctas que hubieran diagnosticado su problema a tiempo para con el tratamiento adecuado haber salvado su vida”.

Además, entre otros aspectos sobre lo que consideran inadecuada asistencia, dicen: “Debieron realizarse más pruebas diagnósticas, que hubieran



facilitado el diagnóstico de la patología, pudiendo haberse iniciado el tratamiento adecuado y eficaz que hubiera evitado el fallecimiento”.

Reclaman una indemnización de 450.000 euros, aportando diversa documentación médica, y también Auto de 3 de mayo de 2005 de la Audiencia Provincial de xxxxx, confirmando el archivo de la causa penal.

Segundo.- El relato o versión de los hechos de la Inspección Médica es el siguiente:

“Primer episodio de demanda de tratamiento: Los reclamantes refieren que el 12-Febrero-2003, la paciente presentaba molestias en el brazo izquierdo con pérdida de movilidad. El 13-Febrero-2003 es atendida en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de la calle xxxxx y el día 14-Febrero-2004 por su médico de cabecera, que la remite al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx. No hay constancia documental de que la paciente acudiese en dicha fecha al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx.

»Segundo episodio de demanda de tratamiento: Los reclamantes refieren que tras una caída en la bañera el 15-Febrero-2003 la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx. No se detecta fractura, y la analítica y ECG eran normales. Las pruebas realizadas en el Hospital no evidenciaron patología orgánica/psiquiátrica tributaria de ingreso hospitalario.

»Tercer episodio de demanda de tratamiento: El 17-Febrero-2003 la paciente (según refieren los reclamantes) se siente peor y acude a los Servicios de Urgencias del Centro de Salud de la calle xxxxx, derivándola al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx. La paciente insiste en su demanda de ingreso hospitalario y en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx existe constancia documental de la atención recibida. Tras la realización de varias pruebas diagnósticas y consulta por diversos profesionales médicos se da de alta a la paciente al considerar que no presenta un cuadro orgánico agudo, ni que presentara psicopatología aguda que justificase el ingreso hospitalario en la unidad de Psiquiatría, tal como se refiere en el informe del Servicio del Hospital hhhhh de xxxxx.

»Cuarto episodio de demanda de tratamiento: Los familiares señalan que demandaron tratamiento al 091/061 y a su médico de cabecera el



18-Febrero-2005. El 19-Febrero 2003 demanda de nuevo asistencia al 061, siendo remitida al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx, y posteriormente ingresada en el Servicio de Psiquiatría.

»Estancia en el Servicio de Psiquiatría del Hospital hhhhh de xxxxx: La paciente permanece en la planta de psiquiatría desde su ingreso el 19 de Febrero hasta su fallecimiento el 24 de Febrero de 2003:

»•Durante su estancia en el Servicio de Psiquiatría el Dr. ddddd, refiere en su informe, que la paciente presenta distinta sintomatología compatible con el cuadro psicótico que padece y que cursa con alteración del curso del pensamiento, tanto sintomatología positiva, como sintomatología negativa. La estrategia terapéutica señalada por el Dr. ddddd incide en no iniciar tratamiento antipsicótico específico y en la observación de la conducta de la paciente, puesto que se había descartado patología orgánica.

»•El día 23-02-2003 la paciente precisó sujeción física a la cama así como aislamiento de otros pacientes. Ese mismo día se le volvieron a solicitar nuevos análisis y una consulta al Servicio de Neurología. Acudieron sus familiares a visitarla, produciéndose el fallecimiento estando sujeta a la cama y delante de sus familiares”.

Tercero.- En el expediente figuran diversos documentos, entre los cuales cabe destacar:

- Documentos de la historia clínica.
- Informe de 17 de octubre de 2005 del Dr. ddddd, del Servicio de Psiquiatría.
- Informe de 10 de octubre de 2005 del Dr. ppppp, FEA de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx.
- Informe de 3 de octubre de 2005 del Dr. ccccc, del mismo Servicio.
- Informe de 10 de octubre de 2005 de la Dra. bbbbb, del Servicio de Medicina Interna.



- Informe de 21 de noviembre de 2005 de la Inspección Médica; con las siguientes conclusiones y propuesta:

“Por todo lo anteriormente expuesto se concluye: i) que la paciente fue atendida en cuantos servicios asistenciales acudió dependientes del Sacyl, ii) que no se ha producido «un error en el diagnóstico y posterior tratamiento», como los reclamantes señalan. Es más se realizaron cuantas pruebas diagnósticas y exploraciones fueron precisas, y se consultó a cuantos profesionales sanitarios se consideró oportuno, iii) que la paciente y familiares fueron informados adecuadamente y iv) que a pesar del lamentable fallecimiento de la paciente, no ha existido una defectuosa asistencia por parte de los servicios sanitarios del Hospital hhhhh en relación a la actuación sanitaria con Doña vvvvv”.

De las consideraciones cabe resaltar los siguientes párrafos:

“Es comprensible la preocupación de los familiares y las quejas referidas por la paciente al sentirse peor, si bien todos los informes profesionales y pruebas realizadas no indican una patología orgánica/psiquiátrica que justifique un ingreso hospitalario los días 15 y 17 de febrero de 2003 cuando acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx.

»Durante su ingreso en el Servicio de Urgencias y posteriormente en el Servicio de Psiquiatría a partir del día 19 de Febrero de 2003 hasta su fallecimiento en dicho Hospital el 24-Febrero-2003, la paciente es sometida a diversas pruebas y exploraciones. Asumiendo la falta de una causa orgánica, que diversos profesionales médicos señalan, que explique las quejas y déficit referidos por la paciente (aparte quizás de su propia enfermedad), dada la profunda desestructuración de la función cognitiva de estos pacientes, y conocida la complejidad de las enfermedades mentales y en particular de la esquizofrenia, es perfectamente adecuada la estrategia terapéutica de observación del proceso con el fin de conocer si el déficit funcional que refiere la paciente pudiera tener un componente emocional, conversivo o de simulación, tal como señala en su informe el Dr. ddddd. (...).



»El estudio necrópsico no permite establecer la causa primaria de la mortalidad, tal como señalan igualmente en sus informes los Dres. cccccc y bbbbbb”.

- Informe de los doctores gggggg, qqqqqq, mmmmmm y wwwwww, de 14 de febrero de 2006, con las siguientes conclusiones:

»1. D^a vvvvvv presentaba un cuadro psiquiátrico de larga evolución compatible con una esquizofrenia.

»2. Había precisado varios ingresos previos, y realizado un seguimiento irregular de su proceso psiquiátrico.

»3. En el mes de febrero solicitó asistencia urgente en diversas ocasiones por un cuadro de «parálisis» de miembros izquierdos.

»4. Tanto la evaluación clínica, como la completa batería de pruebas complementarias realizadas confirmaron la impresión de que el origen de la sintomatología de la paciente era funcional.

»5. Al poco tiempo la paciente ingresa en el Servicio de Psiquiatría del Hospital hhhhh de xxxxx, al persistir la sintomatología. La valoración realizada nuevamente confirma la impresión de que el origen de la sintomatología es psiquiátrico, en todo caso se realizaron análisis y electrocardiograma que una vez más no demostraron alteraciones (folio 66).

»6. A los 5 días de su ingreso y tras presentar un pico febril presenta un episodio de muerte súbita, sin que en la autopsia se encuentren hallazgos que permitan determinar con claridad la etiología de dicho fallecimiento.

»7. La actuación de los profesionales de la urgencia médica del Hospital hhhhh de xxxxx fue correcta, realizando una completa valoración de la paciente, que permitió descartar la presencia de una patología orgánica subyacente que requiriera tratamiento. Este planteamiento se ve confirmado por el resultado del estudio necrópsico”.

De las consideraciones médicas de este informe puede destacarse:



“Lo cierto es que no hemos dispuesto de las hojas de los informes de urgencias en los que consta dicha valoración pero por la documentación aportada podemos afirmar:

»- Efectivamente la paciente fue valorada desde el punto de vista médico, al parecer por más de un profesional (folios 18, 19, 24, 37, 65, 66, 68, 69 y 70).

»- Se realizó una completa valoración de la enferma.

»- Mediante la anamnesis y la exploración física ya parecía claro que el origen de los síntomas de la paciente podía ser una somatización o trastorno funcional. Es decir un síntoma físico, cuya etiología no es una enfermedad física sino un trastorno psiquiátrico o psicológico.

»Pese a lo anterior se realizó una completa valoración de la paciente desde el punto de vista de realización de pruebas complementarias que incluyeron análisis, radiografía de tórax, electrocardiograma y TC cerebral, que no detectaron anomalías. La paciente no presentaba ningún otro dato ni en la clínica ni en la exploración física que requiriera la realización de otras pruebas complementarias, siendo suficiente con las que hemos mencionado para descartar de entrada la presencia de una patología estructural (especialmente a nivel del sistema nervioso central) como causa de la sintomatología de la misma.

»Por otro lado, en el estudio de la autopsia no se consigue identificar una causa clara que justifique el fallecimiento de la paciente”.

Y así mismo:

“Nos encontramos, en nuestro criterio, ante un caso de muerte súbita, entendiendo como tal aquella que acontece menos de 1 hora después del inicio de los síntomas”.

- Informe, de 13 de enero de 2006 del Dr. fffff, Jefe de Sección de la Unidad de Internamiento del Hospital xxxx de xxxxx, con la siguiente conclusión: “la actuación por parte del Servicio de Psiquiatría fue correcta”.



De las consideraciones cabe resaltar: “La necropsia no ha sido capaz de establecer una clara causa de muerte y los niveles de fármacos hallados en sangre estuvieron en límites normales”.

Cuarto.- Tras practicarse el trámite de audiencia, el 21 de agosto de 2006, los reclamantes presentan un escrito de alegaciones en el que reiteran su solicitud, insistiendo de forma extensa en que la finada padecía una patología neurológica que no fue detectada –a pesar de los síntomas de paresias– por los servicios médicos, especialmente el de urgencias. Se remiten al respecto a la declaración judicial del Dr. ttttt, en el sentido de que deberían haber efectuado otras pruebas además del TAC.

Quinto.- El 9 de marzo de 2007, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de resolución, formulada en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

Sexto.- El 15 de marzo de 2007 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, sustancialmente, 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. Obviamente debe reprocharse la extraordinaria tardanza en la resolución del procedimiento, retraso grave a todas luces, que ha de ser objeto de especial censura.

3ª.- Concurren en los interesados 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. Aunque el procedimiento se inició antes de la fecha de efectividad del traspaso de competencias a la Comunidad de Castilla y León, conforme a repetido criterio expuesto por este Consejo, ha de resolver finalmente la Administración autonómica.

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, 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.

5ª.- Los interesados 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.

Entrando en el fondo del asunto, este Consejo considera, a la vista de la documentación obrante en el expediente, que ha de ser desestimada la reclamación planteada.

El asunto en cuestión exige la aplicación 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 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, pues de la documentación obrante en el expediente se desprende, a juicio de este Consejo Consultivo, que no hay prueba suficiente para considerar infringidos los parámetros entre los que se desenvuelve la *lex artis*.

Al respecto cabe efectuar las siguientes consideraciones:

- Pese a que los reclamantes insisten en que su hija y hermana padecía una patología neurológica que debió ser detectada por los servicios médicos en los diferentes ingresos que realizó la paciente, especialmente en urgencias entre los días 12 a 19 de febrero de 2003, ciertos informes médicos que constan en el expediente hacen difícil compartir esa afirmación.

Así, el informe de la Inspección Médica termina diciendo lo siguiente: "Que no se ha producido «un error en el diagnóstico y posterior tratamiento», como los reclamantes señalan. Es más se realizaron cuantas pruebas diagnósticas y exploraciones fueron precisas, y se consultó a cuantos profesionales sanitarios se consideró oportuno".



Y además concluye también: “Que a pesar del lamentable fallecimiento de la paciente, no ha existido una defectuosa asistencia por parte de los servicios sanitarios del Hospital hhhhh en relación a la actuación sanitaria con Doña vvvvv”.

Por otro lado, el informe de los doctores ggggg, qqqqq, mmmmm, y wwwww dice en su conclusión número 7:

“La actuación de los profesionales de la urgencia médica del Hospital hhhhh de xxxxx fue correcta, realizando una completa valoración de la paciente, que permitió descartar la presencia de una patología orgánica subyacente que requiriera tratamiento. Este planteamiento se ve confirmado por el resultado del estudio necrótico”.

- Debe resaltarse, desde otro punto de vista, que la documentación que figura en el expediente no permite afirmar que la causa de la muerte de la paciente fuera debida a la patología neurológica que los reclamantes aseguran que padecía y que dicen que no se le diagnosticó. Al respecto debe resaltarse que el informe de la Inspección Médica señala que “el estudio necrótico no permite establecer la causa primaria de la mortalidad”; y el informe de los doctores ggggg, qqqqq, mmmmm, y wwwww señala que “en el estudio de la autopsia no se consigue identificar una causa clara que justifique el fallecimiento de la paciente”.

Por último, el Auto de 3 de mayo de 2005 de la Audiencia Provincial de xxxxx, que confirmó el archivo de la causa, sí se pronuncia sobre la posible causa del fallecimiento, pero no lo relaciona con una patología neurológica, según entiende este Consejo, pues afirma en su fundamento jurídico primero que “la causa de la muerte debe establecerse, a falta de prueba en contrario que no se ha producido, en una arritmia cardíaca en relación con los efectos adversos del tratamiento con fenotiacinas, para el tratamiento de la enfermedad mental que padecía la fallecida”.

- En relación precisamente con el párrafo citado del susodicho Auto, cabe advertir que no hay datos que permitan afirmar que a la paciente se le suministraran por el Servicio de Psiquiatría fármacos que no fueran procedentes para tratar su situación mental, ni hay datos que permitan asegurar que las dosis empleadas fueran excesivas o incorrectas. Al respecto,



puede señalarse que el informe del Dr. fffff concluye que “la actuación por parte del Servicio de Psiquiatría fue correcta”.

- Respecto a las alegaciones de los reclamantes que se remiten a diversos documentos del proceso penal, hay que señalar que, aunque considerado aisladamente su contenido pudiera favorecer su tesis, hay que valorar el resultado final del citado procedimiento, que acaba con Auto –de 3 de mayo de 2005– confirmatorio del archivo de la causa, que incluye esta afirmación:

“La investigación, siguiendo las pautas marcadas por esta Sala, ha sido exhaustiva, abrumadora y no se ha podido concretar que nos encontramos ante una mala praxis”.

- Finalmente ha de resaltarse que aunque, teniendo en cuenta el contenido de alguno de los informes citados y las propias alegaciones de los reclamantes, resultara que falta algún documento de la historia clínica –bien por no constar en el expediente, bien por no conocerse su existencia–, el Consejo entiende que la documentación remitida es suficiente para emitir el presente dictamen, y que la circunstancia comentada no impide formarse una idea adecuada del caso en cuestión.

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 por D. xxxxx y D. zzzzz debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. vvvvv en el Hospital hhhhh de xxxxx.

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