



Sr. Madrid López, Presidente en funciones

Sr. Estella Hoyos, Consejero
Sr. Fernández Costales, Consejero y Ponente

Sr. Pérez Solano, Consejero
Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 21 de febrero de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx*, 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 22 de enero de 2008 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. xxxxx, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. ppppp en el Hospital "hhhhh" de xxxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 24 de enero de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 66/2008, 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 el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Fernández Costales.

Primero.- Con fecha 23 de septiembre de 2004, tiene entrada en el registro de la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en xxxxx, una reclamación de responsabilidad patrimonial suscrita por Dña. xxxxx, por los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. ppppp, de 80 años de edad.



La reclamante relata los hechos del siguiente modo:

“El día 20 de marzo de 2004 a las 13.00 horas ppppp, mi padre (...) ingresó por Urgencias en el Hospital ‘hhhhh’ de xxxxx con un cuadro clínico de dolor abdominal, tos y diarrea. A lo largo de la tarde le fue diagnosticado un tumor de sigma, pendiente de biopsia, y por fin, a las 20.00 horas, tras pasar prácticamente todo el día en Urgencias, fue trasladado a la planta 9ª de Cirugía General falleciendo el 8 de abril debido, según el informe de alta, a una ‘insuficiencia cardiaca-renal con mala respuesta al tratamiento y empeoramiento progresivo de su función hasta producirse el exitus’ ”.

Tras describir el tratamiento recibido, concluye la parte reclamante argumentando que “Desde el principio el tratamiento médico aplicado no fue el adecuado a los síntomas que el paciente presentaba.

»Ante el fallecimiento de mi padre, la única explicación facilitada fue que ‘tenía muchos años y sufría de insuficiencia cardiaca y renal’. Los mismos doctores reconocieron que el tumor, bien localizado, no tuvo influencia alguna en la muerte y, sin embargo, en el informe de la Gerencia de Salud apenas se hace mención a dicha insuficiencia, agravada durante el internamiento y causa directa del fallecimiento”.

Solicita el pago de una indemnización de 33.169 euros y adjunta a la reclamación copia de diversos informes médicos.

Segundo.- Existe constancia en el expediente de la presentación, por la parte reclamante, de una queja ante el Procurador del Común de Castilla y León, así como de la práctica de una diligencia preliminar consistente en la “exhibición del historial clínico completo de Don ppppp” en el Hospital hhhhh de xxxxx, acordada por Auto de 22 de abril de 2005 del Juzgado de Primera Instancia nº 3 de xxxxx.

Tercero.- Figura en el expediente un informe de la Inspección Médica emitido el 14 de noviembre de 2005, del que merece destacarse lo siguiente:

“La presente reclamación se interpone al entender que se produce una dejadez y negligencia por el equipo médico que trató al paciente D. ppppp.



Considerando como daño producido el fallecimiento, ocasionado según la reclamación por dos hechos: 1- Una acción consistente en la aplicación de un tratamiento médico inadecuado y una no rectificación del mismo a pesar de su ineficacia. 2- Una omisión consistente en la no aplicación de medidas urgentes de carácter vital. En la reclamación se afirma que el motivo de ingreso del paciente no viene determinado por la diarrea sino por el catarro que aquejaba y las dificultades respiratorias; como cuadro clínico al que no se adecua el tratamiento prescrito el de: 'bajada de tensión arterial alarmante, hinchazón de brazos, piernas y vientre debida a la retención de líquidos por efecto de la insuficiencia renal y derrame pleural por tratamiento de la bronquitis con Mucosan'.

»D. ppppp era un paciente anciano con importantes antecedentes médicos entre los que destacaban los cardiovasculares y una insuficiencia renal. Las causas que motivan su derivación desde primaria al Servicio de Urgencias del Hospital de xxxxx son de dos tipos una de origen intestinal debidos al cuadro suboclusivo que le esta causando una neoplasia de colon y otra que tiene su base en una insuficiencia cardiaca congestiva responsable de su sintomatología respiratoria y de los edemas.

»Este paciente durante su ingreso fue tratado inicialmente con medidas conservadoras para resolver el cuadro suboclusivo que padecía y medicamente para intentar resolver la descompensación de su insuficiencia cardiaca. De este modo el paciente es inicialmente tratado con oxigenoterapia y posteriormente con diuréticos e inotrópicos (digital), tratamiento indicado en la insuficiencia cardiaca padecida por el paciente. Desgraciadamente la importante hipertensión arterial pulmonar que se detecta en este paciente, la disfunción en la contracción del ventrículo izquierdo con disminución de fracción de eyección secundaria a cardiopatía isquémica, la insuficiencia renal y el síndrome anémico de este enfermo junto con su avanzada edad, explican el que su organismo no sea capaz de compensar la situación de insuficiencia cardiaca padecida, a pesar del tratamiento, y lleve a una situación de fallo cardiaco irreversible. Situación que coloca al paciente en un estado preterminal en el que no cabe indicación de ninguna medida extraordinaria, que sólo llevaría a prolongar innecesariamente el sufrimiento de un paciente abocado al fallecimiento”.

Como conclusiones de este informe, se recogen las siguientes:



“- Los procesos patológicos que motivan el ingreso del paciente D. ppppp consisten en un síndrome suboclusivo y una insuficiencia cardiaca congestiva. Insuficiencia cardiaca la que como causas determinantes tiene la hipertensión arterial pulmonar y la cardiopatía isquémica tipo IAM antiguo padecidas por el enfermo. Y como posible causa precipitante la repercusión que sobre su delicado estado de salud tuvo que tener la clínica de suboclusión de larga evolución producida por la neoplasia de colon que se le diagnostica a este enfermo.

»- Tanto la clínica suboclusiva como la insuficiencia cardiaca congestiva padecida por el enfermo fue objeto de tratamiento médico, que en el caso de la última incluyó oxigenoterapia, diuréticos e inotrópicos, tratamiento indicado para el tipo de patología padecida.

»- A pesar del mencionado tratamiento el cuadro de Insuficiencia cardiaca congestiva no se llega a compensar conduciendo a una situación de fallo cardiaco irreversible que lleva al paciente a una situación preterminal en el que no cabe ninguna medida de tratamiento extraordinaria.

»- En la ineficacia del tratamiento instaurado en la compensación de la IC padecida por el enfermo seguramente han tenido influencia los siguientes factores: la larga evolución de la cardiopatía que causaba una insuficiencia cardiaca crónica hasta ese momento compensada, la hipertensión arterial pulmonar grave-moderada padecida y la importante patología concomitante”.

Por otro lado, en un informe de la Asesoría Médica mmmmm, suscrito por especialistas en Medicina Interna y en Cirugía, basándose en todos los informes médicos obrantes en el expediente, se manifiesta lo siguiente:

“1. D. ppppp era un paciente de edad avanzada y afectado de múltiples patologías, lo que lo convertían en un paciente de alto riesgo y con una esperanza de vida razonablemente muy limitada.

»2. En una ecografía realizada a instancias del Servicio de Nefrología se detectó la presencia de un probable tumor intestinal, negándose al paciente a la práctica de una colonoscopia, que podría haber adelantado en unos meses el diagnóstico de tumor de sigma finalmente alcanzado.



»3. A primeros de febrero de 2004, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh1 por un cuadro de diarrea y anemia. Dado el buen estado general del enfermo se recomendó con acierto continuar su estudio de forma ambulatoria, no constando en la documentación aportada que el paciente solicitase cita con el especialista de digestivo como se le había recomendado.

»4. El 20 de marzo ingresa en el Servicio de Cirugía General por un cuadro obstructivo intestinal, realizándose en el momento del ingreso el diagnóstico de la causa de dicha obstrucción, que no es otra que una tumoración de sigma.

»5. El tratamiento pautado es el correcto a base de dieta absoluta y colocación de una sonda nasogástrica, para evitar las posibles complicaciones derivadas del cuadro obstructivo. La evolución del paciente fue favorable permitiendo la reintroducción de la dieta oral a los 6 días de su ingreso.

»6. Aunque al ingreso el paciente presentaba algunos datos sugestivos de la presencia de insuficiencia cardíaca, no consta que en los días siguientes existiese un empeoramiento en relación a esta patología, ni siquiera que el paciente refiriera sintomatología relacionada con la misma.

»7. No es hasta el 28 de marzo cuando el enfermo refiere haber presentado disnea la noche anterior. En ese momento se encontraba ya en tratamiento con diuréticos y había sido valorado por el cardiólogo. No se puede atribuir la insuficiencia cardíaca del enfermo, en nuestro criterio, al tratamiento con sueros suministrado al paciente; que por otro lado eran necesarios al permanecer este en dieta absoluta durante varios días.

»8. Dada la edad y el elevadísimo riesgo quirúrgico del enfermo se plantea a la familia la posibilidad de una intervención mínimamente invasiva y paliativa, como es la colocación de una prótesis colónica, siendo esta actitud correcta en este caso concreto.

»9. Con buen criterio y como parte del estudio de extensión del cáncer del paciente se solicita un TC abdominal que demuestra la presencia de una extensión del proceso tumoral al intestino delgado, lo que supone un



pronóstico desfavorable en cuanto al tumor y determina que la eficacia de la prótesis planteada con anterioridad, sea discutible.

»10. La situación del paciente se deteriora pese a la valoración multidisciplinar del mismo, De forma brusca presenta deterioro de su nivel de conciencia (no pudiendo descartar la presencia de un problema vascular a nivel del sistema nervioso central, de los que el enfermo ya tenía antecedentes), lo que unido a la insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal y el cáncer de colon, hacen que en nuestro criterio haya datos para afirmar que la situación del paciente es terminal.

»11. Con buen criterio se atiende por parte de los facultativos a la consecución de la máxima calidad de vida para el paciente en el tiempo que le resta hasta la muerte”.

Cuarto.- El día 6 de junio de 2006 se concede trámite de audiencia a la parte reclamante. Con ocasión del trámite otorgado, la parte interesada presenta una serie de alegaciones en las que analiza los informes médicos contenidos obrantes en el expediente, concluyendo que en la atención dispensada al difunto se produjo un tratamiento erróneo e inadecuado, falta de información a los familiares y ausencia de consentimiento informado para la “sedación terminal con inducción al coma profundo y a la muerte en 48 horas”.

Quinto.- El 28 de octubre de 2007, el Director General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud firma propuesta de resolución considerando que debe desestimarse la reclamación efectuada por Dña. xxxxx.

Sexto.- El día 3 de diciembre de 2007, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de orden de la Consejería de Sanidad desestimando la reclamación, por considerar que no existe relación de causalidad entre el daño sufrido por la parte interesada y la actuación del Sistema Sanitario Público y que la asistencia de los profesionales sanitarios resulta acomodada a la *lex artis*.

Séptimo.- El 17 de diciembre de 2007 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad emite informe favorable la propuesta de orden.



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 Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, es preciso hacer una observación a la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente tardanza en su realización. Así, mientras que el escrito de reclamación tuvo entrada en el registro el día 23 de septiembre de 2004, hasta el día 3 de diciembre de 2007 no se formuló la propuesta de orden, lo que necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la citada Ley 30/1992, 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 de responsabilidad patrimonial de la Administración hubiera de concederse a la parte reclamante, 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. 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 parte interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, al haber interpuesto la reclamación antes del transcurso de un año desde el fallecimiento.

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, 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 3.583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002) y de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1.008/2005, de 1 de diciembre; 1.134/2005, de 12 de enero de 2006; 59/2006, de 19 de enero; y 300/2006, de 23 de marzo), 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 el criterio de la propuesta de orden de 16 de agosto de 2007, de la Directora General de Administración e Infraestructuras, reflejado en sus fundamentos de derecho III y IV, que conduce a desestimar la reclamación de la interesada. Se 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 se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo 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, 3.657/2002 y 3.623/2003). 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.

A la luz de este criterio se puede concluir que existe responsabilidad cuando no se realizan las funciones que las técnicas de la salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario.

De este modo, en el caso que nos ocupa, del examen de los distintos documentos del expediente se desprende que el tratamiento dispensado por los profesionales del sistema sanitario público fue el correcto, no produciéndose como afirma la reclamante sin ningún fundamento científico, un tratamiento erróneo o inadecuado.

Así, en el informe emitido por tres especialistas en medicina interna de la Asesoría Médica mmmmm, se justifica la adecuación del tratamiento a las patologías del paciente de la siguiente manera "(...) el paciente ingresa por un cuadro oclusivo intestinal... en el contexto de una lesión en el sigma compatible con un proceso tumoral maligno en esa localización. En cuadros de este tipo la medida inicial pasa por mantener al paciente en dieta absoluta y colocar una sonda nasogástrica para drenar el contenido y dejar al mismo en reposo. Al existir una dificultad al paso de las heces, el mantener la ingesta oral puede favorecer la aparición de vómitos, con el consiguiente riesgo de aspiración. Asimismo la ingesta mantendría el peristaltismo intestinal que al producirse contra una zona estenótica podría favorecer la aparición de perforaciones, circunstancia muy grave y asociada a una elevada morbimortalidad. Por tanto el tratamiento pautado al ingreso en cirugía se debe considerar correcto, como lo acredita el hecho de la mejoría clínica y radiológica del paciente que permite reiniciar tolerancia oral".

Se añade por otro lado que "El paciente al ingreso presenta algunos datos sugestivos de insuficiencia cardiaca (aumento de la presión venosa, crepitantes



en la auscultación pulmonar y edemas). Estos datos se encontraban presentes antes del inicio del tratamiento pautado por el Servicio de Cirugía y por tanto no serían achacables a la actuación de los profesionales que atendieron al enfermo. La sueroterapia en este paciente era obligada pues el paciente iba a permanecer en dieta absoluta. Respecto a la necesidad de tratamiento diurético, debe ser un aspecto a valorar en función de los ingresos y las pérdidas del paciente. El hecho de permanecer en dieta absoluta, el secuestro de líquidos que se produce en el interior de las asas intestinales dilatadas en casos de obstrucción y la coexistencia de un empeoramiento de la función renal, hace que el tratamiento diurético deba ser evaluado de forma cuidadosa. Por eso no nos parece incorrecta la actitud adoptada en este caso pautando fluidoterapia y controlando el nivel de diuresis así como clínicamente al enfermo. La evolución del paciente hace que no se pueda considerar incorrecta la actitud. El paciente mejora clínicamente, incluso en anotaciones de enfermería se recoge que pasea hasta el baño y por el pasillo, no refiriendo clínica sugestiva de ICC hasta el 28 de marzo en que le comenta al facultativo la presencia de disnea esa misma noche. En ese momento el paciente había sido valorado ya por el cardiólogo y se había iniciado tratamiento diurético de forma correcta.

»Pese al tratamiento diurético y la valoración cardiológica la evolución del paciente es tórpida. Esta evolución la podemos explicar no solo por la edad y patología de base del paciente, sino por la presencia de una insuficiencia cardiaca que afecta predominantemente al lado derecho del circuito cardiocirculatorio. El manejo de este tipo de insuficiencia cardiaca es muy complicado y en muchas ocasiones descorazonador, pues el tratamiento diurético condiciona habitualmente una disminución de la presión de llenado del ventrículo izquierdo que determina una disminución de la perfusión renal y un empeoramiento de la función renal que empeora la situación de retención hidrosalina (por la propia insuficiencia renal y la activación del eje renina-angiotensina-aldosterona)".

De este modo, no cabe hacer ningún reproche a la actuación de los profesionales del sistema sanitario público, ya que el terrible desenlace en ningún caso ha sido debido a una negligencia o *mala praxis*, sino a las características de las patologías del paciente.



Respetada, pues, la *lex artis*, el daño sufrido no tiene carácter antijurídico y la obligación de reparar no puede recaer sobre la Administración, conforme a todo lo expuesto anteriormente. Esta conclusión, en consecuencia, conduce directamente a desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial.

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 Dña. xxxxx, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. ppppp en el Hospital "hhhhh" de xxxxx.

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