



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero y
Ponente

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 6 de marzo de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. ppppp, Dña. mmmmm y D. rrrrr*, 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 1 de febrero de 2008 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de las reclamaciones presentadas por D. ppppp y Dña. mmmmm y por D. rrrrr, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que fue prestada a su hijo y hermano, respectivamente, D. xxxxx, en un accidente de tráfico.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 6 de febrero de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 89/2008, 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. Estella Hoyos.

Primero.- El 1 de julio de 2005, D. ppppp y Dña. mmmmm, por un lado, y D. rrrrr, por otro, presentan dos reclamaciones de responsabilidad patrimonial idénticas por el fallecimiento de su hijo y hermano, respectivamente, D. xxxxx,



de 40 años, ocurrido el 2 de febrero de 2003 como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada tras un accidente de tráfico acaecido ese mismo día, a las 21:45 horas, en el punto kilométrico 151,420 de la carretera xxxx, término municipal de xxxxx. En dichos escritos exponen lo siguiente:

“Al lugar del accidente llegó un médico de atención primaria de xxxxx, Dña. bbbbb y una ATS o auxiliar, sin que podamos precisar su titulación. Al llegar al lugar del accidente, la víctima estaba consciente, orientada y estable, manifestando intenso dolor en las piernas. La doctora se limitó a aplicarle analgésicos, oxígeno y suero y a mantener en este tratamiento hasta la llegada de la ambulancia de Urgencias Sanitarias del 061 y de los bomberos, que llegan al lugar de los hechos a las 22:39 horas, siendo trasladado al Hospital hhhhh, donde ingresó cadáver (...).

»Lo cierto es que con la administración de suero al accidentado, la Dra. bbbbb mantenía consciente al herido pero al mismo tiempo estaba provocando una hemodilución progresivamente mayor, puesto que la hemorragia de las arterias tibiales y peroneales seccionadas era continua.

»Por el contrario, en un herido politraumatizado, si está conservada la vía aérea, el control de la hemorragia externa es prioritario, puesto que además (como así ocurría en este lesionado) lo más probable es la existencia de una hemorragia interna u oculta.

»De este modo el accidentado, que presentaba lesiones múltiples y estaba atrapado en su vehículo, estuvo plenamente consciente y durante una hora perdió sangre de manera lenta y continuada, debido a una hemorragia interna y, sobre todo, a la hemorragia externa procedente de las áreas distales de sus extremidades inferiores. Dicha hemorragia no fue controlada por la Dra. bbbbb (que ni siquiera lo intentó, según la documentación aportada) pese a que tenía medios suficientes para evitar el shock irreversible y era fácil el acceso al accidentado, como lo prueba la descripción en que quedó el vehículo según el propio atestado y el hecho cierto de que un Guardia Civil de Tráfico permaneciese con él, dentro del vehículo, en el asiento del copiloto.

»Por lo tanto, podemos afirmar que la causa del óbito fue que se omitieron las tareas básicas de los servicios de salud, representados por la Dra.



bbbbbb, de modo que ni se llegó a un primer diagnóstico ni se estratificó el riesgo que, de haberse tenido en cuenta, hubiera podido evitar el fallecimiento de D. xxxxx, así como la tardanza en la llegada al lugar de los hechos de los medios de emergencias necesarios para la adecuada asistencia a la persona lesionada”.

En cada una de las reclamaciones se solicita como indemnización la cantidad de 300.000 euros.

Acompañan a sus escritos copia de la siguiente documentación:

- Parte judicial realizado por el 061 Urgencias Sanitarias de Castilla y León como consecuencia del accidente, y remitido al Juez de Primera Instancia e Instrucción de Guardia de xxxxx el mismo día del accidente.

- Informe médico forense, de 3 de marzo de 2004, realizado en las Diligencias Previas 48/03 seguidas ante el Juzgado de Instrucción de xxxxx, relativo a “si la actuación llevada a cabo por los servicios de urgencia que actuaron en el lugar de los hechos fue la adecuada al protocolo establecido para tales situaciones”. Posteriormente, se aporta testimonio judicial del mismo.

- Informe de autopsia, de fecha 18 de marzo de 2003.

Segundo.- El día 14 de julio de 2005, el Jefe de Servicio de Inspección acuerda la acumulación de las dos reclamaciones presentadas en un único procedimiento.

Tercero.- En febrero de 2006, D. yyyyy, en nombre y representación de los reclamantes -acompaña el documento que lo acredita-, aporta testimonio judicial del acta de declaración testifical del agente de la Guardia Civil xxxx, testigo de los hechos, realizada ante el Juzgado de Instrucción nº 2 de xxxxx, el 18 de octubre de 2005; y un informe médico pericial, de fecha 3 de febrero de 2006.

Cuarto.- Figura asimismo en el expediente la siguiente documentación:

- Informe del Coordinador de la Base de Emergencias Sanitarias de Castilla y León, ubicada en xxxxx, carente de firma y fechado el 6 de agosto de 2005.



- Informe del médico que se encontraba de guardia el día del accidente en la UME del 061 Castilla y León, con su base en xxxxx capital, de fecha 10 de agosto de 2005. Dicho informe no está firmado.

- Informe de la médica de atención primaria que asistió inicialmente al accidentado, de 27 de septiembre de 2005.

- Auto del Juzgado de Instrucción nº 2 de xxxxx, de 10 de febrero de 2006, por el que se decreta el sobreseimiento libre y el archivo de las Diligencias Previas del Procedimiento Abreviado 359/2005.

- Diligencias 33/03 instruidas por la Guardia Civil con motivo del accidente de circulación, en las que constan un informe técnico, un croquis y un informe fotográfico. Obra igualmente en el expediente una ficha-informe del accidente.

- Informe de la Inspección Médica, de 26 de mayo de 2006.

- Dictamen médico realizado, con fecha 17 de agosto de 2006, a instancia de la compañía aseguradora de la Administración.

- Escrito del Comandante Jefe Accidental de la Comandancia de la Guardia Civil de xxxxx, fechado el 25 de julio de 2007, sobre la intervención del agente que declaró como testigo, tras el accidente.

Quinto.- Concedido el trámite de audiencia, la parte reclamante alega que el informe de la Inspección Médica y el dictamen médico -que exoneran de responsabilidad a la Administración- parten de un hecho erróneo cual es que el vehículo siniestrado se encontraba en situación inestable dificultando y haciendo peligrosa la exploración y actuación médica. Considera que este hecho queda desvirtuado por el testimonio del agente de la Guardia Civil, que afirmó que el vehículo tenía una posición segura y estable; declaración testifical que, a juicio de los reclamantes, goza de mayor imparcialidad que la de la médico que asistió al accidentado, puesto que ésta "estaba siendo juzgada en un procedimiento penal". Y tal error de partida impide admitir las conclusiones a que llegan los mencionados informes.



Por ello, considera que existe responsabilidad porque el acceso al coche no entrañaba riesgo y la doctora fue informada por los agentes de la Guardia Civil de las heridas que presentaba el conductor, no obstante lo cual, aquélla “no realizó actividad alguna tendente a controlar la hemorragia”. Y concluye señalando: “no podemos predecir que el control de la hemorragia externa hubiese evitado el fallecimiento (...) pero sí es cierto que la omisión de dicha actividad es causa de responsabilidad”.

A su escrito adjunta un anexo al informe médico pericial aportado en un trámite anterior.

Sexto.- El Director General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud emite, con fecha 3 de diciembre de 2007, informe-propuesta de carácter desestimatorio.

Séptimo.- Con fecha 19 de diciembre de 2007, la Dirección General de Administración e Infraestructuras del citado organismo formula una propuesta de orden desestimatoria de la reclamación interpuesta.

Octavo.- El 8 de enero de 2008 (por error figura en el informe 2007), la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden mencionada.

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 de acuerdo con lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno, 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.

No obstante, cabe hacer un severo reproche sobre el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (1 de julio de 2005) hasta que se redacta la propuesta de orden (19 de diciembre de 2007). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a 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.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 41.1 y 47 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

3ª.- Concurren en la parte reclamante 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 de Castilla y León.

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.

La jurisprudencia ha venido, no obstante, modulando 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 el mismo 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 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 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, estando, 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.

El Tribunal Supremo ha declarado reiteradamente (por todas citaremos las Sentencias de 20 de diciembre, 20 de marzo y 7 de marzo de 2007 y de 16 de marzo de 2005) que “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”.

Por otra parte, es también jurisprudencia consolidada del Tribunal Supremo (por todas, la Sentencia de 17 de noviembre de 1998) la que establece lo siguiente: “Aun cuando la jurisprudencia ha venido refiriéndose con



carácter general a un carácter directo, inmediato y exclusivo para particularizar el nexo causal entre la actividad administrativa y el daño o lesión que debe concurrir para que pueda apreciarse responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, no queda excluido que la expresada relación causal - especialmente en los supuestos de responsabilidad por funcionamiento anormal de los servicios públicos, como es el examinado- pueda aparecer bajo formas mediatas, indirectas y concurrentes, circunstancia que puede dar lugar o no a una moderación de la responsabilidad (Sentencias de 8 de enero de 1967, 27 de mayo de 1984, 11 de abril de 1986, 22 de julio de 1988, 25 de enero de 1997, 26 de abril de 1997 y 6 de octubre de 1998, entre otras)".

Continúa diciendo la referida sentencia que "Entre las diversas concepciones con arreglo a las cuales la causalidad puede concebirse, se imponen, en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración, aquéllas que explican el daño por la concurrencia objetiva de factores cuya inexistencia, en hipótesis, hubiera evitado aquél (Sentencia de 25 de enero de 1997), por lo que no son admisibles, en consecuencia, concepciones restrictivas que irían en éste en contra del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial de las administraciones públicas (Sentencia de 5 de junio de 1997). (...) el concepto de relación causal se resiste a ser definido apriorísticamente con carácter general, y se reduce a fijar qué hecho o condición puede ser considerado como relevante por si mismo para producir el resultado final como presupuesto o *conditio sine qua non*, esto es, como acto o hecho sin el cual es inconcebible que otro hecho o evento se produzca como consecuencia o efecto del primero, aunque es necesario además que resulte normalmente idóneo para determinar aquel evento o resultado teniendo en consideración todas las circunstancias del caso (sentencia de 5 de diciembre de 1995)."

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre las reclamaciones de responsabilidad patrimonial formuladas por D. ppppp y Dña. mmmmm, y por D. rrrrr, por el fallecimiento de su hijo y hermano, respectivamente, D. xxxxx, como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada en un accidente de tráfico. Ambas reclamaciones fueron acumuladas y se han tramitado en un único procedimiento.

La Administración ha admitido expresamente que la reclamación se ha interpuesto en plazo, argumentando que, tras el fallecimiento del accidentado (2 de febrero de 2003), se siguieron las Diligencias Previas nº 359/2005 (cuya



fecha de iniciación no consta) ante el Juzgado de Instrucción nº 2 de xxxxx, las cuales finalizaron mediante el Auto de 10 de febrero de 2006, por el que se decretó el sobreseimiento libre y el archivo de las mismas.

El razonamiento anterior no se estima, sin embargo, adecuado. El tiempo transcurrido desde el óbito hasta el inicio en 2005 de las Diligencias Previas mencionadas supera ampliamente el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. Lo que implicaría que la reclamación se habría formulado extemporáneamente.

Sin embargo, a la vista de la documentación obrante en el expediente y de la postura favorable de la Administración, la reclamación se considera interpuesta en plazo, presumiendo que ha existido una voluntad continuada de los interesados favorable al mantenimiento de su pretensión resarcitoria. Así, consta en el expediente, aunque de forma incompleta, la existencia de actuaciones judiciales penales tanto en el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de xxxxx (Diligencias Previas 48/03) como en los Juzgados de Instrucción nº 1 (Diligencias Previas 137/03) y nº 2 (Diligencias Previas Procedimiento Abreviado 359/2005) de xxxxx. Y únicamente consta la finalización de éstas últimas mediante Auto de 10 de febrero de 2006.

6ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación de los interesados. De la documentación obrante en el expediente se desprende que no ha concurrido la actuación negligente que los reclamantes imputan a los servicios sanitarios públicos.

Las alegaciones sobre las que la parte reclamante funda su pretensión son básicamente dos: la tardanza de la ambulancia en llegar al lugar del accidente y la deficiente asistencia sanitaria prestada al accidentado por parte de la médica de atención primaria que le asistió inicialmente. Es preciso analizar por separado cada una de ellas.

A) En primer lugar, alegan que se ha producido una tardanza excesiva en llegar al lugar de los hechos por parte de los medios de emergencias necesarios para la adecuada asistencia al lesionado -el accidente ocurrió a las 21:45 horas mientras que la ambulancia y los bomberos llegaron al lugar de los hechos a las 22:39 horas-.



Al respecto, el informe -carente de firma- del Coordinador de la Base de Emergencias Sanitarias de Castilla y León en xxxxx considera que el tiempo empleado en llegar al punto del accidente fue adecuado y ajustado a lo que se podría esperar a la vista de la distancia a recorrer y de las características de la carretera. Así señala lo siguiente: “La carretera que une xxxxx y la entrada a la Autovía xxxx (xxxxx) es la xxxx. (...) Dicha carretera es de un solo carril por sentido con una alta densidad de tráfico pues se trata de una ruta habitual de transporte de mercancías hacia Madrid desde xxxxx y Comunidades como Navarra. En un porcentaje importante de esos kilómetros existe una limitación de velocidad a 80 km/h por la irrupción frecuente de animales incontrolados que provocan repetidos accidentes de circulación (...). Atraviesa los márgenes de varias poblaciones y al menos en una (Lubia) lo hace por el centro del pueblo (...)”.

En definitiva, el tiempo transcurrido desde que se produce el accidente hasta que la ambulancia llega al lugar de los hechos (56 minutos) se estima razonable teniendo en cuenta la distancia a recorrer desde el Centro Base (85 kilómetros) y las características de la carretera por la que tuvo que circular. No parece por tanto que se hayan rebasado los límites impuestos por los estándares de seguridad exigibles conforme a la conciencia social, que permitan apreciar la existencia de responsabilidad administrativa por este motivo.

B) En segundo lugar, los interesados alegan que la causa del óbito fue la omisión de las tareas básicas de asistencia por parte de la facultativa de atención primaria, lo que impidió llegar a un primer diagnóstico y valorar el riesgo que, de haberse tenido en cuenta, hubiera podido evitar el fallecimiento. Consideran que la hemorragia externa –determinante del shock que le sobrevino- no fue controlada por la doctora que ni siquiera lo intentó, según manifiestan, pese a que tenía medios suficientes para evitar el shock irreversible y era fácil el acceso al accidentado.

Con carácter previo a la valoración de la actuación médica, es preciso analizar si la situación en la que se encontraba el vehículo accidentado permitía prestar una adecuada asistencia sanitaria al herido, tal y como afirman los interesados. Para ello, deben considerarse las siguientes circunstancias:



- El informe de la Guardia Civil señala que el vehículo, tras el accidente, permanecía en su posición final en el desnivel de tierra, de unos seis metros de profundidad, que hay en el margen derecho de la vía según el sentido de la circulación. El coche estaba sujeto en el desnivel por la valla quitamiedos que tenía dentro del habitáculo, exactamente dentro del puesto del conductor. El reportaje fotográfico que se incorpora al informe refleja tales extremos.

- En el acta de declaración testifical ante el Juzgado de Instrucción, consta que el Guardia Civil manifestó, entre otros extremos, que el vehículo estaba ladeado, totalmente agarrado al quitamiedos, seguro y estable; que para hablar con el conductor ponía una pierna en el suelo y otra en el coche; que se introdujo una sola vez en el vehículo por la puerta del copiloto para coger un abrigo y arrojar al conductor; y que cuando llegaron los bomberos el vehículo estaba estable y que, según le manifestaron éstos, para llevárselo tuvieron incluso que cortar la bionda.

- La médico de atención primaria señala en su informe que el coche se encontraba en precario equilibrio al borde de la calzada, que el terraplén sobre el que gravitaba el coche tenía una altura superior a 5 metros, y que exploró, en lo que pudo desde el exterior del coche, a la víctima del accidente.

- El médico que se encontraba de guardia en la UME del 061 manifiesta en su informe –carente de firma- lo siguiente: “accedo al vehículo, no sin dificultad, por el lado del pasajero, y hago una valoración rápida del accidentado (...). La situación muy inestable del vehículo hace muy peligrosa la exploración más detallada. Los bomberos se encargaron de apuntalar el vehículo al suelo (...)”.

De una valoración conjunta de estas circunstancias cabe apreciar que el vehículo se encontraba en una situación que no permitía la asistencia sanitaria desde el interior del mismo. Y ello porque, a juicio de este Consejo Consultivo, en este caso las declaraciones de los profesionales médicos -en particular del médico de la UME, al que se presume conocedor de las actuaciones a practicar en estas situaciones- se consideran más convincentes y determinantes a la hora de valorar las circunstancias en que han de realizar su trabajo. Además, ambos profesionales coinciden en sus apreciaciones. Por tanto, los facultativos se vieron obligados a llevar a cabo su actuación desde el exterior, con las limitaciones e impedimentos que ello conllevaba.



Partiendo de estas consideraciones, debe analizarse si la asistencia sanitaria prestada al accidentado fue o no ajustada a la *lex artis ad hoc*.

En relación con el diagnóstico de las lesiones, el informe médico forense, de fecha 3 de agosto de 2004, apunta que, aunque la doctora no lo señala expresamente en su informe, parece intuirse que el diagnóstico a que llegó fue el de shock hipovolémico, y por ello instauró el tratamiento con suero y analgésicos. Indica asimismo “que la situación crítica que se daba en aquellas circunstancias impedía la actuación profesional del médico que inicialmente acude al lugar pudiera desarrollarse en unas condiciones adecuadas para poder llegar a un correcto diagnóstico y/o tratamiento de la situación y poder aplicar las medidas oportunas”. El dictamen médico también considera correcta la valoración realizada por la médico teniendo en cuenta las posibilidades de evaluación de que disponía en ese momento: “Se cumple con la valoración primaria en la medida que lo permite la situación. El hecho de que el paciente esté consciente y orientado permite asegurar que la vía aérea está permeable y la respiración es eficaz; asimismo es un indicador de un adecuado nivel de perfusión cerebral”. Estima asimismo acertadas las medidas adoptadas: Una vez determinado que el paciente se encontraba estable, “se canalizó una vía periférica administrándose fluidos y analgesia y se aportó oxigenoterapia, siendo éste el tratamiento recomendado en las situaciones de hemorragia aguda”.

En definitiva, cabe afirmar que la actuación médica (diagnóstico y tratamiento) llevada a cabo por la médico fue la adecuada, a la vista de las dificultades de acceso y exploración al paciente, ya que la situación en la que se encontraba el vehículo siniestrado impidió realizar un adecuado diagnóstico y/o tratamiento de todas las lesiones que presentaba el paciente.

En relación con el control de la hemorragia externa –que los reclamantes consideran inexistente-, la médico manifestó que “desde el exterior del coche, y dado que el conductor estaba atrapado entre la puerta y la parte de la valla protectora que se introdujo en el habitáculo por la colisión, no se podían apreciar en toda su dimensión las heridas que tenía como tampoco se podía apreciar si las más graves de ellas le producían hemorragias externas”. En relación con esta circunstancia, el informe médico forense indica que “es posible que, aunque se pudiera intuir la existencia de graves lesiones en las extremidades, estas lesiones no necesariamente deben incluir una hemorragia



externa que potencialmente pueda suponer un riesgo vital más o menos mediato y que se hubiera podido intentar controlar”.

Este hecho se ve corroborado por el médico de la UME que manifiesta que, al llegar al vehículo, el accidentado tenía un cuadro de shock grave, con ambas extremidades atrapadas por la carrocería y sin un sangrado activo. En este sentido, el dictamen médico expone que “la hemorragia tras amputación de un miembro suele limitarse mediante la propia vasoconstricción refleja que se produce en las estructuras vasculares, este hecho explicaría el que a la llegada del médico de la UME no exista sangrado activo por la extremidades”. Y el informe médico forense señala que “se desconoce la magnitud o importancia de la hemorragia externa real que sufrió el accidentado ya que este tipo de lesiones pueden tener un sangrado profuso que suponga un riesgo vital a corto plazo o pueden tener un sangrado más lento; ello puede ser debido tanto a mecanismos de hemostasia que se puede producir tanto de forma espontánea o `artificialmente` de forma que el mismo material lesivo pueda servir en parte para cohibir la hemorragia como a la existencia de otros puntos sangrantes que hagan menguar la entidad de este sangrado externo”.

Estas circunstancias impiden valorar la trascendencia que la hemorragia externa –respecto a la cual no se tomaron medidas de control- tuvo en el fatal desenlace. Incluso admitiendo que fuera importante, el dictamen médico estima inadecuada la utilización en este caso de un torniquete (como apuntan el agente de la Guardia Civil y el informe pericial aportado por los reclamantes) puesto que aplasta los tejidos y causa isquemia distal. Señala que lo recomendable era la compresión manual, si bien añade que no parecía posible realizarlo y mantenerlo con garantías de éxito y de seguridad para el personal que atendía al paciente, dada la situación del vehículo y del propio paciente.

En cualquier caso, no cabe obviar que el accidente provocó en el conductor gravísimas lesiones que desgraciadamente causaron su fallecimiento. Los diversos informes destacan que, si bien existía hemorragia en las extremidades, el paciente presentaba también un sangrado masivo en el interior de la cavidad peritoneal que no se puede controlar sin la participación de un servicio quirúrgico hospitalario, no existiendo ninguna medida que permita controlar aquella en el lugar de los hechos, según consta en el dictamen pericial. Igualmente, el informe médico forense considera que “es bastante dudoso que el adecuado control externo de las hemorragias se



hubiera seguido de un adecuado control hemodinámico ya que el fallecido presentaba lesiones internas (hemoperitoneo masivo) que, indudablemente, impedían este control hemodinámico, lesiones que, por otra parte, pueden justificar por sí solas el fallecimiento y más en este caso concreto, en el que el tratamiento que precisaban (transfusión e intervención quirúrgica) debía retrasarse en el tiempo por las circunstancias concretas del caso". Estos extremos son implícitamente admitidos por los propios reclamantes cuando afirman que "no podemos predecir que el control de la hemorragia externa hubiese evitado el fallecimiento (...) pero sí es cierto que la omisión de dicha actividad es causa de responsabilidad".

En definitiva, el paciente sufrió gravísimas lesiones en el accidente y ante cuyo resultado poco o nada influyó la asistencia sanitaria básica prestada inicialmente, pues, como se ha expuesto, las lesiones internas –ante las que nada se pudo hacer- pudieron justificar por sí solas el fallecimiento.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, puede concluirse que no existe la necesaria relación de causalidad entre la asistencia sanitaria recibida por D. xxxxx y su posterior fallecimiento, y que, en cualquier caso, las actuaciones sanitarias llevadas a cabo por los facultativos intervinientes fueron conformes con la *lex artis ad hoc*. Por todo ello, procede desestimar la reclamación 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 iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. ppppp y Dña. mmmmm y por D. rrrrr, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que fue prestada a D. xxxxx en un accidente de tráfico.

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