



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y

Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 23 de septiembre de 2010, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de 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 30 de agosto de 2010 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. yyyy, en representación de Dña. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo, D. vvvvv, ya fallecido.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 2 de septiembre de 2010, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 979/2010, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

**Primero.-** El 29 de febrero de 2008 Dña. yyyy, en representación de Dña. xxxxx, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial debido a



los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposo, D. vvvvv, el 2 de marzo de 2007, a la edad de 83 años.

Considera que el óbito se produjo porque no se pusieron los medios de tratamiento adecuados al padecimiento que sufría. Indica que el paciente ingresó por un problema de circulación en las extremidades inferiores, que era factible de atajar mediante intervención quirúrgica a la que fue sometido, y que sucesivas irregularidades posteriores a la intervención ocasionaron el fallecimiento del paciente.

Estima que se dio un alta precipitada, sin la debida medicación de diabético en el Hospital hhhh1 de xxxx1, que fue mal atendido en la asistencia domiciliaria y que con posterioridad se sucedieron diversas desatenciones en diversos centros hospitalarios que provocaron su muerte inesperada, debido a la sucesión de negligencias en la atención del paciente.

Se acompaña a la reclamación informe médico del servicio de Angiología y Cirugía Vasculard de 15 de febrero de 2007.

Solicita una indemnización de 30.000 euros anuales con carácter vitalicio.

Previo requerimiento, se presenta el 13 de marzo de 2008 copia compulsada de poder notarial acreditativo de la representación.

**Segundo.-** Obran en el expediente, además de la historia clínica, los informe del Jefe de Servicio de Cirugía de 21 de abril de 2008, del facultativo del Servicio de Medicina Interna de 22 de abril de 2008, del Jefe de Sección de Medicina Interna de 10 de junio de 2008 y de la Inspección Médica de 21 de abril de 2009.

**Tercero.-** Concedido trámite de audiencia, el 5 de enero de 2010 la parte reclamante presenta escrito de alegaciones en las que reitera sus pretensiones y concreta finalmente la cuantía indemnizatoria solicitada en 58.000 euros anuales con carácter vitalicio.

**Cuarto.-** El 8 de junio de 2010 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.



**Quinto.-** El 23 de julio de 2010 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden citada.

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.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (29 de febrero de 2008) hasta que se formula la propuesta de orden (8 de junio de 2010). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

**3ª.-** Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida 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.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

**4ª.-** El artículo 106.2 de la Constitución establece que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (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 actividad en cuyo ámbito se produce el daño.



d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con 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 estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio y está, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.



Quiere con ello decirse que, incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

Debe mencionarse, asimismo, la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 16 de marzo de 2005 y de 20 de diciembre, 20 de marzo y 7 de marzo de 2007) según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida".

**5ª.-** En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte el criterio recogido en la propuesta de orden y considera que procede desestimar la reclamación.

Los profesionales informantes afirman, que la asistencia prestada a la fallecido fue en todo momento ajustada a la *lex artis ad hoc*.

La Inspección Médica expone, respecto al procedimiento asistencial seguido, que es preciso partir de que existía un mal pronóstico desde el principio: el paciente ingresó en el Hospital hhhh1 de xxxx1 el 11 de enero de 2007 por una grave estenosis de carácter crítico preoclusivo en eje iliaco derecho, que se interviene quirúrgicamente realizando un *by-pass* fémoro-femoral. Además de esta grave arteriopatía periférica de grado IV y de su avanzada edad -83 años-, el paciente presentaba otras graves patologías crónicas: EPOC severa y diabetes mellitus 2. Todo ello fue clasificado en el estudio preoperatorio como ASA grado IV que, tal y como concreta el informe de la Inspección Médica, su definición comporta un "paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía".



Respecto al concreto procedimiento asistencial seguido, se indica que con anterioridad a la intervención quirúrgica a la que fue sometido el paciente "fue necesario instaurar un tratamiento con corticoides sistémicos con elevadas dosis que provocó un empeoramiento del control de la diabetes". Precisa además que "Ambos factores, las altas cifras de glucemia y el tratamiento corticoideo, aumentan de forma importante el riesgo de infecciones por las perturbaciones que producen en el sistema inmunitario".

Con posterioridad a la intervención, en los días siguientes al alta, que tiene lugar el 15 de febrero de 2007, se produce un deterioro progresivo del estado del paciente que da lugar a su ingreso en el Hospital de hhhh2 el 23 de febrero de 2007. Señala al respecto el informe de la Inspección Médica que: "en los días siguientes a su ingreso se controló la diarrea pero empezaron a manifestarse signos de infección de la herida quirúrgica y, desde el 26-02-2007, episodios de insuficiencia respiratoria aguda".

El 27 de febrero de 2007 el estado del paciente empeora gravemente con un nuevo episodio de insuficiencia respiratoria e importantes desequilibrios metabólicos e hidroelectrolíticos y, "ante la sospecha diagnóstica de que podría tratarse de una infección nosocomial, se solicitó hemocultivo y se inició tratamiento antibiótico". El 28 de febrero se traslada al paciente al Hospital hhhh3.

Tal y como señala el meritado informe, "El paciente desarrolló una sepsis por *Staphylococcus aureus*, demostrada por hemocultivo". Precisa al respecto que "El microorganismo estaba presente en el exudado de la herida quirúrgica y ésta es el origen más probable de la sepsis". No obstante se indica que "La infección de la herida quirúrgica, tal como demuestra la ecografía abdominal de 28-02-2007, no causó ninguna patología abdominal urgente. Fue adecuadamente curada a lo largo de todo el proceso asistencial y atendida por el Servicio de Cirugía desde el 28-02-2007. De no haber sido por los factores predisponentes que presentaba el paciente que favorecieron el desarrollo de la sepsis (DM 2 con mal control glucémico, tratamiento sistémico con corticoesteroides y prótesis vascular implantada) no habría tenido repercusión en el desenlace".



También se indica que “El 02-03-2007 se produjo un grave episodio de insuficiencia respiratoria que fue diagnosticado como edema agudo de pulmón. Aunque incompletos, los datos disponibles en la historia clínica, con la presencia de una grave disnea, taquicardia, cianosis y estertores, son compatibles con ese diagnóstico”.

Asimismo se añade que “El pronóstico de la sepsis y el shock séptico es grave, con una mortalidad promedio del 40% pero que puede llegar al 90% según el tipo de pacientes. En este caso, al sumarse el diagnóstico de edema agudo de pulmón y teniendo en cuenta las graves patologías crónicas que padecía el paciente (DM 2 mal controlada, arteriopatía periférica grado IV, EPOC severo) además de su avanzada edad, los desequilibrios metabólico e hidroelectrolítico y su estado de debilitamiento general, está claro que el pronóstico era muy grave”. Y que “desde el día 27-2-2007 en que se sospecha la existencia de una infección nosocomial, se inició el tratamiento antibiótico de forma empírica, el resto del tratamiento consistió básicamente en medidas de soporte general y compensatorias de las distintas patologías que presentaba, de los episodios de insuficiencia respiratoria y de la descompensación metabólica e hidroelectrolítica”.

Por último, en las conclusiones del informe de la Inspección Médica se concreta que “Se trató de un proceso asistencial enormemente complejo por la pluripatología que presentaba el paciente y en el que los diferentes tratamientos adoptados tienen múltiples interacciones y efectos secundarios. A pesar de las medidas terapéuticas adoptadas, correctas en lo esencial, se produjo una evolución desfavorable en la que, además de la sepsis, se produjo un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda por edema pulmonar. Todo ello y en un paciente de avanzada edad y graves patologías crónicas descompensadas suponía una muy elevada probabilidad de muerte”.

Tal y como se desprende del informe de la Inspección Médica, se actuó en todo momento conforme a la situación clínica del paciente, sin que pueda afirmarse la existencia de una inadecuada asistencia médica puesto que ésta se prestó de forma correcta y conforme a la *lex artis*.

Estas afirmaciones no han sido desvirtuadas por las alegaciones de la reclamante, que aunque cuestionan la asistencia médica practicada y con ello la observancia de la *lex artis*, no son avaladas por informe alguno y ceden, por





tanto, frente a la rotundidad con que las opiniones técnicas señaladas dictaminan a favor de la corrección del tratamiento dispensado en todo momento al paciente; juicios que tienen, además, la garantía de haber sido emitidos por profesionales médicos.

En cualquier caso, tal y como refleja acertadamente la propuesta de resolución respecto de la infección sufrida por la paciente, en el documento de consentimiento informado firmado por éste el 6 de febrero de 2007 se señala la infección dentro de los riesgos inherentes a la intervención quirúrgica practicada y al postoperatorio.

En este sentido, el Consejo de Estado señala en el Dictamen 3.739/1998, de 22 de diciembre, que “la institución de la responsabilidad patrimonial de la Administración no permite en principio indemnizar aquellos daños que constituyen riesgos inherentes a la intervención médica practicada con el consentimiento de los pacientes, sobre los cuales no hubiera recibido una información incorrecta, y que se hayan producido sin mediar la violación de la *lex artis* médica. Con carácter general, tales daños no revestirán la antijuridicidad requerida por el artículo 141 de la Ley 30/1992, por lo que no podrán ser indemnizados al amparo del artículo 139 de la misma Ley”.

A la luz de todo lo expuesto y de los datos y las consideraciones recogidas en los informes obrantes en el expediente no ha quedado acreditado que existiera una actuación inadecuada en la asistencia sanitaria, por lo que puede concluirse que los profesionales médicos actuaron en todo caso conforme a la *lex artis ad hoc* y prestaron a la paciente una asistencia médica correcta.

Por ello la reclamación debe desestimarse.

### **III CONCLUSIONES**

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:



Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyy, en representación de Dña. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo, D. vvvvv, ya fallecido.

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