



Sr. S. de Vega, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero
Sra. Ares González, Consejera
Sr. Herrera Campo, Consejero y
Ponente

Sr. Píriz Urueña, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 21 de enero de 2021, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. yyy1 y familia*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 462/2020

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 16 de diciembre de 2020 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. yyy2, en representación de Dña. yyy1, D. yyy3 y Dña. yyy4 y Dña. yyy5, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo, padre y hermano, respectivamente, D. vvvv.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 18 de diciembre de 2020, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 462/2020, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por la Resolución de 5 de febrero de 2014, de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Herrera Campo.

Primero.- El 11 de abril de 2018 D. yyy2, en representación de Dña. yyy1, D. yyy3 y Dña. yyy4 y Dña. yyy5, presenta una reclamación de responsabilidad



patrimonial ante la Administración autonómica, debido a los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria prestada a su esposo, padre y hermano, respectivamente, D. vvvv, fallecido el 10 de mayo de 2017, a los 66 años de edad, en el Complejo Asistencial Universitario de xxxx.

En dicho escrito se expone que existió una deficiente asistencia prestada al paciente, durante el tiempo en que permaneció en el Servicio de Neumología, donde ingresó el 1 de mayo anterior, advirtiéndose la omisión de exploraciones y consultas necesarias, de acuerdo a su situación clínica, que podrían haber evitado su fallecimiento.

Se solicita una indemnización de 280.374,63 euros (140.272,25 euros para el cónyuge viudo; 60.452,25 euros para cada uno de sus hijos y 19.197,88 euros para su hermana).

Se adjunta a la reclamación copia de poder notarial a los efectos de acreditar la representación; de libro de familia; de tarjeta sanitaria; de acta de notoriedad de declaración de herederos; de diversa documentación médica; de certificado de fallecimiento; de certificados de empadronamiento; de certificado de renta; de dictamen médico pericial preliminar de 14 de enero de 2018; y de valoración del daño.

Segundo.- Al expediente se incorpora, además de la historia clínica del paciente, informe del médico adjunto del Servicio de Neumología del Complejo Asistencial Universitario de xxxx, de 8 de mayo de 2018; informe de la Jefe de Unidad del Servicio de Neumología del Complejo Asistencial Universitario de xxxx, de 14 de mayo de 2018; informe de la especialista del Servicio de Oncología del Complejo Asistencial Universitario de xxxx, de 19 de junio de 2018; informe médico pericial elaborado a instancia de la aseguradora de la Administración; y el informe de la Inspección Médica de 20 de julio de 2018.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia, el 19 de junio de 2020 se presentan alegaciones en las que se reitera la pretensión inicialmente deducida, y se adjunta dictamen médico pericial de 17 de junio de 2020 (ampliación con historia clínica), relativo a la praxis médica asistencial prestada, que considera, entre otras circunstancias, que el paciente "(...) no falleció de muerte súbita, sino en todo caso de muerte inesperada, lo que no excluye que fuese previsible ante la constatada falta de cuidados", estimando que existió mala praxis.



Se da traslado de las alegaciones a la Inspección Médica, que indica que no considera necesario realizar ningún tipo de consideración al respecto.

Cuarto.- El 2 de octubre se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Quinto.- El 16 de octubre de 2020 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

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.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), con las especialidades que se recogen en relación con los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (11 de abril de 2018) hasta que se formula la propuesta de orden (2 de octubre de 2020). 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 40/2015, de 1 de octubre, de



Régimen Jurídico del Sector Público, como los de eficacia, agilidad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

3ª.- Concurren en los reclamantes los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la LPAC. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde a la Consejera 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 67.1, párrafo primero, de la LPAC.

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 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, a la que además se remite, de forma genérica, 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 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 solo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, solo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que está, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño –por no ser este 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.



Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (recogida, entre otras, por la Sentencia de 21 de mayo de 2018, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, que alude a las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, y otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre 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 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 beneficiosa para el paciente”.

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte el criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación planteada, ya que 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.

En el escrito de reclamación de 11 de abril de 2018 se afirma que “el fallecimiento se produjo debido a la mala praxis médico-asistencial recibida”. En opinión de la familia, “existió una valoración médica incorrecta del paciente puesto que el Servicio de Neumología le clasificó como paciente de mal pronóstico, omitiendo toda atención y tratamiento integral al mismo y por ende denegándole una asistencia adecuada a su situación clínica”. Y así, se asegura que, pese a que el Jefe del Servicio les dijera que “se había actuado conforme al Protocolo establecido”, desde su ingreso (1 de mayo) hasta su fallecimiento (10 de mayo), al paciente nunca se le realizaron análisis (ni para controlar el tratamiento con Sintrom), cultivos de esputo ni sangre, controles radiológicos, electrocardiogramas, nunca se informó de arritmias, fibrilaciones o hipertensión, ni se solicitó interconsulta a Endocrinología, Otorrinolaringología, o al Psicólogo.

En el escrito de alegaciones de 19 de junio de 2020, a la vista ya de la historia clínica del paciente y de los numerosos informes médicos aportados al expediente, hay un reconocimiento detallado (que viene a corregir varias de las afirmaciones contenidas en la reclamación) sobre la permanente atención y las numerosas actuaciones clínicas realizadas durante las fechas de ingreso, si bien se mantiene la inicial reclamación de responsabilidad sobre la base del informe



médico pericial que los reclamantes aportan, en el que el facultativo autor del mismo, tras reconocer un "tratamiento inicial adecuado a las circunstancias", concluye sin embargo "que existieron varias rupturas de la normopraxis asistencial en cuanto a la atención, diligencia, cautela asistencial, pericia y prudencia, valorándose especialmente grave la omisión de la exploraciones e interconsultas necesarias por su estado clínico y negándole una asistencia ordinaria que podría haber evitado su fallecimiento", entendiéndose que existe una relación causal "altamente probable" entre las omisiones y el fallecimiento del paciente.

En este punto, este Consejo considera que debe destacarse la valoración que hace la propuesta de orden, a la vista del informe de la aseguradora de la Administración, sobre el hecho de que los reclamantes hagan referencia a la existencia de una serie de acontecimientos y no a uno en concreto constitutivo de mala praxis, utilizando una aproximación retrospectiva a los hechos, y hablando de varias deficiencias asistenciales sin explicar de forma consistente la relación de cada una de ellas con la muerte del paciente. Parece que no es correcto juzgar una actuación médica realizada en el pasado desde una perspectiva del caso a posteriori cuando el diagnóstico se confirma, sino que lo que debe valorarse es si en el momento que se efectuó la atención médica y con los datos disponibles se estableció un procedimiento adecuado y acorde con la *lex artis*. La medicina asistencial no parte del diagnóstico definitivo para en base al mismo intentar cuadrar la sintomatología del paciente, sino que su labor es justamente la contraria, pues se basa en la confirmación de la hipótesis diagnóstica en base a los síntomas y signos que presenta el paciente en el momento de la valoración médica. En el supuesto que nos ocupa así se hizo, llevándose a cabo las pruebas e interconsultas oportunas y pautándose el tratamiento adecuado en atención al estado del paciente en cada momento.

En este sentido, debe partirse necesariamente del hecho acreditado de que el paciente presentaba un conjunto de antecedentes clínicos complejos, entre los cuales cabe destacar EPOC, fibrilación auricular, prótesis aórtica, y cáncer epidermoide de hipofaringe, del que es intervenido el 16 de noviembre de 2016 y el 23 de enero de 2017, y tratado con sesiones de radioterapia después de esta última intervención.

El 1 de mayo de 2017 acude a Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de xxxx, al sufrir "dificultad respiratoria con aumento de



expectoración (marrónácea), poca tos, no dolor torácico", con diagnóstico principal de reagudización de su EPOC, que puede considerarse grave en atención a las patologías asociadas que presenta, por lo que ingresa en el Servicio de Neumología, donde se le realiza una valoración clínica, analítica, electrocardiográfica y radiológica.

El informe de la Jefe de Unidad de Neumología expone que en el ingreso en neumología, como queda reflejado en la historia clínica, se consideró por el neumólogo de guardia que, a la vista de sus antecedentes y la situación que presentaba, el paciente tenía muy mal pronóstico, especificando no obstante que tal apreciación se basaba en su situación respecto del tumor de faringe, con indicación de radioterapia con intención radical, no solo paliativa. Insiste en destacar la propuesta de orden sometida a dictamen que el paciente en ningún caso fue atendido como un paciente en tratamiento paliativo.

En el informe del médico adjunto del Servicio de Neumología se hace constar que el paciente recibió el tratamiento adecuado, "realizándose una estrecha vigilancia de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial con mediciones diarias, anotadas en historia clínica como consta en la misma, ya que el paciente presentó en ingresos previos, episodios de arritmia, fibrilación auricular e hipertensión mal controlada. Dichas mediciones y controles están anotadas en la historia clínica por los médicos del Servicio de Neumología que atendieron al paciente y eran estrictamente normales, como puede comprobarse". Además, consta que el paciente fue valorado por el Servicio de Radioterapia, a los dos días del ingreso. Y consta también la realización de controles analíticos de Sintrom, así como que fue valorado por diversos médicos del Servicio de Neumología, realizándose seguimiento y tratamiento adecuado.

El informe de la Inspección Médica, analizada la asistencia prestada al paciente, considera correcto el proceso seguido, sin que aprecie que se haya producido falta de atención, o de diligencia, ni pasividad, retraso o demora en la atención debida.

En este sentido señala que en el Servicio de Neumología se descartó la existencia de causas respiratorias o cardíacas de disnea "no detectándose en la radiografía realizada a su ingreso condensaciones, masas ni estenosis traqueal, tampoco en la gasometría había criterios de que precisase cuidados intensivos".



El citado informe expone que se instauró un tratamiento acorde a la práctica médica habitual, con antibioterapia empírica con amoxicilina clavulánico, de acuerdo con el estado que presentaba el paciente, no apreciándose signos clínicos de infección aguda en las exploraciones realizadas. Y que se implementaron los tratamientos previos para su patología neumológica y cardiológica, incluyendo controles de Sintrom que llevaron a su sustitución por otro tipo de anticoagulante.

Pone de manifiesto que el paciente requirió atención de neumólogos de guardia por exacerbaciones de su disnea habitual, que "respondían al tratamiento con corticoides mejorando su disnea", precisando que resulta una terapia usual en la práctica médica. El último episodio se presenta a las 3:00 horas del día 10 de mayo, con respuesta al tratamiento, no obstante lo cual se produce el desenlace final (a las 6:05 horas se avisa del éxitus).

El informe de inspección médica concluye indicando que el paciente "recibió tratamiento ajustado a la práctica habitual para una exacerbación de su patología pulmonar". También refleja que "presentaba comorbilidades oncológicas y cardiológicas asociadas que ensombrecían el pronóstico de su patología pulmonar, cardíaca y tumoral entre sí". Y aclara que se realizaron ajustes en el tratamiento seguido para estas patologías, incluyendo el cambio de anticoagulante, precisando que "dadas la mejoría de síntomas con el tratamiento pautado a primeras horas del día diez de mayo por neumólogo de guardia no era predecible el *exitus* inminente del paciente".

En el mismo sentido, el informe médico pericial de la aseguradora considera que la asistencia sanitaria prestada fue correcta y ajustada a la *lex artis*, sin que pueda advertirse la existencia de elementos constitutivos de mala praxis.

Expone que el paciente tras consulta en el Servicio de Urgencias fue ingresado en el Servicio de Neumología, donde, tras la valoración y análisis practicados, no se objetivaron signos de alarma, instaurándose un tratamiento que considera adecuado, y que se basaba en la administración de oxigenoterapia, nebulizaciones, antibióticos y glucocorticoides, manteniéndose el tratamiento previo del paciente.



Refleja la existencia de un registro documental extenso de la asistencia médica y de enfermería llevada a cabo. El paciente fue valorado por varios especialistas en Neumología, y por especialistas de Oncología Radioterápica, siendo evaluado también por los facultativos de guardia cuando fueron requeridos por el personal de enfermería. Entendiendo que la atención médica prestada ha sido correcta y ajustada a la *lex artis*.

En virtud de lo expuesto, puede considerarse, al acoger los argumentos recogidos en los informes médicos citados, que no existen razones objetivas que permitan constatar que la actuación de los profesionales clínicos haya sido negligente e incorrecta, ni que los medios utilizados hayan sido inadecuados, por lo que no se aprecia responsabilidad patrimonial de la Administración y, en consecuencia, 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 procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy2, en representación de Dña. yyy1, D. yyy3 y Dña. yyy4, y Dña. yyy5, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a su esposo, padre y hermano, respectivamente, D. vvvv, en el Complejo Asistencial Universitario de xxxx.

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