



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero y
Ponente

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en xxxxx el día 18 de enero de 2007, 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 4 de diciembre de 2006 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 5 de diciembre de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 1171/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Quijano González.

Primero.- El 12 de abril de 2001, Dña. xxxx acude al servicio de urgencias del centro de salud de xxxx por dolor en flanco derecho con irradiación a epigastrio y fosa iliaca derecha, de carácter cólico, escalofríos, náuseas, sin fiebre y refiriendo disuria los días anteriores. A la exploración no



presenta fiebre, la puñopercusión renal derecha es positiva, la tensión arterial es de 115/85 y el ritmo cardiaco es de 80 latidos por minuto. Se practica prueba de infección en orina con tira reactiva, siendo negativa. Con el diagnóstico de nefrolitiasis es dada de alta y se recomienda abundante ingesta de líquidos y tratamiento con analgésicos y espasmolíticos.

La paciente acude de nuevo al servicio de urgencias al día siguiente, en dos ocasiones, por persistencia de sintomatología, manteniéndose el mismo diagnóstico y añadiéndose Primperan al tratamiento.

El mismo 13 de abril de 2001, a las 18:42 horas, acude al servicio de urgencias del Hospital hhhhhh refiriendo dolor en fosa renal derecha desde hacía 30 horas, aproximadamente, sin clínica miccional y con vómitos. A la exploración presenta abdomen blando y depresible, dolor en ambos flancos a la palpación, puñopercusión renal derecha positiva, exploración cardiopulmonar normal, fiebre de 38,5° y TA de 140/70. Se detecta leucocitosis con desviación izquierda en el hemograma, nitritos negativos en orina, en la RX aparece litiasis menor de 5 mm en pelvis renal derecha y la ecografía abdominal muestra hallazgos sugerentes de pionefrosis grado II, litiasis grupo inferior (litiasis yuxtavesical derecha).

Previa firma del documento de consentimiento informado, el 14 de abril de 2001 se intenta, sin conseguirlo (stop infranqueable a 2-3 cm de meato), la colocación de un catéter doble J en la unidad renal obstruida. Permanece hemodinámicamente estable, con buen estado general y buena analgesia, por lo que se pauta actitud vigilante con antibioterapia. A las 09:00 horas presenta cuadro de hipotensión y shock séptico que requiere ingreso en la UVI. Tras la firma del documento de consentimiento informado, se efectúa nefrostomía percutánea derecha de urgencia con pielografía a través de la misma, que demuestra rotura de fornix de grupo superior con pequeño urinoma en polo superior de riñón derecho, presentando la paciente una evolución satisfactoria.

El 26 de abril de 2001, Dña. xxxxx es derivada al hospital de referencia para litotricia ureteral *in situ*, más colocación de doble J, que se lleva a cabo el 27 de abril de 2001 mediante ureterorrenoscopia, retirándose la nefrostomía percutánea después de haber comprobado la permeabilidad ureteral mediante pielografía anterógrada. Es dada de alta el 7 de mayo del 2001 con



normalización analítica y afebril durante más de 48 horas con medicación oral, con cita en urología para revisión ecográfica el 14 de mayo.

El 18 de junio de 2001 ingresa de nuevo para retirada del catéter doble J, realización de urografía y control microbiológico por infecciones urinarias de repetición, tratadas con antibiótico. Es dada de alta el 20 de junio, con urinocultivo negativo para bacterias, no datos de inmunodeficiencia, y con función renal bilateral.

En posteriores revisiones se informa de un episodio de candidiasis resuelto (diciembre de 2001), de dos pequeñas imágenes hiperecogénicas de 0,5 cm sugerentes de litiasis (ecografía de 31 de enero de 2002), cultivo de orina negativo y litiasis menor de 5 mm (revisión de 19 de febrero de 2002), recomendando revisiones anuales.

En la revisión efectuada en abril de 2003 la función renal es normal. La ecografía y la urografía son normales, sin existencia de litiasis ni dilatación pieloureteral residual.

Segundo.- El 23 de agosto 2001, D. yyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxx, presenta ante la Dirección Provincial del Insalud en xxxxx una reclamación por los daños y perjuicios derivados de la defectuosa asistencia que recibió en el centro de salud de xxxx y en el hospital de xxxxx. Cuantifica la indemnización en 20.000.000 de pesetas (120.202,42 euros), más los gastos de abogado e intereses.

Tercero.- Consta en el expediente, además de la historia clínica de la interesada, los siguientes informes médicos:

- Informe del coordinador médico de xxxx, fechado el 19 de diciembre de 2001.

- Informe de la Inspección Médica, de fecha 4 de julio de 2003, al que se acompaña bibliografía médica sobre el cólico renal, su sintomatología y tratamiento, la uropatía obstructiva y la nefrolitiasis.

Cuarto.- Concedido el trámite de audiencia, no consta que la interesada haya presentado escrito de alegaciones o documentación alguna.



Quinto.- El 15 de septiembre de 2006, el Director General de Desarrollo Sanitario propone desestimar la reclamación planteada.

Sexto.- El 18 de octubre de 2006, se formula propuesta de orden en el sentido de desestimar la reclamación interpuesta.

Séptimo.- El 2 de noviembre de 2006, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden desestimatoria, si bien se considera que no se ha acreditado debidamente la representación con la que actúa el reclamante.

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 la parte interesada presenta la solicitud de indemnización (el 23 de agosto de 2001) hasta que se formula la propuesta de orden (el 18 de octubre de 2006). 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. Asimismo no hay que olvidar 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 y 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 referida Ley 30/1992. Este Consejo considera que en el procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado se ha admitido tácitamente la representación de la interesada por el letrado firmante de la reclamación, por cuanto, a pesar de que en el expediente no consta dicho apoderamiento –sino un simple documento no acreditativo de la representación, de acuerdo con el artículo 32.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre–, se han admitido las actuaciones practicadas por dicho letrado.

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.

Este Consejo Consultivo se ha pronunciado (Dictamen 46/2005, de 10 de febrero, entre otros) en relación con la polémica que puede suscitar el caso analizado sobre la atribución de la competencia para resolver el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haberse iniciado antes de la fecha de efectividad del traspaso de competencias a la Comunidad de Castilla y León (1 de enero de 2002, conforme la letra k) del Acuerdo de traspaso aprobado por Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre). Quedaría solventada tal cuestión



mediante la Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de julio de 2003, que en un supuesto de denegación presunta por silencio administrativo y teniendo en cuenta el traspaso a la Comunidad Autónoma de Madrid de las funciones y servicios del Insalud, con efectos desde el primero de enero de 2002, estableció:

“Hemos de considerar aplicable la doctrina que establecimos en Sentencia de 30 de junio de 2003, en la que decíamos que si bien es cierto que la función del silencio administrativo es posibilitar al administrado el acceso al control jurisdiccional de la legalidad de la petición no contestada por la Administración, de modo que más que un acto en sentido estricto, es un eficaz medio para garantizar que aquel podrá acceder a una tutela judicial efectiva de sus derechos e intereses legítimos frente a la falta de respuesta expresa de la autoridad administrativa, sin embargo ello no obsta a que la atribución presunta de una determinada voluntad a la Administración, como consecuencia de aquella inactividad dentro del plazo legalmente establecido, no deba residenciarse en un determinado órgano administrativo, que, en su caso, habrá de ser normalmente el que fuere competente a la fecha en que aquella presunción se pudo hacer realidad como consecuencia del transcurso del mencionado término, puesto que con su conducta de pasividad es el que dio lugar a que a la voluntad administrativa se le pueda dar un sentido definido, en orden a poder acudir a su control jurisdiccional”.

De lo anteriormente expuesto se deduciría que se ha asentado la doctrina de que los servicios de salud de las Comunidades Autónomas no asumen las deudas derivadas de supuestos de responsabilidad patrimonial reclamadas antes del 30 de junio de 2001, incluso cuando la demanda contra la entidad gestora se interponga en el año 2002, puesto que el órgano competente para conocer de la reclamación “es aquél que dio lugar a que se interpusiera la demanda”. Aplicada esta conclusión a expedientes de responsabilidad patrimonial sanitaria iniciados antes del 30 de junio de 2001, resultaría que sería la Administración del Estado (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Ministerio de Sanidad) la competente para conocer y resolver sobre las mismas.

Ciertamente, la cuestión de la competencia, en relación con expedientes de responsabilidad patrimonial sanitaria iniciados a partir del 1 de julio de 2001, es bastante más clara, correspondiendo, sin duda, a la Administración de la



respectiva Comunidad Autónoma. Así lo ha entendido el Consejo de Estado en un expediente de responsabilidad patrimonial sanitaria iniciado por solicitud de 5 de julio de 2001 (Dictamen 3623/2003), en el cual señala lo siguiente:

“Únicamente debe resaltarse que la competencia resolutoria corresponde a la Comunidad de Madrid, en virtud del Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, por el que se transfirieron las competencias sanitarias. En efecto, aunque la intervención quirúrgica discutida se produjo el día 7 de junio de 2000 y la reclamación se ha presentado el 5 de julio de 2001 –antes, por tanto, de la transferencia de las competencias sanitarias–, la Comunidad de Madrid es quien debe tramitar y resolver este procedimiento de responsabilidad patrimonial, teniendo en cuenta que el artículo 20.1 de la Ley 12/1983, de 14 de octubre, del Proceso Autonómico, impone esta solución para los expedientes en tramitación en el momento de hacerse efectiva la transferencia”.

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

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

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la 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.

En las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. yyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxx, como consecuencia de los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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. En efecto, consta que lo hizo con fecha 23 de agosto de 2001, antes de transcurrir un año desde el momento en que tuvieron lugar los hechos por los que reclama, que acaecieron en abril de 2001.

6ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de orden de 18 de octubre de 2006 del Director General de Administración e Infraestructuras, que conduce a desestimar la reclamación formulada. De la documentación obrante en el



expediente se desprende que no ha concurrido la actuación negligente que la reclamante imputa a los servicios sanitarios públicos.

En este punto cabe recordar algunos aspectos de la teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica. Esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 o 3623/2003). Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis 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 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.

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.



En el caso que nos ocupa es necesario valorar si la asistencia médica prestada al reclamante resulta ajustada a las exigencias de la *lex artis ad hoc*.

Los diversos informes obrantes en el expediente consideran que las actuaciones llevadas a cabo fueron en todo momento adecuadas.

Así, el informe del coordinador médico señala: "Fue correctamente diagnosticada de una crisis renoureteral por nefrolitiasis como luego se demostró. Cálculo menor de 5 mm en ureter derecho. El tto. que se le pautó después de descartar razonablemente infección urinaria mediante la práctica de una tira reactiva (único medio disponible en el centro que fue atendida) fue el más correcto posible. En ningún momento se le detectó fiebre ni signos o síntomas de infección urinaria alta, tampoco oliguria ni taquicardia como refleja el informe al señalar que la paciente tenía un pulso rítmico de 80 latidos por minuto. Las dos visitas posteriores fueron por dolor que se trató de mitigar con un tto. totalmente correcto, en ningún momento era factible ni razonable pensar que la paciente evolucionara mal como lo hizo después de estar ya ingresada. Ratificamos que desde nuestro punto de vista la actuación de esta facultativa que atendió a la paciente fue en todo momento correcta y adecuada a una normal asistencia médica (...)"

Y el informe de la Inspección Médica afirma en sus conclusiones lo siguiente:

"El diagnóstico realizado por el facultativo de atención primaria que atendió a la paciente en abril de 2001 fue de nefrolitiasis, diagnóstico confirmado posteriormente en el ingreso hospitalario (RX en urgencias: litiasis menor de 5 mm).

»Se diagnosticó a la vista de la sintomatología que presentaba (dolor en flanco derecho y zona ilíaca derecha de tipo cólico, disuria, no fiebre, náuseas) y de la exploración pertinente (TA 115/85, pulso 80 1/min, multistix negativo, abdomen blando y depresible, no masas ni megalias, peristaltismo conservado, puñopercusión derecha positiva e izquierda negativa, expl. cardiopulmonar normal) una nefrolitiasis y se le prescribió el tratamiento adecuado para el proceso (analgésicos, antiespasmódicos, ingestión de líquidos y antieméticos).



»El cuadro que presentó con posterioridad y que fue motivo del ingreso hospitalario se debió a una complicación del proceso de nefrolitiasis diagnosticado y que en ningún momento por la sintomatología que presentaba y los resultados de las exploraciones realizadas hacía pensar que pudiera desencadenarse”.

En cualquier caso, las complicaciones sufridas por la reclamante durante su ingreso hospitalario se encuentran recogidas en el documento de consentimiento informado firmado por la paciente, sin que quepa apreciar la existencia de conducta inadecuada por parte de los profesionales médicos, lo que excluye la antijuridicidad del daño.

Por lo demás, el informe de la Inspección Médica y la bibliografía aportada consideran la sobreinfección urinaria con posibilidad de terminar en un cuadro de shock séptico como una de las principales complicaciones del cólico renal, reiterando el mencionado informe que las actuaciones practicadas por los profesionales fueron en todo momento adecuadas a la situación que presentaba la paciente.

Por tanto, a la luz de todo lo expuesto, teniendo en cuenta los datos y las consideraciones recogidos en los informes obrantes en el expediente y que la carga de la prueba corresponde al reclamante, puede concluirse que no se ha demostrado la existencia de una mala praxis médica en la asistencia prestada a la reclamante, quien en todo momento recibió una asistencia médica ajustada a la *lex artis ad hoc*.

Por todo ello, procede dictar resolución desestimatoria en el expediente sometido a dictamen.

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



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

presentada a instancia de Dña. xxxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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