



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. xxxxx López, Consejero y
Ponente

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 22 de junio de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 7 de abril 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 por Dña. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre, D. ppppp*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 11 de abril de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 381/2006, 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 la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. xxxxx López.

Primero.- Con fecha 23 de enero de 1997 Dña. xxxxx presenta un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial debido a los daños y



perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre, D. ppppp, en la hhhhh de xxxxx. Solicita una indemnización de 40 millones de pesetas.

Segundo.- D. ppppp, nacido el 5 de abril de 1934, presenta como antecedentes personales E.P.O.C., tromboflebitis en MII, ligadura de safena profunda izquierda, leucopenia secundaria a medicación tras absceso pulmonar y coleditiasis, según el informe del Servicio de Cardiología del Hospital de xxxxx de fecha 12 de abril de 1996. Consulta por notar aumento de fatigabilidad. Está diagnosticado de insuficiencia mitral con grado funcional II, en tratamiento con broncodilatadores; en el ecocardiograma aparece dilatación de cavidades izquierdas; válvula mitral no reumática con insuficiencia severa por rotura de cuerdas probablemente degeneración mixomatosa; insuficiencia aórtica leve e insuficiencia tricúspidea.

Consta como comentario que el paciente se encuentra en grado funcional II con frecuentes caídas en grado funcional III, por lo que se propone para cirugía de recambio valvular previo cateterismo y coronariografía, remitiéndose a la hhhhh de xxxxx.

Después de las pruebas recomendadas y siendo el diagnóstico final de insuficiencia mitral degenerativa, es intervenido quirúrgicamente el día 22 de mayo de 1996 con anestesia general y circulación extracorpórea, realizándosele implantación de prótesis mecánica bajo perfil bivalva ATS 31 mitral. En los días siguientes, se introduce tratamiento de sintrom y heparina, valorándose las cifras de protrombina y de INR. Durante los tres últimos días previos al alta, las determinaciones que se obtienen de tiempos de protrombina son 22, 23 y 30%, con INR de 2,37, 3,06 y 2,98. Se le da el alta el día 31 de mayo, viernes, constandingo como juicio clínico: Insuficiencia mitral severa de origen mixoide grado funcional III. Fibrilación auricular crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Varices con antecedentes de tromboflebitis. Recambio de la válvula mitral por ATS 31 MI.

En el informe se recomienda como tratamiento, entre otros, sintrom 4 mg, que "tomará a ser posible a las 18 horas, machacado o masticado medio comprimido diario para mantener el tiempo de protrombina (T. Quick) entre 20 y 35%. El INR alrededor de 3. Este tratamiento será controlado por su médico



de cabecera y/o cardiólogo de zona, el cual introducirá las modificaciones que considere oportunas e indicará las revisiones convenientes”.

El día 3 de junio de 1996 es visto por su médico de atención primaria y le deriva como preferente a consulta con el cardiólogo, quedando fijada la consulta para el 6 de junio.

El día 5 de junio ingresa por urgencias a las 17 horas porque desde hacía dos horas presentaba un cuadro de instauración brusca con disminución del nivel de conciencia y pérdida de fuerza en extremidades derecha y afasia. Es ingresado en neurología, donde se le diagnostica de A.C.V. de perfil embólico en territorio de la arteria cerebral media izquierda. El paciente presenta a su ingreso unas cifras de actividad de protombina del 40% con un INR de 1,62.

Presenta como secuelas afasia no fluente y nula actividad del miembro superior derecho.

El 28 de septiembre de 1998 se le reconoce un grado de minusvalía del 99%, correspondiendo un 92% por la hemiparesia derecha, enfermedades del aparato circulatorio y afasia.

Tercero.- Mediante escrito presentado ante la Dirección Provincial del Insalud con fecha 23 de enero de 1997, Dña. xxxxx solicita la investigación de los hechos que tuvieron lugar con su padre, el paciente D. ppppp, en relación con el insuficiente contenido del informe de alta emitido por la hhhhh de xxxxx y posterior deficiente seguimiento del tratamiento que se le prescribió, mediante un anticoagulante oral (sintrom), que produjo finalmente un infarto cerebral con múltiples secuelas. Considera que las indicaciones del informe de alta fueron incorrectas al señalar literalmente que “este tratamiento será controlado por su médico de cabecera y/o cardiólogo de zona, el cual introducirá las modificaciones que considere oportunas e indicará las revisiones convenientes”.

Por otro lado, manifiesta en su escrito que la terapia anticoagulante indicada por el Servicio de Cirugía Cardíaca de la hhhhh fue insuficiente. Señala que “al paciente se le puso un tratamiento puramente empírico que no se corresponde para nada con el actual, pues para mantenerse en el estado



óptimo de anticoagulación necesita mucha mayor dosis y lo que es más grave, tampoco se le indicó un control lo más urgente posible”.

Con fecha 31 de marzo de 1997, Dña. xxxxx solicita que se añada al anterior escrito la correspondiente reclamación económica al seguro de responsabilidad civil y expone:

“A todos los enfermos de estas características, el control de sintrom lo lleva única y exclusivamente el servicio de hematología del hospital más próximo. Según me ha informado dicho servicio, efectivamente, todos los pacientes que se han sometido a operaciones quirúrgicas de estas características, se les da un parte de alta de exacto formato, pero, bien un familiar o el propio enfermo a más tardar, se presenta a las 48 horas para hacerse el control de sintrom. ¿Por qué en este caso no se informó y se mandó hacer exactamente lo mismo?”.

En otro escrito, de 28 de abril de 1997, valora la indemnización en 40 millones de pesetas que desglosa en los siguientes conceptos:

- Secuelas físicas: pérdida de la capacidad de comunicación con el lenguaje hablado (afasia no fluente) y escrito; nula actividad en miembro superior derecho y secuelas dolorosas y físicas derivadas de la inmovilización y espasticidad. A pesar de haber recuperado la funcionalidad del miembro inferior derecho, ésta no ha sido global necesitando llevar un antiequino para la mejora de la marcha.

- 207 días de hospitalización y recuperación hasta estabilidad.

- Daños morales y psíquicos.

- Perjuicios derivados de gran invalidez y necesidad de ayuda de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria.

- Perjuicios económicos, al tener que eliminar la explotación ganadera que poseía y sus hijas abandonar el trabajo para dedicarse a su cuidado y rehabilitación.



- Pérdida de disfrute y placer de los grandes y pequeños acontecimientos de la vida que, pese a estar aquejado de diversas secuelas, le permitían llevar una actividad completamente normal.

Cuarto.- Constan en el expediente, además de la historia clínica, los informes que a continuación se detallan:

- Informe de 1 de julio de 1996 del Dr. fffff, de la Sección de Neurocirugía del Hospital de xxxxx, en el que se manifiesta:

“Paciente de 62 años de edad que ingresa el día 5.6.96 por presentar un ictus embólico en territorio de la arteria cerebral media izda., expresado clínicamente por hemiplejía derecha y afasia mixta.

»El paciente ha sido intervenido quirúrgicamente el 22.5.96 implantándosele una prótesis metálica en posición de válvula mitral instaurándose posteriormente anticoagulación con Sintrom.

»A su ingreso, la TAC se encontraba dentro de los límites normales, mostrando posteriormente la existencia de un infarto extenso en territorio de arteria cerebral media izda.

»Las cifras de actividad a su ingreso eran del 40% con INR 1.62.

»Lo que se informa a petición familiar.

»Actualmente el paciente continúa ingresado en nuestra Unidad en tratamiento rehabilitador y logopédico”.

- Informe de 8 de julio de 1996 del Dr. vvvvv, de la Sección de Neurología del Hospital de xxxxx.

- Informe de 16 de septiembre de 1996 de la Dra. mmmmm, del Servicio de Rehabilitación del Hospital de xxxxx, en el que se señala:



“El paciente ppppp, está siendo tratado en Nuestro Servicio de Rehabilitación a consecuencia de ACVA isquémica con Hemiplejía Derecha sufrido el 5 de junio del 96 y afasia no fluente.

»Aunque se encuentra en tratamiento de Logopedia y Terapia Ocupacional, el paciente no presenta nada de actividad en miembro superior derecho, dado el tiempo transcurrido no se espera recuperación del mismo.

»Los objetivos que tenemos con este paciente es mejorar la marcha y la mayor independencia posible y conseguir que utilice el miembro superior izquierdo en actividades de la vida diaria, ya que no es objetivo ningún indicio de recuperación en miembro superior derecho.

»Actualmente con respecto a Logopedia el paciente evoluciona favorablemente siendo una afasia no fluente en comprensión de órdenes simples y semicomplejas conservada, repetición conservada y fallos en denominación (anomia). Parafasias fonémicas y literales. Alexia y afasia”.

- Informe de 13 de febrero de 1997 del Dr. jjjjj, Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca de la hhhhh, del que, entre otros extremos, procede destacar:

“La dosis diaria de anticoagulante oral (Sintrom 4 mg), que se le recomendó se basó en las determinaciones diarias de Tiempo de Protrombina y del INR que se ejecutaron desde el día 23, primer día que comienza la terapia con Sintrom con 1 comprimido al día, hasta el día 30 de mayo, fecha en que se marcha de alta. El día 28.5.96, su Tiempo de protrombina (T. de Quick) es del 38% con un INR de 2.37, se le recomienda medio; el día 29 tiene 23% con 3.06, se le recomienda cuarto; y el día 30 de mayo tiene 30% con un INR de 2.98 y se le recomienda medio. La recomendación de la dosis diaria de Sintrom se hace sobre la base de las determinaciones del tiempo de protrombina (Quick) e INR de los últimos tres días.

»Rechazamos rotundamente que hayamos actuado de forma negligente. Nuestra recomendación de la pauta de Sintrom (que debe ser monitorizada y controlada (...) regularmente), no fue empírica. (...)”.



- Informe de 25 de febrero de 1997 del Dr. ccccc, de la hhhhh, expedido en contestación a la reclamación formulada por Dña. xxxxx, del que procede destacar los siguientes extremos:

“Según me informa el Servicio de Cirugía Cardíaca, el paciente fue intervenido el 22 de mayo de 1996, por presentar insuficiencia mitroaórtica severa con fibrilación auricular. Permaneció 7 horas en la UVI intubado, cursando el postoperatorio con normalidad y siendo dado de alta el 31 de mayo de 1996.

»Durante su estancia se ajustó debidamente la dosis de anticoagulantes por vía oral (Sintrom), con arreglo a las cifras de tiempo de protrombina y de INR, que se realizaron diariamente. Durante los tres últimos días, las determinaciones que se obtuvieron en tiempos de protrombina fueron 22, 23 y 30%, con INR de 2,37, 3,06 y 2,98.

»Se le dio el alta con una dosis de ½ comprimido diario de Sintron. Indicándole para orientar a su médico de cabecera, las cifras ideales de tiempo de protrombina y INR que debían mantener. Se le especificó como todos los enfermos debían ser controlados por su médico de cabecera.

»De todo ello se puede deducir que los cirujanos cardíacos responsables, no actuaron de manera empírica y negligente”.

- Informe de inspección, de 30 de junio de 1997, en el que, en relación con la pretensión de D. ppppp asistido por su hija, quienes consideran que al ACV podía haber sido evitado si en la Clínica de hhhhh le hubiesen pautado correctamente el sintrom y si el seguimiento se hubiera realizado por un Servicio de Hematología, y no por su médico de cabecera y/o cardiólogo, como le indicaron al ser dado de alta en la clínica, se realizan las siguientes observaciones:

“Del análisis de cuantos antecedentes obran en el expediente, cabe deducir que la asistencia sanitaria prestada por el Insalud, fue en todo momento, la correcta, teniendo carácter de continuidad en el tiempo, y sin que pueda ser apreciada actuación negligente por parte de los profesionales que le trataron. Una vez dicho esto es necesario hacer resaltar que el paciente es tratado en la Clínica de hhhhh de forma correcta, pautándose el Sintrom de



forma correcta pues la recomendación de la dosis diaria de Sintrom se hizo sobre la base de las determinaciones del tiempo de protrombina e INR de los últimos tres días según se manifiesta en informe emitido por el Servicio de Cirugía Cardíaca de la citada clínica.

»A la vista de cuanto antecede no puede demostrarse que la actuación del citado centro no fuese la correcta”.

Quinto.- Cumplido el trámite de audiencia, el 5 de septiembre de 1997 la interesada formula alegaciones en las que manifiesta:

“- ¿Me podrían explicar en qué criterios médico-científicos se han basado para considerar al octavo día postoperatorio a un paciente estabilizado para darlo el alta (sic) haciendo una media de los tres últimos días, no monitorizar el tratamiento a su salida del hospital, y con un fin de semana por medio?

»- La pauta de sintrom (...) debe ser controlada a diario, días alternos o cada dos días a lo sumo en pacientes no estabilizados y muy especialmente en las primeras semanas de la intervención (...).

»- En cualquier caso, quiero que el Insalud aclare si también el médico de cabecera tuvo parte de responsabilidad al no emitir un volante urgente al Servicio de Hematología y contribuyera a que el paciente permaneciera en casa seis días sin hacerse el control de sintrom.

»- Además de la válvula mecánica en posición mitral, el paciente tenía una serie de factores de riesgo añadidos: aurícula izquierda de gran tamaño, disfunción ventricular sistólica y la fibrilación auricular incrementaban la posibilidad de formación de trombos”.

Aporta, junto con el escrito de alegaciones, diferentes informes y partes de asistencia, cartillas de control de sintrom y bibliografía médica.

Sexto.- Por la Subdirección Provincial de Asistencia Sanitaria de xxxxx se solicita informe a la hhhhh; en contestación de 9 de diciembre de 1997, se aporta una copia del informe de alta del paciente, el cual ya constaba en la documentación adjuntada por la propia reclamante.



Séptimo.- El 28 de agosto de 1998, la interesada formula nuevas observaciones al expediente. En ellas critica el informe de inspección, pues no considera que pueda hablarse de "atención continuada en el tiempo" cuando en seis días no se le manda ni se efectúa análisis alguno para la comprobación de una buena anticoagulación. Aporta nueva documentación que considera relevante para el caso.

El 23 de marzo de 1999, la reclamante aporta nuevas cartillas de control de sintrom y resolución de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de xxxxx por la que se reconoce a D. ppppp una minusvalía del 99%.

Con fecha 7 de diciembre de 1999, se aportan resultados de determinaciones de sintrom para que consten en el expediente.

Mediante escrito de 13 de diciembre de 1999 la reclamante solicita la resolución del expediente.

El 7 de mayo de 2004, la interesada solicita a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León que se informe sobre el expediente tramitado por el Insalud, una vez producidas las transferencias.

Octavo.- Con fecha 16 de marzo de 2006, la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación formulada.

Noveno.- El 23 de marzo de 2006, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta desestimatoria.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

Décimo.- Al amparo de lo dispuesto en el artículo 18.3 de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, se solicita informe de expertos sobre las siguientes cuestiones:

- Si a la vista de los antecedentes personales que presentaba el paciente, reflejados en el informe del Servicio de Cardiología de xxxxx de 12 de



abril de 1996, y que podrían ser considerados como importantes factores de riesgo, no habría sido necesario remitirle al Servicio de Hematología del hospital más próximo para que se le practicara el control del sintrom, con la mayor brevedad posible, en vez de derivarle directamente al médico de cabecera y/o cardiólogo, sin concretar el momento en que debía acudir a revisión.

- Si la actuación llevada a cabo por el médico de cabecera, a quien acudió el paciente por propia iniciativa el día 3 de junio de 1996, fue ajustada a la *lex artis ad hoc*, a la luz del contenido del informe de alta expedido el 31 de mayo de 1996 por la hhhhh de xxxxx, cuando adoptó la determinación de remitirlo como preferente al cardiólogo para consulta, que debía haberse celebrado el 6 de junio de 1996, o si, por el contrario, el facultativo debió llevar a cabo otro tipo de actuación.

- Si se considera que el control del sintrom fue pautado correctamente o si, por el contrario, teniendo en cuenta los antecedentes personales del paciente, el accidente isquémico pudo haberse evitado de haberse realizado, antes de los seis días desde la fecha del alta, el análisis correspondiente para la comprobación de la existencia de una buena anticoagulación.

Con fecha 28 de abril de 2006, la Presidenta del Consejo, a solicitud del Consejero Ponente en este asunto, acuerda solicitar un informe a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, al amparo de lo previsto en el artículo 54 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo.

Dicho informe es emitido con fecha 31 de mayo de 2006 por el Dr. ggggg, Jefe del Servicio de Hematología del Hospital rrrrr de xxxxx, y en él constan las siguientes conclusiones:

“El enfermo fue diagnosticado en el hospital de xxxxx (12.04.1996) de una insuficiencia mitral en fibrilación auricular (ya presente en informes previos) con aurícula izquierda dilatada, lo que constituía indicación de anticoagulación. El tratamiento realizado durante su ingreso del día 17 al 31 de mayo por el Servicio de Cirugía Cardíaca de la hhhhh fue correcto, durante su estancia se realizó una anticoagulación adecuada. Por otra parte es evidente que no existió concreción por parte del centro en la fecha de control y que debiera haber existido. El médico de cabecera que atendió al paciente el



03.06.1996 debiera haber solicitado ya control de anticoagulación (cuando acudió a consulta habían pasado ya 4 días del último control, la cita para el cardiólogo era una semana después del último control y aún habría que realizarlo) con lo que podría haberse modificado la dosis. Finalmente, se trata de una situación propiciada por una dosis no suficiente, no podemos asegurar que el paciente tomó la medicación prescrita adecuadamente, ni tampoco podemos saber si el INR de 1,6 que presentó el día del ingreso por ictus cerebral estaba ya presente en los días previos”.

Undécimo.- Mediante Acuerdo de la Presidenta del Consejo Consultivo de Castilla y León de 9 de junio de 2006, se levanta la suspensión para la emisión del dictamen solicitado.

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, es preciso hacer una observación a la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente tardanza en su tramitación, aun teniendo en cuenta el momento en el que se produjo el traspaso a la Comunidad de Castilla y León de las funciones y servicios del Insalud, llevada a cabo por el Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre. Así, mientras que el escrito de reclamación tuvo entrada en la



Dirección Provincial del Insalud en xxxxx el 23 de enero de 1997, hasta el día 16 de marzo de 2006 no se emitió la propuesta de resolución, lo que necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de los 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, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización de responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

En el supuesto que nos ocupa, y según la jurisprudencia del Tribunal Supremo, deducible de sentencias sobre cuestiones de competencia negativa, tales como Sentencia de 8 de marzo de 2004 del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Primera, debemos entender que, al encontrarnos ante una actuación administrativa respecto de la que no existía resolución expresa, una vez producido el traspaso a la Comunidad Autónoma de las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud –Insalud–, la competencia para la resolución de la presente reclamación ha de atribuirse a la Administración de Castilla y León; por lo que, a su vez, la competencia para conocer de los procesos que se susciten en dichos supuestos debe atribuirse a la correspondiente Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia 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, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo



Común, 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 (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 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), 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.

Además, 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* 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.- La interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, según el cual, “en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En efecto, consta que los primeros escritos de reclamación los presenta el 23 de enero y 31 de marzo de 1997, esto es, antes de transcurrir un año desde el momento en que tuvo lugar la asistencia por la que reclama, que se produjo durante los meses de mayo y junio de 1996.

6ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por Dña. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre, D. ppppp.

La cuestión fundamental se centra en determinar si los daños sufridos por D. ppppp como consecuencia del tratamiento que le fue dispensado tienen o no carácter antijurídico, haciendo surgir o no, junto a los demás presupuestos, la obligación de reparar de la Administración.

En este sentido hay que señalar que la teoría de la *lex artis* constituye desde hace años un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, teoría que 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 y 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* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.

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

La doctrina expuesta, aplicada al caso que nos ocupa, requiere analizar si ha existido un funcionamiento anormal de la Administración sanitaria y si dicha actuación es la causa de los daños sufridos por el padre de la reclamante.

Señala la interesada en sus escritos que el ACV podía haber sido evitado si en la Clínica de hhhhh le hubiesen pautado correctamente el sintrom y si el seguimiento se hubiera realizado por un Servicio de Hematología y no por su médico de cabecera y/o cardiólogo, como le indicaron al ser dado de alta en la clínica.

En primer lugar procede poner de manifiesto que no existen datos en el expediente que permitan llegar a la conclusión de que el paciente no se encontrara estabilizado en el momento del alta. Las pautas de sintrom se hicieron sobre las determinaciones del tiempo de protrombina e INR de los tres últimos días de ingreso, cuyo resultado fue: determinaciones que se obtuvieron de tiempos de protrombina: 22, 23 y 30%, con INR de: 2,37, 3,06 y 2,98.

En el informe del alta expedido el 31 de mayo de 1996 por la hhhhh, Clínica hhhhh, se observa que tras especificar el tratamiento recomendado (progresiva actividad durante las próximas cinco semanas, alimentación pobre en sal y diferente medicación), en relación con el sintrom se indica que "se



tomará a ser posible a las 18 horas, machacado o masticado, medio comprimido diariamente para mantener el tiempo de Protrombina (T. Quick) entre 20 y 35%. El INR alrededor de 3". Igualmente se hace constar que "este tratamiento será controlado por su médico de cabecera y/o cardiólogo de zona, el cual introducirá las modificaciones que considere oportunas e indicará las revisiones pertinentes".

Como ya se apuntaba anteriormente, las irregularidades que se denuncian se refieren tanto a la inadecuada derivación del paciente a su médico de cabecera y/o cardiólogo como a la falta de concreción en el informe expedido por la clínica, en el que no se especifica el momento en el que el control debe efectuarse.

En relación con la omisión en el informe del momento en el que el control del tratamiento debía realizarse, es cierto que se aprecia una falta de concreción patente, pues en el informe de alta de 31 de mayo de 1996 no se realiza ninguna pauta al respecto. Está claro que este extremo debía haber estado debidamente especificado en el informe de alta, pues, en modo alguno puede dejarse la elección del momento al paciente, teniendo en cuenta su delicada situación, debida a la patología y complicaciones que presentaba.

Desde esta perspectiva, puede afirmarse que ha existido un funcionamiento anormal de la Administración sanitaria. No obstante, esta falta de diligencia por parte de los servicios de salud fue subsanada por la actuación del interesado quien, por propia iniciativa, tras ser dado de alta el día 31 de mayo de 1996, acudió a su médico de cabecera el día 3 de junio de 1996, pasado el fin de semana, es decir, tres días después de haber sido dado de alta. De forma que la actuación diligente del paciente subsanó la negligencia que supuso la falta de concreción del informe de alta expedido por la Clínica hhhh.

Respecto a la derivación a su médico de cabecera y/o cardiólogo hay que indicar, tal y como manifiesta el Dr. ggggg en su informe, que "en terapéutica anticoagulante coexisten actualmente en nuestro país dos modelos organizativos; el primero de ellos centralizado en el servicio de Hematología, según el modelo holandés; el segundo descentralizado en atención primaria". Por ello, si bien lo habitual suele ser que el primer control se realice por el Servicio de Hematología y los posteriores por el médico de atención primaria,



este *modus operandi* no supone que el hecho de que el primer control sea llevado a cabo por el médico de familia pueda considerarse una actuación inadecuada, teniendo en cuenta que es este facultativo el encargado de valorar y controlar todo el tratamiento indicado a los pacientes, y quien, además, interactuará con los especialistas que sean necesarios en el seguimiento de las diferentes patologías que aquéllos presenten. Ha de considerarse igualmente que el paciente, a pesar de haber sido derivado, procedía de la Clínica hhhhh, es decir, de un centro que no era el suyo habitual, razón por la que resulta comprensible que la entrada en el sistema de control y seguimiento de su patología y posible valoración especializada se realizara a través del médico de atención primaria.

Otra de las cuestiones que procede analizar es si la actuación del médico de atención primaria, al derivar al paciente como preferente al cardiólogo, fue correcta o si, por el contrario, la *lex artis ad hoc* aconseja una intervención diferente.

Para abordar esta cuestión es necesario recordar que el paciente fue asistido por el médico de atención primaria el lunes 3 de junio de 1996. Una vez que éste analizó el informe de alta expedido el 31 de mayo de 1996, y al comprobar que no existían datos que aconsejaran una actuación urgente, remitió al paciente al cardiólogo, fijando la consulta para el día 6 de junio, fecha en la que aún no había transcurrido una semana desde el momento en que el paciente fue dado de alta por la hhhhh.

Ha de considerarse que el paciente había estado sometido a tratamiento anticoagulante oral con sintrom durante el tiempo comprendido entre el 23 de mayo y el 3 de junio, realizándosele el último control el 30 de mayo, es decir, un día antes de ser dado de alta.

Según se indica en el informe del Dr. ggggg, "el enviarlo al cardiólogo para seguimiento del paciente es correcto en el sentido de atención global del paciente. Sin embargo, respecto al control de anticoagulación parece más adecuado que el médico de cabecera hubiese solicitado un control al servicio de Hematología de forma inmediata. De esta forma el cardiólogo pudiera haber dispuesto de un control de anticoagulación reciente ya en su visita y no se hubiera introducido el nuevo factor de demora al tener que solicitarlo éste". Y añade, "no obstante, la realización del control por parte del servicio de



Hematología el día 3 o 4, es discutible que pudiera haber evitado el episodio trombótico”.

Ahora bien, aun cuando se considere que la dosis de sintrom fue pautada correctamente en el momento en el que el paciente fue dado de alta, parece que puede afirmarse con bastante certeza, que no seguridad, que un control del sintrom realizado antes de los seis días desde la fecha del alta, tal y como estaba previsto, con el fin de comprobar el estado de coagulación, pudiera haber evitado el accidente isquémico.

De ahí que si el médico de cabecera hubiera ordenado el control del sintrom, aun cuando fuera con el fin de no demorar su práctica y conseguir que el cardiólogo contara con los datos resultantes en el momento en que el paciente debía ser visto en consulta, podía haberse comprobado la alteración de los niveles de protrombina (40%) y el índice de INR (1,62), y, por consiguiente, adaptar la dosis de sintrom a las circunstancias presentadas por el paciente.

Es una realidad que estos índices ponen de manifiesto una alteración en la coagulación que acrecentaría los riesgos de sufrir complicaciones, como de hecho sucedió. Sin embargo, no se conocen las razones a las que puede obedecer la existencia de dichos niveles. Parece bastante improbable que las alteraciones referidas tengan como única causa una variación en su alimentación o hábitos de vida. Tampoco puede asegurarse que dichos niveles respondan al olvido o inexactitud en la ingesta de la dosis del medicamento pautado. Y, además, con los antecedentes que presentaba el paciente, era difícil descartar que se produjera una complicación como la que efectivamente experimentó y de la que se derivaron importantísimos daños.

No obstante, y al margen de las causas que pudieran motivar tales alteraciones, existen indicios que apuntan a que concurrían grandes posibilidades de que el accidente isquémico hubiera podido ser, si no evitado, al menos paliado, en el supuesto de haberse observado una mayor diligencia en el control, tendente a comprobar la existencia de una buena anticoagulación. Según se reconoce en el informe emitido por el especialista, se trata de una situación propiciada por una dosis no suficiente. Si bien no puede asegurarse que el paciente tomó la medicación prescrita adecuadamente, ni tampoco



podemos saber si el INR de 1,6 que presentó el día del ingreso por ictus cerebral estaba ya presente en los días previos.

Estas realidades permiten estimar parcialmente la reclamación, debiendo asumir la Administración sanitaria el 50% de la indemnización que resulte y que deberá ser fijada a través del correspondiente expediente contradictorio en el que se aclararán pormenorizadamente los conceptos indemnizatorios.

En este sentido parece lo más oportuno fijar la cuantía de la indemnización en cifra global y atemperada a la coincidencia de causas y al dolor o padecimientos sufridos, así como al fatal desenlace.

En cuanto a la valoración de la indemnización que debe reconocerse a la parte reclamante, es necesario decir que la fijación de la cuantía de las indemnizaciones por la responsabilidad en la que pueda incurrir la Administración en el ámbito sanitario se caracteriza por una auténtica ausencia de criterios, lo que ha llevado a que las cuantías otorgadas por los tribunales hayan sido totalmente dispares.

No obstante, en los últimos tiempos se viene apuntando como posible alternativa la adopción de los baremos de valoración de daños personales establecidos para la responsabilidad civil derivada de los accidentes de circulación. Este Consejo considera que la forma más objetiva de efectuar la valoración de los daños causados es acudir al repetido criterio (Dictámenes del Consejo de Estado de 13 de junio de 1996, nº 1951; 31 de mayo de 2001, nº 915; y 8 de noviembre de 2001, nº 2673) del baremo establecido para las indemnizaciones de las compañías aseguradoras en accidentes con vehículos a motor recogido en la modificación de la Ley de Uso y Circulación de Vehículos a Motor, de 21 de marzo de 1968, contenida en la disposición adicional octava de la Ley 30/1995, de 20 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, pertinentemente actualizado para el año 1996, en que ocurrieron los hechos, por Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de 1996, considerando también las resoluciones judiciales que últimamente han valorado esa responsabilidad objetiva, todo ello dentro del correspondiente procedimiento contradictorio (se sigue en esto la doctrina sentada por el Dictamen 232/2004, de 29 de julio, de este Consejo Consultivo).



Esta forma de valoración incluye en sus cálculos los daños morales y factores de corrección por perjuicios económicos debidos a la disminución de ingresos, con un grado de objetividad que merece la confianza de este Consejo Consultivo. No obstante, a efectos prácticos sólo se establecen dos supuestos para la admisión de un daño moral complementario: “lesionados que queden con una secuela valorada en más de 75 puntos o en más de 90 si concurren varias y el de los familiares de los grandes inválidos”, supuesto aplicable al caso que nos ocupa.

Por último, debe advertirse que aunque el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, salva de sus disposiciones derogatorias a la citada disposición adicional octava, la misma es derogada a su vez por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. No obstante, en virtud de la disposición transitoria única de este último texto refundido, subsisten los sistemas de cálculo indemnizatorio anteriores para el caso de accidentes ocurridos antes de su entrada en vigor.

Respecto al momento en que ha de valorarse el perjuicio indemnizable, el artículo 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, dispone que “la cuantía de la indemnización se calculará con referencia al día en que la lesión se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en la que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad, con arreglo al índice de precios al consumo fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley General Presupuestaria”.

La cantidad derivada de dicha actualización será coincidente con las indemnizaciones básicas recogidas en la tabla I del anexo I de la Resolución de 24 de enero de 2006 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se da publicidad a las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal, que resultarán de aplicar durante 2006 el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución estimatoria parcial, en los términos expuestos en el cuerpo de este dictamen, en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre, D. ppppp.

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