



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero y
Ponente

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 19 de octubre de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. 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 septiembre 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 D. xxxxx debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 6 de septiembre de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 898/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión de dictamen, previa ampliación del mismo, 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. Estella Hoyos.

Primero.- D. xxxxx, de 66 años de edad, acude el 7 de agosto de 2003, a las 20:40 horas, al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx. Como antecedentes médicos se mencionan tuberculosis pulmonar, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, fumador de 20 cigarrillos al día, y con baja visión en el ojo izquierdo debido a un traumatismo en la infancia.



El paciente refiere como motivo de la urgencia –y así lo anota en el informe de urgencias el médico que le atiende– visión borrosa durante un periodo de cuatro horas aproximadamente, sin ninguna otra sintomatología asociada, y con recuperación total de la visión en el momento de acudir a urgencias. La exploración realizada al paciente constata que se encuentra consciente y orientado, con buena coloración cutáneo-mucosa, pupilas isocóricas y reactivas, sin pérdida de fuerza ni parestesias. La glucemia en ese momento es de 72 mg/dL. El Dr. fffff le diagnostica cuadro de hipoglucemia y le remite para control por su médico de cabecera. Asimismo, en la hoja de atención en urgencias consta la palabra recomendaciones, sin más comentarios sobre su contenido.

Ese mismo día, por la noche (02:30 horas del 8 de agosto de 2003), acude de nuevo al Servicio de Urgencias de dicho hospital, refiriendo como motivo de la urgencia que está padeciendo de nuevo un episodio de pérdida de visión en el ojo derecho. Tras la correspondiente exploración, y al apreciar amaurosis (pérdida completa de visión) en el ojo derecho del paciente, se le deriva al Hospital xxxxx, de xxxxx, para su valoración en Urgencias de Oftalmología, ya que en el Hospital hhhhh no hay oftalmólogo de guardia.

En el Hospital xxxxx el paciente es diagnosticado de una oclusión de la arteria central de la retina de su ojo derecho. Se instaura tratamiento inmediato con masaje ocular, punción y drenaje de humor acuoso de cámara anterior, hipotensores oculares sistémicos y antiagregación plaquetaria. Se realiza, además, un estudio analítico sistémico y se solicita estudio a los Servicios de Neurología y Cardiología, diagnosticándose una arritmia cardiaca (fibrilación auricular), para la que se pauta tratamiento mediante anticoagulación (Sintrom). Se descartan asimismo otras causas frecuentes de oclusión de la arteria central de la retina como son la arteritis de células gigantes y los embolismos de origen carotídeo. A pesar del tratamiento, el paciente permanece con una visión muy pobre en ese ojo.

Dado que el ojo izquierdo del reclamante sufrió un traumatismo en la infancia y presenta, entre otras cosas, una catarata de origen traumático, se decide intervenir al reclamante en el Hospital xxxxx para conseguir la máxima visión posible en ese ojo, ya que el ojo derecho permanece con muy baja visión tras el episodio de oclusión de la arteria central de la retina. El ojo izquierdo es intervenido de catarata el día 9 de agosto de 2003, mediante lisis de sinequias y facoemulsificación con implante de lente intraocular, bajo anestesia tópica (en forma de colirio), intervención que cursa sin complicaciones.



Segundo.- Con fecha 6 de agosto de 2004, D. xxxxx presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños causados por la pérdida de visión de su ojo derecho a consecuencia de un error de diagnóstico en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh, donde acudió a las 20:40 del día 7 de agosto de 2003, a causa de un episodio de visión borrosa de cuatro horas de evolución.

El reclamante considera que no se le hicieron las pruebas diagnósticas apropiadas a la clínica oftalmológica que presentaba, lo que hubiera permitido establecer un diagnóstico certero y aplicar un tratamiento adecuado, evitando así la pérdida de visión que padece actualmente en su ojo derecho, con las secuelas y perjuicios morales asociados.

Reclama como indemnización la cantidad de 121.883,79 euros.

Acompaña a su reclamación la siguiente documentación:

- Informes de urgencias, fechados el 7 y el 8 de agosto de 2003.
- Copia de la reclamación presentada por la hija del reclamante en el libro de reclamaciones del Hospital hhhhh el día 22 de agosto de 2003.
- Copia del escrito dirigido por los hijos del reclamante a la Inspección Médica de la Gerencia de Área de Salud de xxxxx el día 5 de enero de 2004, solicitando contestación a su pregunta de si existió negligencia médica en la asistencia de 7 de agosto de 2003 a su padre.
- Escrito de la Jefe de la División de Asistencia Sanitaria e Inspección de 15 de abril de 2004, contestando a la solicitud.
- Artículos doctrinales (en inglés) relativos a la oclusión de la arteria central de la retina.
- Informe médico del Dr. zzzzz, fechado el 15 de julio de 2004.

Tercero.- Al expediente se ha incorporado la siguiente documentación:

- Parte del Seguro de Responsabilidad Sanitaria.
- Historia clínica del D. xxxxx.



- Informe del Dr. fffff, facultativo que asistió al interesado el día 7 de agosto de 2003 en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh, de fecha 8 de septiembre de 2004, en el que indica:

“Paciente de 66 años que acudió a urgencias refiriendo que había tenido visión borrosa por un periodo de 4 horas aproximadamente, pero que actualmente estaba asintomático, quería saber qué le podía haber pasado, consideré que al estar en ese momento asintomático (sin síntomas oculares), el proceso que había tenido podría ser de tipo general, se le tomaron las constantes vitales y se le realizó un gluco-test dando 72, por lo que consideré que la causa podía haber sido una hipoglucemia; le hice unas recomendaciones, y le remití a su médico de cabecera para su control.

»No consideré que hubiese tenido una amaurosis fugaz, pues ésta es la pérdida de la visión de un ojo, debido a la ausencia temporal de sangre en la retina, y lo que el paciente me refirió fue visión borrosa.

»Considero que si el paciente hubiese tenido una oclusión de la arteria central de la retina, el día 7 de agosto a las 20,40, no hubiera manifestado encontrarse en ese momento asintomático”.

- Informe de la Inspección Médica, de fecha 23 de noviembre de 2004.

- Informe realizado conjuntamente por las doctoras qqqqq y vvvvv, especialistas en oftalmología, de fecha 20 de enero de 2005, que establece las siguientes conclusiones:

“El paciente consultó inicialmente por un cuadro de disminución de la agudeza visual recuperada en el momento de la consulta. Se realizó una adecuada valoración del enfermo en base a la clínica y los hallazgos de la exploración. La clínica y los datos de la exploración física (reactividad pupilar normal) no eran claramente sugestivos del cuadro que finalmente se diagnosticó.

»Si bien es cierto que no se practicó un fondo de ojo hay que señalar que ésta no es una exploración que se realice de forma habitual en casos como este y que incluso en el caso de haberse realizado muy probablemente no se hubiera encontrado ningún hallazgo pues el cuadro clínico había desaparecido en el momento de su valoración en urgencias y las alteraciones retinianas en estos casos resultan difíciles de ver incluso para un



oftalmólogo experimentado.

»Aún suponiendo que se hubieran podido detectar indicios de oclusión de la arteria central de la retina en esa primera atención en urgencias, y habiendo comenzado con el tratamiento inmediatamente, las posibilidades de recuperación visual eran escasas, ya que llevaba más de 4 horas de evolución del cuadro clínico y no existe evidencia científica clara de que ningún tratamiento sea más efectivo que la evolución natural de la enfermedad.

»A partir de la segunda atención en urgencias, tanto el diagnóstico como el tratamiento de la oclusión de la arteria central de la retina fueron correctos y adecuados a los conocimientos actuales de la medicina, a pesar de lo cual no se consiguió recuperar la visión en ese ojo, ya que el pronóstico de esta enfermedad, incluso con tratamiento, no es favorable.

»En definitiva, los profesionales que asistieron al paciente en las diferentes ocasiones actuaron de conformidad con las exigencias de la *lex artis ad hoc*.

Cuarto.- Mediante escrito de 21 de abril de 2005, el Jefe de Servicio de Inspección comunica a la Gerencia de Salud de Área de xxxxx que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil considera que no procede acceder a la solicitud de indemnización.

Quinto.- En el trámite de audiencia, el interesado presenta un escrito de alegaciones en el que reitera su pretensión inicial.

Sexto.- Consta en el expediente la interposición por parte del interesado de un recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, cuyo expediente es objeto del presente dictamen.

Séptimo.- Con fecha 22 de mayo de 2006, el Director General de Desarrollo Sanitario formula propuesta desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

Octavo.- El 19 de julio de 2006, el Director General de Administración e Infraestructuras formula la propuesta de orden en el sentido de desestimar la reclamación interpuesta.



Noveno.- El 1 de agosto de 2006, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden indicada.

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, en lo sustancial, 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 el interesado presenta la reclamación (el 6 de agosto de 2004) hasta que se formula la propuesta de orden (el 19 de julio 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.

Debe recordarse, asimismo, que conforme al artículo 89.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, la resolución (y también su notificación, de acuerdo con el tenor literal del artículo 58.2 de la referida ley) debe indicar los recursos que procedan contra la misma, el órgano ante el que deben presentarse y el plazo para su interposición.



3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

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

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

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

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

e) Ausencia de fuerza mayor.



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

5ª.- El motivo de la reclamación formulada se basa en la existencia de un error en el diagnóstico del reclamante el día 7 de agosto de 2003 en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx.

El interesado 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. En efecto, consta que lo hizo con fecha 6 de agosto de 2004, antes de transcurrir un año desde el momento en que tuvo lugar el hecho causante por el que reclama, que se produjo el día 7 de agosto de 2003.

6ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de orden de 19 de julio de 2006 del Director General de Administración e Infraestructuras, expuesto en su fundamento de derecho III, que conduce a desestimar la reclamación del interesado. De la documentación obrante en el expediente se desprende que no ha concurrido la actuación negligente que el reclamante imputa al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx.

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.

Pues bien, a la vista de lo anterior, el reclamante –al que corresponde la carga probatoria– no ha aportado pruebas que confirmen sus tesis y que permitan afirmar que fue mal diagnosticado o tratado con vulneración de la *lex artis ad hoc*.

Así, el diagnóstico al que se llegó el día 7 de agosto de 2003 en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh fue hipoglucemia. Según el informe del Dr. fffff, el motivo por el que el paciente acudió a urgencias fue haber tenido visión borrosa durante aproximadamente cuatro horas, si bien en ese momento se encontraba asintomático. El propio médico descartó la existencia de una amaurosis fugaz –pérdida de la visión de un ojo–, pues lo que el paciente refirió fue visión borrosa. Concluye señalando que “si el paciente hubiese tenido una oclusión de la arteria central de la retina, el día 7 de agosto a las 20,40, no hubiese manifestado encontrarse en ese momento asintomático”.

El informe realizado conjuntamente por las doctoras qqqqq y vvvvv considera que el cuadro clínico que refería el paciente –visión borrosa ya recuperada– no era compatible con una oclusión completa y persistente de la arteria central de la retina, ya que ésta produce un cuadro de pérdida completa de visión; y sí, en cambio, con el de hipoglucemia. La asistencia prestada fue adecuada a la clínica que presentaba el paciente y a los hallazgos de la exploración (reactividad pupilar normal), los cuales no eran claramente sugestivos del cuadro que finalmente se diagnosticó.



Continúa señalando que no se practicó un fondo de ojo con el oftalmoscopio directo, por no ser ésta una exploración habitual en casos como éste. Pero que, “incluso en el caso de haberse realizado, muy probablemente no se hubiera encontrado ningún hallazgo pues el cuadro clínico había desaparecido en el momento de su valoración en urgencias y las alteraciones retinianas en estos casos resultan difíciles de ver incluso para un oftalmólogo experimentado”. Es decir, en la primera asistencia en urgencias se llevó a cabo un estudio de la reactividad pupilar en ambos ojos –que resultó normal–, no existiendo en ese momento el defecto pupilar típico de las oclusiones de la arteria central de la retina.

Por otra parte, el propio informe concluye que “aún suponiendo que se hubieran podido detectar indicios de oclusión de la arteria central de la retina en esa primera atención en urgencias, y habiendo comenzado con el tratamiento inmediatamente, las posibilidades de recuperación visual eran escasas, ya que llevaba más de 4 horas de evolución del cuadro clínico y no existe evidencia científica clara de que ningún tratamiento sea más efectivo que la evolución natural de la enfermedad”.

En el mismo sentido, el oficio remitido por la Jefe de la División de Asistencia Sanitaria e Inspección, de fecha 14 de abril de 2004, manifiesta que la oclusión de la arteria central de la retina “es una urgencia que su tratamiento por encima de las dos primeras horas no resulta eficaz. En este caso, el paciente acudió con una evolución de cuatro horas y por tanto posiblemente las consecuencias habrían sido las mismas con cualquier asistencia”. En definitiva, incluso en el hipotético caso de que hubiera existido un error de diagnóstico, la evolución de la enfermedad hubiera sido probablemente la misma, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido hasta que el paciente acudió a urgencias, por lo que el daño no sería imputable a la actuación de los servicios sanitarios.

Por tanto, a la luz de todo lo expuesto, y teniendo en cuenta tanto los datos que obran en la historia clínica del paciente, como las consideraciones manifestadas por los especialistas en los diversos informes que se incluyen en el expediente, puede concluirse que no se ha demostrado la existencia de error en el diagnóstico realizado al reclamante, quien en todo momento recibió una asistencia médica ajustada a la *lex artis ad hoc*, razón por la que procede dictar resolución desestimatoria en el expediente sometido a dictamen.



7ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que el interesado ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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