



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y  
Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 19 de octubre de 2006, 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 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 a instancia de Dña. xxxxx, representada por Dña. 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 6 de septiembre de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 902/2006, 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. Nalda García.

**Primero.-** El 9 de abril de 2003 Dña. xxxxx, con historia de cardiopatía isquémica, es remitida desde el Hospital hhhhh al Servicio de Cardiología del Hospital xxxxx, ambos de xxxxx, con carácter de urgencia para la realización de una coronariografía, por presentar un cuadro de angor inestable refractario a tratamiento médico.



Al terminar el citado procedimiento diagnóstico, se produce la rotura del introductor arterial portador del material necesario para suturar la punción arterial, quedando parte del mismo alojado en la arteria femoral.

A la vista de los resultados de la coronariografía y la persistencia de inestabilidad hemodinámica con riesgo de fallecimiento de la paciente, se plantea la operación urgente del corazón, que tiene lugar el 10 de abril de 2003, en la que se realizan dos injertos a las coronarias afectadas. Durante dicha intervención no se localiza la parte del introductor arterial alojado en el cuerpo de la paciente (página 88 de la historia clínica).

Dado que el mencionado objeto no está causando ningún problema isquémico en la arteria de la extremidad afecta, se decide esperar a que la paciente se recupere de la operación de corazón para proceder a localizar mediante rayos X el fragmento y después retirarlo bajo anestesia local. Así se hace, y la paciente es dada de alta en buen estado general y sin problemas derivados de ninguna de las tres actuaciones. El periodo total de ingreso es de 18 días.

**Segundo.-** Con fecha 12 de diciembre de 2003, Dña. yyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxx, interpone una reclamación de responsabilidad patrimonial como consecuencia de los perjuicios derivados de “la rotura del inductor arterial a través del cual se vehiculiza el material necesario para suturar la punción arterial” (sic).

Manifiesta que “es claro que el incorrecto funcionamiento del servicio público de salud, ha dado lugar a la lesión por mi mandante padecida que dio lugar a una segunda intervención, al haberse omitido todas y cada una de las cautelas precisas para realizar la primera de ellas, pero aún más cuando no se le ha comunicado el peligro de tal prueba y las implicaciones graves que la misma podía tener y en ningún momento se le comunicó el error padecido”.

Acompaña a su reclamación, además de algunos informes que obran en la historia clínica, la documentación acreditativa de la representación con la que actúa así como las solicitudes de información sobre el cateterismo realizado, presentadas por la paciente en fechas 23 de junio y 24 de julio de 2003.



**Tercero.-** Con fecha 13 de agosto de 2004, se efectúa a la interesada la comunicación prevista en el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. En particular, y por lo que atañe al plazo de resolución, se le comunica que la reclamación ha tenido entrada el día 9 de agosto de 2004.

**Cuarto.-** Al expediente se ha incorporado la siguiente documentación:

- Parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria.
- Historia clínica del paciente.
- Informe realizado por el Dr. fffff, Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital xxxxx, el 23 de septiembre de 2004.
- Informe realizado por el Dr. qqqqq, médico adjunto de Cirugía Cardíaca del mismo hospital, fechado el 24 de septiembre de 2004.
- Informe de la Inspección Médica, realizado el 8 de noviembre de 2004.
- Informe médico emitido, a instancia de la compañía aseguradora sssss, por el Dr. zzzzz, de fecha 20 de enero de 2005.

**Quinto.-** El 24 de febrero 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.

**Sexto.-** En el trámite de audiencia, la interesada presenta alegaciones en las que reitera su pretensión inicial y propone la terminación convencional del procedimiento, cuantificando la indemnización en 60.101,61 euros.

**Séptimo.-** El Director General de Desarrollo Sanitario formula, con fecha 28 de abril de 2006, informe-propuesta desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.



**Octavo.-** Con fecha 14 de julio de 2006, la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula la propuesta de orden en el sentido de desestimar la reclamación interpuesta.

**Noveno.-** El 31 de julio de 2006, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden desestimatoria, por considerarla ajustada a derecho.

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

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 esencia, 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, debe ponerse de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido –casi ocho meses– desde que la interesada presenta la reclamación (el 12 de



diciembre de 2003) hasta que ésta se recibe en el órgano competente para resolver (el 9 de agosto de 2004). E igualmente desde esta fecha hasta que se formula la propuesta de orden (el 14 de julio de 2006). Estas circunstancias necesariamente han 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 hay que recordar que los términos y plazos establecidos en ésta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 41.1 y 47 de la Ley 30/1992, ya citada.

**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 Autónoma 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.

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.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por Dña. yyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxx, como consecuencia de los perjuicios derivados



de “la rotura del inductor arterial a través del cual se vehiculiza el material necesario para suturar la punción arterial” (sic).

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 la reclamación se interpuso el 12 de diciembre de 2003, antes de transcurrir un año desde que se produjo el hecho causante, que tuvo lugar el 28 de abril de 2003, fecha en que la interesada recibió el alta médica.

**6ª.-** En cuanto al fondo del asunto que se dirime en el presente expediente, a la vista de éste y de otros casos similares, resulta necesario fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad administrativa a la que se imputa el daño. Este criterio básico o *lex artis ad hoc* se basa en que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es la de prestar la debida asistencia médica y no la de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Así lo ha manifestado el Tribunal Supremo en Sentencia de 26 de mayo de 1986, que marcó el comienzo de considerar generalizada la obligación de medios al establecer: “La naturaleza jurídica de la obligación contractual del médico no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo (obligación de resultado), sino una *obligación de medios*, es decir, se obliga no a curar al enfermo, sino a suministrarle los cuidados que requiere según el estado actual de la ciencia médica”.

En igual sentido se ha pronunciado el mismo Tribunal en otras Sentencias, tales como la de 9 de marzo de 1998, 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999 y 4 de abril de 2000. Esta última Sentencia (4 de abril de 2000) señala: “El criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva del servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del buen o mal éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado”.



En sentido similar al hasta aquí expuesto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, en su fundamento de derecho séptimo, señala:

“Aunque en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria tiene una importancia secundaria si la actuación del servicio médico ha sido correcta o incorrecta, lo cierto es que tal apreciación permite, en primer lugar, determinar con alto grado de certeza la relación de causalidad y, en segundo lugar, concluir si el perjuicio sufrido por el paciente es o no antijurídico, es decir, si éste tiene o no el deber jurídico de soportarlo, ya que, según la jurisprudencia tradicional, ahora recogida por el precepto contenido en el artículo 141.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, redactado por Ley 4/1999, no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquéllos.

»En nuestra Sentencia de 22 de diciembre de 2001 (recurso de casación 8406/97) declaramos que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto.

»La jurisprudencia (Sentencias de 25 de enero de 1997, 21 de noviembre de 1998, 13 de marzo, 24 de mayo y 30 de octubre de 1999) ha precisado que lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no es el proceder antijurídico de la Administración,





dado que tanto responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión.

»La antijuridicidad de la lesión no concurre cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél, incluyendo así nuestro ordenamiento jurídico como causa de justificación los denominados riesgos del progreso”.

Por ello, de acuerdo con la jurisprudencia consolidada del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Consultivo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, que supondría llevar la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis ad hoc* respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el perjudicado.

**7ª.-** En el caso que nos ocupa, es necesario valorar si la asistencia médica prestada a la reclamante resulta ajustada a las exigencias de la *lex artis ad hoc*, debiendo ponderarse para ello si el tratamiento que se le practicó en el Hospital hhhhh fue o no el adecuado.

En el supuesto que nos ocupa ha quedado demostrada la existencia de un hecho dañoso sufrido por la paciente, daño que se concreta en la prolongación de su estancia hospitalaria. De igual modo, existe una conexión fácilmente apreciable entre la coronariografía que se le realizó y la posterior intervención realizada el 18 de abril de 2003 para extraer el fragmento de catéter que quedó alojado en su cuerpo durante la coronariografía.

Ahora bien, aun cuando éste sea el resultado obtenido tras la asistencia sanitaria prestada a la paciente, no es un dato que sirva para concluir de forma definitiva que existe responsabilidad patrimonial de la Administración debido a



los daños sufridos por aquélla. En efecto, tal y como ha quedado expuesto anteriormente, será necesario determinar si la asistencia sanitaria prestada a la interesada ha respetado las exigencias de lo que se considera como una correcta actuación médica, ya que si no puede demostrarse que se infringieron los dictados impuestos por la *lex artis ad hoc*, no podrá hablarse de responsabilidad patrimonial de la Administración.

En el caso objeto de análisis será preciso analizar cuestiones tales como si la coronariografía, la intervención cardiaca de urgencia y la posterior operación para la extracción del fragmento de catéter que se le practicaron los días 9, 10 y 18 de abril de 2003, respectivamente, fueron pruebas oportunas, necesarias y correctamente realizadas, teniendo en cuenta la situación clínica de la paciente.

Del mismo modo deberá constatarse que la paciente estuvo debidamente informada de las repercusiones y riesgos implícitos a dichas pruebas.

En relación con la primera de las cuestiones planteadas es necesario poner de manifiesto, tal y como hace el Jefe del Servicio de Cardiología, que la enfermedad cardiaca que sufría la reclamante revestía caracteres de gravedad que exigía la realización urgente de cirugía coronaria a corazón abierto para la implantación de dos puentes coronarios. Previamente a la intervención se le realizó una coronariografía –prueba necesaria para confirmar el diagnóstico–, durante la cual se produjo la rotura del introductor arterial portador de material de sutura de la arteria.

Demostrada la necesidad de la coronariografía, procede analizar si ésta se llevó a cabo observando las exigencias impuestas por la *lex artis ad hoc*, debiendo indicar que, en el caso que nos ocupa, no existe en el expediente ninguna prueba o dato que permitan afirmar que en la coronariografía practicada a la interesada no se observaran las normas de la buena práctica clínica, fijadas en la metodología científicamente establecida, tanto en la realización de la misma como en los cuidados postoperatorios, sin que, por ello, pueda concluirse que los perjuicios que la paciente alega haber sufrido sean debidos a la utilización defectuosa de la técnica practicada.

Es cierto que se produjo la rotura del introductor arterial (Perclose) utilizado para el cierre percutáneo de la punción femoral y que un fragmento



del mismo quedó alojado en la arteria, lo que obligó a la realización de una posterior intervención para la extracción del mismo. Esta segunda operación se realizó con éxito el 18 de abril de 2003 y la paciente fue dada de alta diez días después con buen estado general.

En relación con el consentimiento informado de la paciente, el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, reconoce el derecho del paciente a recibir, en términos comprensibles, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento (apartado 5), así como la necesidad de obtener el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención (apartado 6), con las excepciones previstas legalmente.

Aun cuando no es aplicable al caso que nos ocupa por no encontrarse todavía en vigor en la fecha de la intervención (9 de abril de 2003), la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, –y en nuestra Comunidad, la Ley 8/2003, de 8 de abril, de derechos y obligaciones en relación con la salud–, ha concretado los límites precisos del derecho a la información del paciente (y la correlativa obligación por parte de la Administración sanitaria), acentuándose la necesidad de su constancia por escrito.

El Tribunal Supremo, en Sentencia de 26 de noviembre de 2004, ya recogida en supuestos semejantes por este Órgano Consultivo (así, Dictámenes 354/2005, de 4 de mayo; 602/2005, de 14 de julio; o 372/2006, de 31 de agosto), señala, en relación con dicho consentimiento, que se halla “estrechamente relacionado, según la doctrina, con el derecho de autodeterminación del paciente característico de una etapa avanzada de la configuración de sus relaciones con el médico sobre nuevos paradigmas”.

Continúa declarando dicha sentencia que “respecto del consentimiento informado en el ámbito de la sanidad se pone cada vez con mayor énfasis de manifiesto la importancia de los formularios específicos, puesto que sólo mediante un protocolo, amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, seguido con especial cuidado, puede garantizarse que se cumpla su finalidad.



»El contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos. No cabe, sin embargo, olvidar que la información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada –puesto que un acto clínico es, en definitiva, la prestación de información al paciente– y en un padecimiento innecesario para el enfermo. Es menester interpretar en términos razonables un precepto legal que, aplicado con rigidez, dificultaría el ejercicio de la función médica –no cabe excluir incluso el rechazo por el paciente de protocolos excesivamente largos o inadecuados o el entendimiento de su entrega como una agresión–, sin excluir que la información previa pueda comprender también los beneficios que deben seguirse al paciente de hacer lo que se le indica y los riesgos que cabe esperar en caso contrario (...).”.

Pues bien, la paciente había sido informada debidamente de los riesgos que podían derivar del cateterismo cardiaco a que iba a ser sometido.

No obstante, debe hacerse una observación en relación con el consentimiento informado obrante en el expediente. Ciertamente es que su contenido se considera adecuado de acuerdo con las exigencias del artículo 10, apartados 5 y 6, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad –no olvidemos que la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, entró en vigor con posterioridad–. Pero también lo es que existe un defecto formal en su cumplimentación –la ausencia de fecha– que impediría apreciar si corresponde a la intervención de 9 de abril de 2003 o la practicada en 2002. Ahora bien, teniendo en cuenta que la reclamante no ha alegado, en el trámite de audiencia, defecto alguno en relación con el consentimiento prestado, este Consejo considera correcto el trámite de información practicado, sin perjuicio de recordar la relevancia que debe atribuirse al documento de consentimiento informado –acorde con su contenido– y no limitarlo a un mero formulario.

Pues bien, en el apartado 6 del documento del consentimiento informado firmado por la paciente figuran las posibles complicaciones de la prueba. Entre ellas menciona alguna leve “que puede resolverse espontáneamente o requerir una pequeña intervención quirúrgica”, pero también señala que “se pueden



presentar otras complicaciones más serias relacionadas con la manipulación de los catéteres”, entre las cuales se mencionan las más importantes.

Sobre este particular, el Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital xxxxx indica en su informe que “la complicación del cateterismo entra dentro de lo previsto y figura dentro de las explicaciones incluidas en el consentimiento informado que la paciente firmó”. Criterio que es compartido por la Inspección Médica en su informe.

En cualquier caso, según afirma el Dr. zzzzz, dicha complicación suele solucionarse en el mismo momento, aplicando una anestesia local, abriendo la arteria, sacando el fragmento y volviendo a cerrar. Sin embargo, los profesionales sanitarios intervinientes decidieron –acertadamente, según los informe médicos– posponer la retirada del introductor arterial a fechas posteriores; decisión motivada por la inestabilidad clínica de la paciente y la urgencia de la intervención cardíaca, y ante la ausencia de complicaciones en la arteria de la extremidad que alojaba el fragmento –que no requería medidas urgentes–.

En definitiva, a la vista de la documentación obrante en el expediente, entiende este Consejo que la rotura del introductor arterial (Perclose) utilizado para el cierre percutáneo de la punción femoral puede considerarse una complicación del cateterismo –de la que la paciente había sido informada–, y que la actuación de los facultativos fue correcta, tanto durante la coronariografía como posteriormente, al no exponer a la reclamante a riesgos innecesarios posponiendo la extracción del fragmento a la recuperación del estado general de la paciente.

Por todo ello, puede concluirse que la asistencia sanitaria recibida por la reclamante en el Hospital hhhhh se considera ajustada a los dictados y exigencias de la *lex artis ad hoc*, sin que pueda hablarse, en consecuencia, de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

De este modo, el Consejo Consultivo comparte la propuesta desestimatoria formulada por la Consejería de Sanidad en el supuesto objeto de dictamen.



**8ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la interesada 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.

Por último, nos vemos igualmente en la obligación de poner de manifiesto que la demora injustificada en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial, y la consiguiente ausencia de causas expresas denegatorias de su reclamación –la desestimación se produce por silencio administrativo–, ha llevado a la interesada a acudir a la vía judicial, con los gastos que esto conlleva de procurador y abogado, entre otros. Si bien es cierto que el cumplimiento por parte de la Administración de su obligación de resolver en plazo no hubiera impedido, en este caso, que la interesada acudiera a la vía judicial, también lo es que los argumentos en que se fundamenta la desestimación es posible que le hubieran hecho desistir de esta opción.

### **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 a instancia de Dña. xxxxx, representada por Dña. yyyy, 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.