



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 9 de noviembre 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 9 de octubre 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 y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 11 de octubre de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 993/2006, 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. Nalda García.

Primero.- D. xxxxx acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh de xxxxx el 18 de abril de 2004, por un cuadro de fiebre elevada (con sudoración y escalofríos) de origen desconocido. Es ingresado en el Servicio de Medicina Interna. Refiere síntomas de afectación urinaria baja y dolor en hipocondrio derecho de 24 horas de evolución. No refiere otros antecedentes



de interés, salvo hipertensión arterial bien controlada e infección respiratoria aguda un mes antes.

Para su estudio y diagnóstico etiológico, se solicita urocultivo, hemocultivos y cultivos de esputos. Los resultados del urocultivo y hemocultivos fueron positivos para *Klebsiella pneumoniae*, pautándose el correspondiente tratamiento antibiótico.

En el Servicio de Medicina Interna, el paciente se mantiene asintomático desde el ingreso, pero con persistencia de la fiebre a pesar del tratamiento antibiótico, por lo que se solicita ecografía abdominal, identificándose imagen compatible con absceso hepático. Se practica TAC abdominal confirmándose el diagnóstico de absceso hepático.

El 30 abril, previa firma del consentimiento informado, se realiza drenaje del absceso bajo control ecográfico, dejando un catéter para drenaje y realización de lavados posteriores de la cavidad abscesificada.

La evolución posterior del enfermo es favorable, por lo que, retirado el drenaje y desaparecida la fiebre, se le da el alta hospitalaria el 14 de mayo, debiendo acudir para su seguimiento y control posterior a consulta externa de Medicina Interna.

En la historia clínica del paciente, durante este ingreso hospitalario, constan diversas referencias a patología urinaria, molestias y dolor al orinar, retención urinaria, patología osteomuscular, dolor de cuello "por mala postura", dolor de pecho irradiado a extremidades superiores que motiva la realización de varios ECG y estudio ecocardiográfico con resultado de normalidad, concluyendo en diagnóstico de dolor de origen digestivo y espasmos esofágicos.

El reclamante refiere haber presentado nuevamente fiebre a los diez días del alta. Solicita valoración de su cuadro febril en consulta privada, de donde es derivado a un urólogo, también privado, sospechando que el origen de la fiebre puede deberse a patología urológica. Este especialista le recomienda acudir nuevamente al servicio hospitalario de urgencias.

El 2 de junio de 2004, el paciente acude nuevamente al Servicio de



Urgencias del hospital por cuadro de fiebre y dolor en hipocondrio derecho e hipogastrio de cinco días de evolución, reingresando en el Servicio de Medicina Interna.

Se le realiza RMN abdominal el 4 junio, identificándose múltiples lesiones focales hepáticas que parecían abscesos. La mayor, de unos 8 centímetros, localizada en el segmento IV.

En el TAC abdominal realizado el 5 junio se aprecian múltiples imágenes hipodensas en parénquima hepático, compatibles con abscesos, así como diverticulosis de sigma y colon descendente.

Se realiza nueva punción-drenaje de los abscesos hepáticos bajo control ecográfico el 9 junio de 2004, previa firma del consentimiento informado; se observa en el informe que los abscesos no se corresponden a la misma localización del drenado previamente –durante el ingreso hospitalario de abril a mayo de 2004–.

Se practican controles del drenaje. El cultivo del absceso es positivo para *Klebsiella pneumoniae*.

Por otro lado, y a la vista de la diverticulosis apreciada se le realiza un estudio mediante enema opaco el 14 de junio encontrándose pequeños divertículos en sigma y una imagen estenosante (70% de la luz intestinal) compatible con neoplasia de colon, lo que motiva la realización de una colonoscopia el 18 de junio y biopsia de las lesiones encontradas con resultado de coliar: neoformación circunferencial estenosante, mamelonada y dura, a 55 centímetros del ano; gran pólipo a 30 centímetros, uno de cuyos fragmentos parece corresponder a un pólipo adenovelloso (se observan focos de melanosis colí); micropólipos en ampolla rectal (pólipos adenomatosos), que se extirpan.

El 19 de junio de 2004, el paciente es trasladado al Servicio de Cirugía para completar estudio y tratamiento. El 23 de junio se realiza un TAC abdominal para valoración de dos zonas hipoecoicas residuales detectadas al retirar los drenajes. Se completa estudio preoperatorio.

El paciente es informado de la patología que presenta, el tratamiento propuesto así como sus ventajas e inconvenientes. Firma el consentimiento



informado para anestesia y cirugía (en el que se especifica como diagnóstico "neo de sigma").

Es intervenido el 28 de junio, realizándose hemicolectomía izquierda, biopsia de nódulo hepático izquierdo y exéresis de tumoración submucosa yeyunal.

Tras el estudio anatomopatológico, se diagnostica adenocarcinoma de colon descendente, ulcerado, con invasión de la serosa (grado D de Astler-Coller); abscesos hepáticos; metástasis hepáticas; páncreas accesorio; diverticulosis y pólipos de sigma; adenoma suprarrenal derecho; quistes renales corticales bilaterales.

El paciente evoluciona favorablemente tras su intervención quirúrgica y es dado de alta hospitalaria el 9 de julio de 2004, debiendo acudir a consulta externa de cirugía para seguimiento y control pasados 15 días.

Asimismo es enviado al Servicio de Oncología para iniciar tratamiento oncológico complementario.

El 12 de julio de 2004 acude, sin cita previa, a consultas externas de cirugía por fiebre. Es visto en dicha consulta y remitido para estudio en el Servicio de Urgencias al día siguiente, ya que el médico que le atendió en la consulta estaba de guardia ese día.

El 13 de julio de 2004, el paciente acude al Servicio de Urgencias y se le recomienda su ingreso para estudio y tratamiento. Inicialmente éste rechaza el ingreso argumentando que ha decidido acudir a un centro privado. Se informa a la familia de la conveniencia del ingreso para comenzar tratamiento antibiótico empírico y realizar estudio del origen de la fiebre. Aunque aceptan en un principio, el ingreso no se llega a hacer efectivo, causándose alta voluntaria.

El cirujano hace constar lo ocurrido en un informe obrante en la historia clínica del paciente, así como que posteriormente, y teniendo reservada la cama para ser ingresado, se llamó por teléfono a la casa del paciente, que manifestó su negativa rotunda al ingreso.



Conforme refiere el reclamante, ingresa en la Clínica xxxx de xxxx el día 13 de julio de 2004, donde recibe tratamiento quimioterápico y posteriormente quirúrgico (hepatectomía atípica), exponiendo que la actuación médica en el centro privado ha sido un éxito, encontrándose en el momento de presentar la reclamación (enero de 2005) "(...) curado totalmente, suspendidos los tratamientos y haciendo una vida totalmente normal".

Segundo.- El 25 de enero de 2005, D. xxxxx solicita que se le repare el perjuicio ocasionado en el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad durante sus estancias en el Hospital hhhhh de xxxxx, "por las anomalías y negligencias que se habían cometido anteriormente en todo el proceso" y "por la mala gestión de los médicos" de dicho hospital, abonándole el importe del tratamiento que siguió en la Clínica xxxx de xxxx.

Adjunta a la reclamación, junto a determinados documentos que obran en la historia clínica, las facturas de la clínica privada correspondientes al tratamiento recibido hasta ese momento, por importe de 37.111,03 euros.

Tercero.- Al expediente se han incorporado los siguientes informes médicos:

- Informe del adjunto de Medicina Interna del hospital.
- Informe de la F.E.A. de la Unidad de Cirugía Laparoscópica del mismo hospital, fechado el 14 de marzo de 2005,
- Informe del Jefe de Sección de la Unidad de Cirugía Laparoscópica, de fecha 15 de marzo de 2005.
- Informe de la Inspección Médica, de 10 de mayo de 2005.
- Dictamen médico realizado, con fecha 17 de agosto de 2005, a propuesta de la compañía aseguradora.

Cuarto.- El 15 de septiembre de 2005, el Jefe de Servicio de Inspección de la Dirección General de Desarrollo Sanitario comunica a la Gerencia de Salud de Área 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 el 13 de octubre de 2005 un escrito de alegaciones reiterando su pretensión inicial.

Sexto.- Consta en el expediente un informe realizado con fecha 16 de junio de 2006 por el Departamento de Oncología Médico de la Clínica xxxx de xxxx, en el que explica el proceso médico del paciente seguido desde julio de 2004 hasta abril de 2006, consistente en:

- Quimioterapia (Oxaliplatino, Irinotecan y Capecitabina), en CUN.

- Intervención en noviembre de 2004 mediante segmentectomía lateral izquierda ampliada a segmento IV, cuyo estudio histológico evidenció metástasis hepáticas de un adenocarcinoma con origen en intestino grueso. Revisiones periódicas posteriores.

- Reingreso en octubre de 2005 por ictericia, coluria y tenesmo rectal. Mediante biopsia de vía biliar se evidencia metástasis de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, con probable origen en intestino grueso. Se le colocó drenaje biliar externo e interno. Se inicia nueva quimioterapia en noviembre de 2005, suspendida tras el segundo ciclo por presentar toxicidad severa al tratamiento. Se pautan revisiones periódicas.

En el TAC de control de 10 de abril de 2006, realizado en la CUN, se aprecia una marcada dilatación del marco cólico, con progresiva distensión abdominal, náuseas y vómitos, considerado como un cuadro oclusivo con alto riesgo de perforación, por lo que se procede a su ingreso urgente para cecostomía percutánea de urgencia y posteriormente una laparotomía exploradora, en la que se evidencia una obstrucción intestinal con gran dilatación de colon transversal y ascendente acompañado de una peritonitis purulenta fecaloidea por fuga a nivel de ciego.

Este informe ha motivado la apertura de un expediente de reintegro de gastos, actualmente en tramitación en la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxxx, en atención a la petición formulada por el Dr. zzzzz, en nombre del paciente: "Que entendemos que este último ingreso derivado de un cuadro abdominal agudo ha de considerarse una urgencia médica subsidiaria de tratamiento quirúrgico inmediato dado el riesgo de complicaciones graves que se derivan de la demora del tratamiento. Que ante estos hechos consideramos



que se debe considerar la opción de que dicho ingreso no tenga repercusión económica en el paciente”.

Séptimo.- Con fecha 24 de julio de 2006, el Director General de Desarrollo Sanitario formula propuesta desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

Octavo.- El 5 de septiembre de 2006 se formula la propuesta de orden en el sentido de desestimar la reclamación interpuesta.

Noveno.- El 13 de septiembre de 2006, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden desestimatoria por considerarla ajustada a derecho.

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

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.



No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que el interesado presenta la solicitud de indemnización (el 25 de enero de 2005) hasta que se formula la propuesta de orden (el 5 de septiembre de 2006). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos. Asimismo no hay que olvidar que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, 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, de 26 de noviembre.

Por último, debe recordarse 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.

En las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del



enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.

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

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 25 de enero de 2005, antes de transcurrir un año desde el momento en que tuvo lugar los hechos por los que reclama, que se produjeron a partir del 18 de abril de 2004.

6ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de orden de 5 de septiembre 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 a los servicios sanitarios públicos.

En este punto cabe recordar algunos aspectos de la teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica. Esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 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 ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

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

Quiere con ello decirse que incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

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

El informe de la Inspección Médica concluye que el paciente fue correctamente estudiado, diagnosticado y tratado en el Hospital Clínico de xxxxx, no apreciándose negligencia en ninguna de las actuaciones realizadas durante su largo proceso asistencial.

Por su parte, el dictamen médico realizado a propuesta de la compañía aseguradora considera que los tratamientos pautados sucesivamente al paciente (tratamiento antibiótico empírico; antibioterapia y drenaje percutáneo) eran los adecuados a los hallazgos (síndrome febril de origen desconocido; absceso hepático); que el proceso diagnóstico efectuado fue adecuado en tiempo y forma a los sucesivos hallazgos de las distintas pruebas, y que la intervención quirúrgica realizada era la correcta para el proceso que presentaba el enfermo. Concluye señalando que la actuación de los profesionales que atendieron al paciente fue adecuada a la *lex artis*, no apreciando signos de mala praxis en ninguna de sus actuaciones.



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

Finalmente, su decisión de acudir a un centro privado se realizó por su propia iniciativa, sin agotar las posibilidades del sistema público y sin que se diera ninguna circunstancia o urgencia que lo hiciera necesario, máxime cuando el mismo día de su ingreso en la clínica privada, el paciente había acudido al Servicio de Urgencias donde se le había recomendado su ingreso para estudio y tratamiento.

En cualquier caso, según manifiesta el dictamen pericial, en el Hospital hhhhh de xxxxx se había ofrecido al paciente la asistencia precisa y un plan de tratamiento coincidente con el que posteriormente se aplicaría en la clínica privada, tratamiento básicamente paliativo dado el estadio de la enfermedad (IV).

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

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx 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.