



Sr. Amilivia González, Presidente

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 17 de enero de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx y Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2*, 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 26 de noviembre de 2007 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, Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2, debido a los daños sufridos por D. xxxx3, como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh, de xxxxx.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 30 de noviembre de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 1.123/2007, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del 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 el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

Primero.- Con fecha 1 de marzo de 2005 tiene entrada en el registro de la Subdelegación del Gobierno en xxxxx, una reclamación de responsabilidad patrimonial suscrita por Dña. xxxxx, Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2, por el



fallecimiento de D. xxxx3, que imputan a una deficiente actuación del sistema sanitario público.

Señalan en su escrito que el día 25 de agosto de 2003, D. xxxx3, marido y padre respectivamente de las reclamantes, de setenta y ocho años de edad, fue ingresado en el Hospital hhhhh, de xxxxx, al presentar un cuadro de deposiciones líquidas de sangre roja y pesadez de estómago, tras haber tomado durante ocho días antiinflamatorios -prescritos en el Servicio de Urgencias del mismo centro el 18 de agosto-, al sufrir dolor lumbociático. Añaden que, tras la retirada de esta medicación, D. xxxx3 experimentó una notable mejoría, pese a la cual falleció, como consecuencia de un proceso infeccioso severo, tardíamente diagnosticado y contraído en el hospital (infección nosocomial), describiendo toda su evolución así como los diferentes tratamientos dispensados.

En relación a la cuantía de la indemnización, solicitan 67.708,53 euros para la esposa del fallecido y 7.523,16 para cada hija mayor de veinticinco años.

Acompañan a la reclamación copia compulsada del libro de familia, del acta de denuncia verbal efectuada ante el Juzgado de Instrucción nº 4 de xxxxx, del auto de sobreseimiento provisional y de archivo de las actuaciones, de 30 de julio de 2004, del mismo órgano jurisdiccional, y del informe emitido el 20 de julio de 2004 por el médico forense, tras la realización de la autopsia. De este último informe y, más concretamente, de sus conclusiones médico-legales, merece destacarse lo siguiente:

“Aunque las hemorragias digestivas fueron la causa del ingreso hospitalario, el fallecimiento del enfermo no ha sido consecuencia directa de las mismas, sino que se ha debido a las complicaciones infecciosas surgidas durante la evolución y al tromboembolismo pulmonar.

»Las medidas de diagnóstico realizadas durante el ingreso en el Sº de Cirugía fueron correctas, dirigidas a objetivar el punto de sangrado, habiendo utilizado todas las técnicas disponibles y adecuadas (...).

»Durante la permanencia en la UVI efectuaron un seguimiento clínico intensivo, propio de este servicio y, basándose en el mismo y en las pruebas complementarias (todas ellas prácticas correctas), no se consideró



como posibilidad en el diagnóstico diferencial la de una infección pulmonar severa, de la que no había datos clínicos ni exploratorios específicos (...).

»La aparición de complicaciones infecciosas severas en los enfermos hospitalizados (infecciones nosocomiales) es frecuente y supone una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en los hospitales, especialmente en aquellos con un gran número de camas y alto nivel tecnológico (...).

»Por otro lado, la aparición final de un tromboembolismo pulmonar en el enfermo, de gran gravedad dada su localización bilateral y el estado del mismo, es otra complicación surgida durante la evolución, en relación con los factores de riesgo de edad avanzada, inmovilización, obesidad y shock”.

Como conclusión médico forense se recoge que “La causa fundamental de la muerte es hemorragia digestiva baja, neumonía abscesificada del lóbulo superior del pulmón derecho y tromboembolismo pulmonar”.

Segundo.- Consta en el expediente, además de la historia clínica del interesado, informe del Coordinador del Servicio de Medicina Intensiva, en el que se describe la evolución del paciente.

Por otro lado, el 8 de abril de 2005 se incorpora al expediente un informe del Servicio de Medicina Preventiva explicativo del protocolo de prevención de infecciones nosocomiales del hospital, que consta de un Programa de Vigilancia y Control de la infección nosocomial, y de una Guía de Control de la Infección.

Por su parte, en el informe del Director Médico del Hospital hhhhh se concluye que “la actuación del Hospital en su conjunto y de los profesionales que intervinieron en su caso clínico fue siempre diligente y correcto, actuando en bien del enfermo y agotando las medidas diagnósticas y terapéuticas que se estimaron oportunas, y que el fatal desenlace fue causado por las graves complicaciones que sufrió el enfermo, sin que estas puedan ser achacadas a un deficiente funcionamiento del sistema sanitario pues se trata de complicaciones típicas que, por otra parte, no son más frecuentes en nuestro hospital que en los hospitales de características similares a éste”.

Tercero.- El 15 de junio de 2006 la Inspección Médica emite un informe del que merecen destacarse las siguientes conclusiones:



“- Estamos ante un paciente que ingresa en el hospital por presentar hemorragias digestivas tras la administración de AINES y antiinflamatorios esteroideos junto a fármacos protectores gástricos, aunque no fue demostrada la existencia de puntos sangrantes ni durante la hospitalización ni en la autopsia.

»- Durante el ingreso en el Servicio de Cirugía le fueron practicadas todas las pruebas que estiman correctas para objetivar el punto de sangrado y establecer el diagnóstico; colonoscopia, gastroscopia, arteriografías mesentéricas con hematíes marcados, gammagrafía y analíticas.

»- Si bien las hemorragias digestivas fueron la causa del ingreso hospitalario, el fallecimiento fue debido a las complicaciones infecciosas surgidas durante el ingreso y el TEP (tromboembolismo pulmonar) según se relata en el informe de la autopsia.

»- En la UVI, se realizó un seguimiento clínico intensivo, efectuándose las pruebas complementarias precisas, con ausencia de datos clínicos y radiológicos que hicieran sospechar la existencia de una infección pulmonar severa.

»- Estamos ante un paciente que presenta un alto riesgo de sufrir infecciones nosocomiales (hospitalización en UCI, edad avanzada, patología de base).

»- Asimismo, el tromboembolismo pulmonar aparecido al final del proceso es una complicación relacionada con los factores de riesgo de edad avanzada, inmovilización, obesidad y shock.

»- Las actuaciones de los facultativos responsables en los diferentes momentos de la asistencia de D. xxx3, fue del todo correcta, no detectándose praxis inadecuada, ni falta de asistencia, realizándose todas las medidas diagnósticas y terapéuticas necesarias, debiéndose el fallecimiento a las graves complicaciones surgidas de las que no había datos clínicos, ni exploratorias que hicieran sospechar de forma temprana su existencia y que en ningún momento puede achacarse a un deficiente funcionamiento sanitario”.



Cuarto.- Por otro lado, la Asesoría médica mmmmm, a la vista de los diversos informes médicos que constan en el expediente, considera en su informe de 9 de agosto de 2006 lo siguiente:

“1.- D. xxxx3 ingresó en el Hospital hhhhh por un cuadro de hemorragia digestiva baja que fue manejada de forma correcta desde el punto de vista diagnóstico, llegándose a la conclusión de que la causa más probable de dicho sangrado era la enfermedad diverticular que presentaba el paciente.

»2.- Aunque es recomendable la retirada del tratamiento antiinflamatorio en pacientes con hemorragia digestiva (especialmente en los que presentan una hemorragia digestiva alta), el mantenimiento en este caso del mismo durante unos días, no ha tenido en nuestro criterio una influencia decisiva en el cuadro hemorrágico del paciente pues:

»Se trata de una hemorragia digestiva baja, siendo los efectos secundarios de los AINEs a este nivel mucho menos frecuentes que en los tramos altos del intestino.

»Ni en las diversas pruebas practicadas, ni en la autopsia se ha podido demostrar la presencia de lesiones compatibles con efectos secundarios de la medicación antiinflamatoria.

»3.- A los 10 días de su ingreso y tras haberse resuelto aparentemente el cuadro de hemorragia digestiva el paciente presenta un deterioro brusco de su situación con aparición de shock, por lo que con buen criterio se decide su ingreso en la UCI.

»4.- El manejo en dicha unidad resulta correcto, intentando establecer la causa del shock del paciente mediante la realización de las exploraciones pertinentes. No existían datos concluyentes en dichas pruebas que permitieran establecer los diagnósticos que finalmente se encontraron en la necropsia (TEP bilateral y neumonía)

»5.- Pese al tratamiento intensivo la evolución del paciente fue desfavorable desarrollándose un cuadro de fracaso multiorgánico que condujo al fallecimiento del enfermo, pudiendo establecerse poco antes del mismo la sospecha de tromboembolismo pulmonar en base a un nuevo ecocardiograma



realizado al enfermo.

»6.- La presencia de un embolismo pulmonar en este enfermo supone un dato de muy mal pronóstico, no solo por la gravedad y alta mortalidad del propio embolismo, sino por la imposibilidad en este caso de aplicar el tratamiento anticoagulante para la resolución del mismo, como consecuencia del antecedente de hemorragia digestiva.

»7.- Está acreditada la existencia de un programa de prevención y seguimiento de la infección nosocomial por parte del hhhhh, siendo esta la mejor medida para el control de la misma. Sin embargo no debemos olvidar que la infección nosocomial supone un riesgo inherente a la hospitalización, y por tanto resulta imposible, pese a la adopción de todas las medidas para intentar evitarla, ofrecer ni asegurar a los pacientes un riesgo de infección cero”.

Quinto.- Con ocasión del trámite de audiencia, las reclamantes presentan una serie de alegaciones en las que se reitera la existencia de responsabilidad de la Administración de la Comunidad, por haber existido un error de diagnóstico y por la posible incidencia de una infección nosocomial en el fallecimiento del paciente.

El 22 de octubre de 2007, el Director General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud formula la propuesta de resolución, en la que considera que debe desestimarse la reclamación planteada.

Sexto.- El día 30 de octubre de 2007, la Directora General de Administración e Infraestructuras formula propuesta de orden de la Consejería de Sanidad, desestimando la reclamación.

Séptimo.- El 2 de noviembre de 2007 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad emite un informe favorable sobre la propuesta de orden.

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 Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

Es preciso, no obstante, hacer una observación relativa a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente tardanza en su realización. Así, mientras que el escrito de reclamación tuvo entrada en el registro el día 1 de marzo de 2005, hasta el día 30 de octubre de 2007 no se emitió la propuesta de orden, lo que 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, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que como indemnización de responsabilidad patrimonial de la Administración hubiera de concederse a la parte reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- Concurren en las interesadas 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 Autónoma de Castilla y León.



Las interesadas han ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la citada Ley 30/1992, al haber interpuesto la reclamación antes del transcurso de un año desde que recibió el alta hospitalaria.

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, 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 Autónoma 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.- Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte el criterio de la propuesta de orden de 30 de octubre de 2007, de la Directora General de Administración e Infraestructuras, reflejado en su fundamento de derecho IV, que conduce a desestimar la reclamación de la interesada, considerando que la propuesta ha hecho una acertada aplicación al caso de la teoría de la *lex artis*, que desde hace años constituye un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

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, 3.657/2002 y 3.623/2003). Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –debe recordarse 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. En ese mismo sentido se han pronunciado otras Sentencias del Tribunal Supremo, tales como la de 9 de marzo y 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999, 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002).

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.

A la luz de este criterio se puede concluir que existe responsabilidad cuando no se realizan las funciones que las técnicas de la salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario.

De este modo, en el caso que nos ocupa, del examen de los diversos informes médicos que obran en el expediente, se desprende que las pruebas, estudios y tratamientos que se dispensaron al paciente durante su ingreso en el Hospital hhhhh, fueron adecuados y correctos, a la vista de la sintomatología que presentaba.

De hecho, en el informe emitido por el médico forense tras la realización de la autopsia, se afirma que las medidas de diagnóstico realizadas durante el ingreso en el Servicio de Cirugía fueron correctas, y que durante la permanencia en la UVI se efectuó un seguimiento clínico intensivo, propio de este servicio y, basándose en el mismo y en las pruebas complementarias (todas ellas prácticas correctas), no se consideró como posibilidad en el diagnóstico diferencial la de una infección pulmonar severa, de la que no había datos clínicos ni exploratorios específicos.

Por otro lado, en el informe elaborado por la Inspección Médica, expresamente se dice que "Las actuaciones de los facultativos responsables en los diferentes momentos de la asistencia de D. xxxx3, fue del todo correcta, no detectándose praxis inadecuada, ni falta de asistencia, realizándose todas las medidas diagnósticas y terapéuticas necesarias, debiéndose el fallecimiento a las graves complicaciones surgidas de las que no había datos clínicos, ni exploratorias que hicieran sospechar de forma temprana su existencia y que en ningún momento puede achacarse a un deficiente funcionamiento sanitario". En este mismo sentido se manifiesta el informe del Director Médico del Hospital hhhhh.

Respetada, pues, la *lex artis*, el daño sufrido no tiene carácter antijurídico y la obligación de reparar no puede recaer sobre la Administración, conforme a todo lo expuesto anteriormente.



Finalmente cabe añadir -en relación con las alegaciones efectuadas por las reclamantes, relativas a la incidencia en el fatal desenlace de una posible infección nosocomial- que del expediente se desprende la existencia y seguimiento, por parte del Hospital hhhhh, de adecuados protocolos de prevención y control de infecciones, extremo éste que no ha sido desvirtuado por las reclamantes, no constatándose tampoco, salvo las explicaciones recogidas en el informe forense, incidencias que fuesen origen directo de la sepsis generalizada causa del óbito.

Estas conclusiones, en consecuencia, conducen directamente a desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial.

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 Dña. xxxxx, Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2, debido a los daños sufridos por D. xxxx3, como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh, de xxxxx.

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