



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero
y Ponente

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 21 de junio de 2007, 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 26 de febrero 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 D. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 1 de marzo de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 171/2007, 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. Fernández Costales.

Primero.- El 28 de mayo de 2003, D. xxxxx, de 33 años, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada, por considerar que se le retrasó indebidamente la intervención quirúrgica que finalmente se le realizó.



Solicita el pago de 19.499,70 euros, "incluido el daño moral más los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro por lo largo y costoso de esta situación ya que fui intervenido en abril de 2002 cuando tenía que haber sido en marzo de 2001".

Acompaña a la reclamación 27 documentos, que figuran en el expediente como historia clínica, entre la que cabe destacar:

- Documentación médica relativa a la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital Comarcal hhhhh de xxxxx, incluidos diferentes análisis clínicos.

- Informe de alta de 26 de abril de 2002 del Hospital hhhh1 de xxxxx.

- Informe de 3 de abril de 2003 del Dr. ggggg.

- Acta de denuncia verbal ante el Juzgado de Instrucción nº 1 de xxxxx y autos de este Juzgado de 12 de junio y 15 de julio de 2002, acordando el sobreseimiento libre y el archivo de las diligencias previas 589/2002 y desestimando el recurso interpuesto contra el primero, respectivamente.

- Informe de vida laboral del interesado a fecha de 2 de abril de 2003.

Segundo.- Constan en el expediente los siguientes informes de unidades médicas y profesionales:

- Informe del Dr. vvvvv, de 16 de junio de 2003, del Hospital Comarcal hhhhh.

- Informe de la Dra. zzzzz, de 16 de junio de 2003, del Hospital Comarcal hhhhh.

- Informe de la Inspección Médica, de fecha 29 de enero de 2004, emitido por Dña. ppppp, Jefe de Área de Inspección.



- Informe emitido conjuntamente por el Dr. fffff y el Dr. ccccc a petición de la compañía aseguradora sssss, en fecha 19 de abril de 2004.

Tercero.- En el informe de la Inspección Médica se contiene la siguiente "descripción de los hechos", respecto de la asistencia sanitaria prestada al reclamante el Hospital Comarcal hhhhh de xxxxx:

"Paciente que en febrero de 2001, consulta por dolor abdominal ingresando con diagnóstico de pancreatitis aguda alitiásica, con buena evolución clínica durante el ingreso hospitalario. Practicándose TAC abdominal se observan calcificaciones a nivel de cabeza pancreática, dilatación del conducto de Wirsung y dos pseudoquistes en el contexto de un proceso pancreático agudo según la pancreatitis crónica.

»En marzo de 2001 el paciente reingresa por empeoramiento clínico, observando en el TAC abdominal urgente realizado los pseudoquistes del anterior TAC y dos nuevas colecciones por delante del cuerpo de páncreas; se inicia tratamiento médico pertinente valorándose tratamiento intervencionista; no obstante el paciente evoluciona de forma satisfactoria con la desaparición total de las colecciones pancreáticas descritas en exploraciones previas, por lo que se decide actitud conservadora, siendo dado de alta asintomático.

»El paciente es revisado en consulta de digestivo en abril y junio de 2001, encontrándose asintomático. En noviembre de 2001 en consulta externa rutinaria el paciente se encuentra bien, pero en analítica presenta una elevación de fosfatasa alcalina y GGT y en ECO abdominal se observan calcificaciones pancreáticas y Wirsung dilatado. Ante estos hallazgos se plantea control clínico estricto para la realización de CPR y valorar prótesis biliar. El paciente permanece asintomático, reingresando en enero de 2002 por presentar ictericia obstructiva que evoluciona de forma satisfactoria, objetivándose dilatación de vía biliar y Wirsung y no pudiéndose realizar CPR porque el paciente solicita el alta voluntaria.

»En marzo de 2002, reacude el paciente de nuevo a urgencias con un cuadro de ictericia cutáneo-mucosa marcada, dilatación de vía biliar y con una imagen de pseudoquiste en cabeza de páncreas, contactándose con el servicio de cirugía del Hospital de referencia `hhhh1´, para intervención



quirúrgica que se realiza el 17 de abril de 2002 mediante hepato-yeyunostomía latero-lateral, con un postoperatorio que evoluciona normal y siendo dado de alta en dicho Hospital para seguir controles periódicos en el servicio de cirugía del Hospital `hhhhh´.

»Posteriormente es controlado por cirugía por presencia de hematoma sub-hepático postoperatorio y pseudoquistes de páncreas, reingresando en mayo de 2002, por síndrome febril que remitió con el tratamiento médico pertinente. El paciente ha seguido controles en consulta externa de cirugía sin presentar complicaciones y situación clínica buena”.

Cuarto.- Consta en el expediente el parte de reclamación del seguro de responsabilidad civil, así como un escrito dirigido a la Gerencia de Salud del Área de xxxxx en el que se comunica que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil estudió la reclamación sobre indemnización de daños, determinando finalmente rehusarla.

Quinto.- De conformidad con el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, se acuerda la apertura del trámite de audiencia, concediéndose un plazo de quince días para formular alegaciones y aportar documentos.

Notificado el 28 de julio de 2004 al reclamante, éste comparece el 12 de agosto de 2004 en la Gerencia de Salud de xxxxx tomando vista del expediente y entregándosele una copia de los documentos que solicita. El 17 de agosto presenta escrito de alegaciones, en el que, en esencia, reitera su solicitud inicial.

Sexto.- El 17 de diciembre de 2004 se recibe una comunicación del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 2 de xxxxx, advirtiendo de la interposición de un recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación del interesado y requiriendo la remisión del expediente, la cual se efectúa el 18 de enero de 2005.

Séptimo.- Con fecha 24 de enero de 2007, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de resolución del



expediente, en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

Octavo.- El 20 de septiembre de 2006, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de resolución indicada.

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

Noveno.- Mediante Acuerdo de fecha 12 de abril de 2007, la Presidenta del Consejo Consultivo requiere a la Administración consultante para que remita documentación complementaria relativa a la historia clínica e información sobre el trámite de audiencia concedido; asimismo acuerda la suspensión del plazo para la emisión del dictamen.

Décimo.- Con fecha 29 de mayo de 2007, tiene entrada en el registro del Consejo Consultivo un escrito explicativo del Jefe de Servicio de Inspección relativo a la documentación solicitada. Una vez analizado el mismo, y las aclaraciones que contiene en torno a la documentación remitida y a la solicitada, se acuerda, con fecha 18 de junio de 2007, y para evitar más dilaciones en la resolución del expediente, el levantamiento de la suspensión del plazo para la emisión del preceptivo dictamen.

No obstante, este Consejo Consultivo considera que debe formar parte del expediente administrativo de este tipo de reclamaciones la historia clínica completa del proceso asistencial generador de la reclamación, con independencia de que otros servicios que intervengan en el procedimiento la consideren necesaria o no, y particularmente cuando así es solicitado por este Consejo; concretamente en el presente caso se echa en falta, por ejemplo, los documentos de alta voluntaria del reclamante, a los que se hace referencia en informes obrantes en el expediente.



II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

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

No obstante, es preciso destacar que se ha producido una demora injustificada entre la interposición de la reclamación, en mayo de 2003, y la propuesta de resolución, que se realiza en enero de 2007. 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.

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

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 (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

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

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

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

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

e) Ausencia de fuerza mayor.

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

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación formulada por D. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el 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, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

6ª.- En cuanto al fondo de la cuestión planteada, estima este Consejo Consultivo, al igual que los órganos que han informado a lo largo del procedimiento, que procede desestimar la reclamación, en los términos y por las razones que procedemos a exponer y analizar.

Debe destacarse en primer lugar que, al tratarse de una responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación es de medios y no de resultados; lo que supone la utilización de aquellas medidas que conozca la ciencia médica y que se encuentren a disposición del profesional sanitario en el lugar donde se produce el tratamiento.

Este Consejo considera también que el asunto ha de analizarse tomando como referencia 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, 3657/2002 y 3623/2003).

Esta teoría parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia



exacta; la *lex artis* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.

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

Asimismo, ha de tenerse en cuenta, conforme a la doctrina del Tribunal Supremo, sentada en Sentencias, entre otras, de 5 de junio, 7 de julio, 20 de octubre y 16 de diciembre de 1997 y 10 de febrero de 1998, que “la imprescindible relación de causalidad entre la actuación de la Administración y el resultado dañoso producido puede aparecer bajo formas mediatas, indirectas y concurrentes, aunque admitiendo la posibilidad de una moderación de la responsabilidad en el caso de que intervengan otras causas, la cual debe tenerse en cuenta en el momento de fijarse la indemnización. El hecho de la intervención de un tercero o una concurrencia de concausas imputables unas a la Administración y otras a personas ajenas e incluso al propio perjudicado, imponen criterios de compensación o de atemperar la indemnización a las características o circunstancias concretas del caso examinado”.

Igualmente ha de precisarse que el hecho de que la responsabilidad de la Administración sea objetiva no convierte a la misma en responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple hecho de que ocurran en sus instalaciones. Conforme mantiene el Tribunal Supremo en Sentencia de 5 de junio de 1998, entre otras, “el concepto de relación causal se resiste a ser definido apriorísticamente con carácter general, supuesto que cualquier acaecimiento lesivo –y así ocurre en el presente caso– se presenta normalmente no ya como el efecto de una sola causa, sino más bien, como el resultado de un complejo de hechos y condiciones que pueden ser autónomos entre sí o dependientes unos de otros, dotados sin duda, en su individualidad, en mayor o menor medida, de un cierto poder causal. El problema se reduce a fijar entonces qué hecho o condición puede ser considerado como relevante por sí mismo para producir el resultado final. De las soluciones brindadas por la doctrina la teoría de la condición o de la equivalencia de las causas que durante



tanto tiempo predominó en el Derecho Penal, según la cual es causa del daño toda circunstancia que de no haber transcurrido hubiera dado lugar a otro resultado, está hoy sensiblemente abandonada”.

Continúa señalando la sentencia citada: “La doctrina administrativista se inclina más por la tesis de la causalidad adecuada, que consiste en determinar si la concurrencia del daño era de esperar en la esfera del curso normal de los acontecimientos, o si, por el contrario, queda fuera de este posible cálculo, de tal forma que sólo en el primer caso el resultado se corresponde con la actuación que lo originó es adecuado a ésta, se encuentra en relación causal con ella y sirve como fundamento del deber de indemnizar. Esta causa adecuada o causa eficiente exige un presupuesto, una *conditio sine qua non*, esto es, un acto o un hecho sin el cual es inconcebible que otro hecho o evento se considere consecuencia o efecto del primero. Ahora bien, esta condición, por sí sola, no basta para definir la causalidad adecuada. Es necesario además que resulte normalmente idónea para determinar aquel evento o resultado teniendo en consideración todas las circunstancias del caso; esto es, que exista una adecuación objetiva entre acto y evento, lo que se ha llamado la verosimilitud del nexo. Sólo cuando sea así, dicha condición alcanza la categoría de causa adecuada, causa eficiente o causa próxima y verdadera del daño (*in iure non remota causas, sed proxima spectatur*). De esta forma quedan excluidos tanto los actos indiferentes como los inadecuados o inidóneos y los absolutamente extraordinarios determinantes de Fuerza Mayor”.

En el presente caso, la reclamante alega que ha existido un mal funcionamiento de los servicios sanitarios, por considerar que se le retrasó indebidamente la intervención quirúrgica que finalmente se le realizó. Concretamente alega que cuando ingresó el día 10 de marzo de 2001 en el Hospital hhhhh aquejado de pancreatitis crónica, el médico que le atendía le dijo “que tenía que ser operado en un periodo corto de tiempo para que no se agravara su enfermedad”.

La cuestión principal a plantear consiste en determinar si en ese primer ingreso –marzo de 2001– ya estaba indicada la intervención quirúrgica, tal y como alega la parte reclamante. Del expediente administrativo no se desprende dicha necesidad, tal y como ponen de relieve tanto la Inspección Médica como los especialistas que han emitido el informe realizado a instancia de la compañía aseguradora.



El informe elaborado por la Inspección Médica señala, así, que “estamos ante un paciente afecto de una pancreatitis crónica con un primer episodio de reagudización en febrero de 2001, que se resolvió con tratamiento médico. Durante los ingresos posteriores por reagudización de su pancreatitis se evidenció la presencia de pseudoquistes que en un principio no son de intervención quirúrgica, y la prueba clara del tratamiento correcto es que desaparecen con el tratamiento médico; en los controles posteriores, no obstante, y dado que presentó nuevos episodios de pancreatitis aguda se apreció la existencia de una dilatación de vía biliar, considerándose subsidiario de tratamiento quirúrgico al aparecer nuevas complicaciones de su patología primaria (pancreatitis crónica)”.

En este mismo sentido, en el informe elaborado a instancia de la compañía aseguradora se concluye que “el tratamiento aplicado así como las pruebas diagnósticas son las correctas y adecuadas a la patología que presentaba el paciente”.

De los citados informes se desprende que es tras el ingreso de marzo de 2002, al comprobarse la existencia de un aumento de la cabeza del páncreas y un quiste en su interior, cuando los médicos que le venían tratando solicitan una interconsulta a cirugía. Así como que, tras no poder descartar un tumor de la cabeza del páncreas, a pesar de haber agotado todas las pruebas diagnósticas, se opta de manera correcta por remitir al paciente a un centro de mayor nivel, como es el Hospital hhhh1, en donde le realizan una cirugía electiva, que no urgente, procediéndose a realizar una derivación de la bilis ante la presencia de una gran tumoración de la cabeza del páncreas. Asimismo, ha de tenerse presente que este tipo de cirugía no cura la enfermedad de base, como es la pancreatitis crónica, pero evita la ictericia obstructiva, por lo que el paciente seguirá presentando la clínica propia de la enfermedad, como dolor, diabetes, etc.

Por tanto, ha de concluirse que no ha existido retraso en la instauración del tratamiento quirúrgico, ya que éste estaba indicado a partir de marzo de 2002, y no en marzo de 2001 o en las fechas posteriores en las que estuvo ingresado en las cuales presentó una mejoría clínica y analítica.



En el presente caso, la actuación médica prestada al reclamante en el Hospital de hhhhh se adecuó a lo que puede considerarse una práctica médica correcta. En consecuencia, hemos de entender que la reclamante recibió una asistencia sanitaria correcta conforme con la *lex artis ad hoc*, dentro de las posibilidades existentes en una medicina de medios y no de resultados.

7ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que el interesado ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la resolución presunta por silencio administrativo, denegatoria de su 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 y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx.

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