

Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero y  
Ponente

Sr. Nalda García, Consejero

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 10 de mayo de 2007, ha examinado el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx, en su nombre y en el de sus hijos, vvvvv y lllll, 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 13 de marzo 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 a instancia de Dña. xxxxx, en su nombre y el de sus hijos, vvvvv y lllll, representados por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. ppppp.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 15 de marzo de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 211/2007, 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. Madrid López.

**Primero.-** El 30 de diciembre de 2003, D. yyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxx y de vvvvv y lllll, presenta en el registro del INSS de xxxxx una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y

perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a D. ppppp, por considerar que el fallecimiento de éste se produjo como consecuencia de una conducta negligente por parte de los facultativos de la Clínica hhhhh, toda vez que hubo "falta de atención y vigilancia adecuadas del paciente", "inadecuación del tratamiento" y "tardía aplicación de las maniobras de resucitación".

Respecto de la valoración de los daños y perjuicios a efectos indemnizatorios señala:

"En cuanto a la valoración del daño, y por aplicación analógica de las valoraciones legalmente establecidas para cuando dichos daños tienen su origen en accidentes de circulación, según cuantías fijadas mediante resolución de 20 de enero de 2.003 (BOE nº 21 de 24 de enero) corregidas en el 4% de inflación, dicha indemnización que ahora se solicita asciende a la cantidad de 129.052,41 euros que se desglosan como sigue:

»- Por tener la víctima cónyuge hasta 65 años .....  
87.990,300467 euros.

»- Por tener la víctima hijo menor de 25 años .....  
14.665,047938 euros.

»- Por tener la víctima hija menor de 25 años.....  
14.665,047938 euros.

»Total .....117.320,38 euros.

»- 10 % de factor de corrección ..... 11.732,038 euros.

»Total .....129.052,41 euros".

Cantidad que concluye solicitando.

La parte reclamante acompaña inicialmente un informe médico de 1 de diciembre de 2003, de la Dra. ccccc, especialista en medicina interna de la Clínica hhhhh, y posteriormente el poder notarial acreditativo de la representación en que interviene D. yyyy.

**Segundo.-** En el informe de la Inspección Médica, respecto de la asistencia sanitaria prestada a D. ppppp en el Hospital de xxxxx y en la Clínica hhhhh, se describe la "secuencia de los hechos" del siguiente modo:

"D. ppppp, nacido el 20/7/1959, presentaba como antecedentes médicos de interés los de ex fumador, no bebedor, enfermedad de Buerger con amputaciones progresivas de las cuatro extremidades, tromboembolismo pulmonar en el año 1988, infarto agudo de miocardio con muy mala función ventricular residual en agosto de 1998, tamponamiento cardiaco con derrame pericárdico postinfarto que requirió toracocentesis en octubre de 1998, neumotórax bilateral y angina intestinal crónica. El último ingreso padecido por el paciente había tenido lugar en agosto del año 2003 en el Hospital de xxxxx, siendo su diagnóstico en el informe de alta el de hemorragia digestiva baja sin repercusión hemodinámica y enfermedad de Buerger.

»El día 16/10/2003 el paciente es remitido por su médico general al Servicio de Urgencias del Hospital de xxxxx por presentar malestar general con desorientación, palidez de la piel, fiebre de 38°C y taquiarritmia en la auscultación cardiaca. El paciente ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital de xxxxx a las 15:25 horas, siendo consultado por el médico de guardia a las 16:20 horas. En este Servicio se recogen los antecedentes del paciente y como enfermedad actual empeoramiento de su estado general en el último mes con: astenia, anorexia y fiebre, refiriendo su mujer que no había mejorado desde el último ingreso hospitalario; no presenta náuseas ni vómitos, tiene heces diarreicas, en las últimas tres deposiciones, con moco y expectoración blanquecina de varios días de evolución. En la exploración física el enfermo se encuentra consciente y orientado, febril, sudoroso con palidez cutánea, la auscultación cardiaca es rítmica sin soplos, en la auscultación pulmonar se escucha murmullo vesicular disminuido con roncus dispersos por ambas bases pulmonares, el abdomen es blando y depresible sin masas ni megalias y presenta escaras en sacro y ambos glúteos. Como pruebas complementarias se realiza estudio radiológico de tórax, en el que no se aprecia patología, y analítica sanguínea de la que se registran en la historia los resultados de 3,3 millones de hematíes, 10,6 de hemoglobina, hematocrito del 31%, 32.000 leucocitos, 473.000 plaquetas, tiempo de tromboplastina parcial de 1.13, tiempo de protrombina de 61%, INR de 1.5, Glucosa de 88, urea 131, creatinina de 2.1, sodio 136, potasio 4.08 y cloro de 97. La impresión diagnóstica es la de síndrome febril con pluripatología de base y como plan se indica el ingreso en centro concertado para tratamiento de infección y realización de curas locales.

»El paciente ingresa en la Clínica hhhh a las 20:30 horas, la valoración de enfermería al ingreso señala los antecedentes de interés de cardiopatía, el diagnóstico de sepsis, la temperatura al ingreso de 38:5°C, la no existencia de alergias conocidas y como observaciones la de estar consciente, orientado y colaborador, no ser válido para las necesidades de la vida diaria por amputación de las cuatro extremidades y el portar una vía central en subclavia. En la valoración de la internista de guardia se recogen los antecedentes del paciente y como enfermedad actual la existencia desde hacía 15 días de un cuadro de deterioro general con astenia, negación para la ingesta (aunque sí ha bebido agua), fiebre desde los últimos 4 días, tres deposiciones líquidas y con moco el mismo día, disnea y escasa tos. En la exploración clínica se aprecia mal estado general, taquipnea, amputación en 4 extremidades con varias escaras, con supuración escasa en la del muñón del miembro inferior izquierdo, corazón rítmico a 80 latidos por minuto, disminución de murmullo vesicular y roncus en la auscultación pulmonar y abdomen blando, discretamente doloroso y con ruidos normales. Se anotan resultados de analítica del Servicio de Urgencias de hemoglobina, leucocitosis, urea y creatinina y se valora la placa de tórax como aumento difuso de la trama sin clara condensación. La impresión diagnóstica que se establece es la de sepsis de origen no filiado y como posibles focos se plantea el digestivo por gastroenteritis aguda, el respiratorio y las escaras. Las órdenes médicas incluyen la toma de constantes habituales, dieta absoluta salvo el tratamiento por vía oral, sueroterapia, Zantac, Augmentine 1 gr intravenoso cada 8 horas, Seguril, MST, Dolantina si presentase dolor, Hibor, oxígeno en gafas a 2 l/minuto, Nolotil si presentase fiebre, realización de hemocultivo y cultivo de exudado de escara.

»La enfermería del turno de tarde realiza curas de las escaras de sacro y de los 4 muñones, extrae el primer hemocultivo y administra la sueroterapia; por la noche se extrae el segundo y tercer hemocultivo y se pone antibiótico, el Nolotil y el analgésico. A las 23:15 horas se avisa a la médico de guardia por escasa respuesta a estímulos y parada cardiorrespiratoria, se inician maniobras de resucitación sin éxito y se avisa al 112. Estos Servicios de Emergencia acuden a la Clínica hhhh recogiendo en la hoja clínica asistencial, entre otras, la circunstancia de que se trata de un paciente que ingresa por sepsis que de forma brusca comienza con disnea y parada cardiorrespiratoria, que a su llegada se encuentra en parada cardiorrespiratoria, al que se le están realizando maniobras de resucitación cardiopulmonar avanzada sin éxito; decidiendo no continuar con las mismas debido a la situación del paciente y a la falta de respuesta a las maniobras realizadas siendo las pupilas midriáticas

arreactivas. La hora que se hace constar en la historia clínica de hhhhh como exitus tras no obtener resultado con maniobras de reanimación fue las 23:50”.

**Tercero.-** En el expediente consta, además de la historia clínica de D. ppppp, el informe de la Inspección Médica de 4 de agosto de 2004 emitido por D. mmmmm.

**Cuarto.-** Con fecha 9 de agosto de 2004, 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, notificándose a la parte reclamante y a la clínica, y tomando ambas vista del expediente en la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxxx, sin que conste que se haya formulado alegación alguna.

**Quinto.-** Con fecha 29 de enero de 2007, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de resolución del expediente, formulada en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

**Sexto.-** El 8 de febrero de 2007 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre 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.

## **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 señalar una observación a la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente tardanza en su tramitación. Así, mientras que el escrito de reclamación tuvo entrada en el registro del INSS de xxxxx el 30 de diciembre de 2003, hasta el día 29 de enero de 2007 no se emitió la propuesta de resolución, lo que necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de los 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 se vaya a conceder al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

**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, nexa 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.

La parte interesada 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 el 30 de diciembre de 2003, dentro, pues, del plazo indicado en dicho precepto, toda vez que el paciente falleció el 16 de octubre de 2003.

**5ª.-** Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte el criterio de la propuesta de resolución de 29 de enero de 2007 del Director General de Administración e Infraestructuras, reflejado en sus fundamentos de derecho, que conduce a desestimar la reclamación presentada.

Este Consejo considera 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).

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.

La doctrina expuesta, aplicada al caso que nos ocupa, conduce a la desestimación de la solicitud de los interesados.

Aun cuando la parte reclamante alega que en la asistencia sanitaria que se prestó al paciente hubo una conducta negligente de los facultativos, causa del fallecimiento, considerando que el tratamiento fue inadecuado, que faltó la atención y vigilancia adecuadas al delicadísimo estado de salud del paciente, y que las maniobras de resucitación se aplicaron tarde, al llegar los servicios de urgencias; lo cierto es que son afirmaciones formuladas sin aval técnico alguno. Este Consejo considera probado que las actuaciones del personal sanitario que



atendió al paciente fueron correctas, sujetándose en todo momento a las reglas de la lex artis ad hoc.

La conclusión anterior se basa en el examen de la documentación obrante en el expediente, particularmente del informe de la Inspección Médica del que cabe destacar:

A) Respecto de la adecuación del tratamiento:

«Resulta evidente que el estado previo de salud de D. ppppp era sumamente delicado y así se constata por el médico internista que atiende al paciente en la Clínica hhhhh quien recoge como antecedentes personales (...). Este estado previo de salud tan deficitario sufre un empeoramiento de un periodo de evolución de entre un mes y 15 días antes del ingreso (...). Esta situación de deterioro clínico aún se agrava más con la sumación de fiebre desde 4 días antes del ingreso, (...) constituyen los síntomas y signos de una sepsis grave.

»(...).

»Su tratamiento se basa en la instauración precoz, habitualmente de una forma empírica, de una pauta antibiótica para combatir la infección, el mantenimiento de la función de los órganos vitales y la corrección de las alteraciones de la homeostasis si aparecen. En el caso de este paciente se puede considerar que se está ante una sepsis grave, en la que se inicia un tratamiento antibiótico precoz de forma empírica con la precaución de haber extraído previamente tres muestras sanguíneas para hemocultivo y una muestra de exudado de una escara también para cultivo, de forma que cuando se obtuviesen sus resultados se estaría en condiciones de poder conocer el germen causante de la infección y su espectro de sensibilidad ante los antibióticos. Por otra parte se administra oxigenoterapia para mejorar la ventilación del paciente, se refuerza el tratamiento diurético para intentar paliar las alteraciones renales y se corrigen las alteraciones electrolíticas, a parte de realizar protección gástrica y profilaxis tromboembólica; por tanto se considera que el tratamiento realizado en la Clínica hhhhh es adecuado al estado clínico del paciente.

»A pesar de que el tratamiento aplicado es correcto se debe contar con la precaria situación clínica que el enfermo presenta previamente, donde es de destacar la mala función ventricular postinfarto

agudo de miocardio (...). En esta situación de mayor riesgo de eventos cardiovasculares intercorre una grave enfermedad: sepsis, enfermedad que por sí sola se asocia a una alta mortalidad y supone una importante agresión para el organismo normal de una persona previamente sana y que en este paciente ha provocado su fallecimiento al desencadenar una parada cardiorrespiratoria”.

B) Respecto de la atención y vigilancia prestada al paciente:

“Por otra parte la atención prestada al paciente también es adecuada a su situación de hospitalización, no se está ante un paciente que se ingresa y al que no se le realiza visita médica ni se le aplica ningún tipo de cuidado, sino que es visto y valorado tanto por la enfermería como por el médico internista quien le historia, estudia, valora, realiza estudios complementarios, diagnóstica y pauta un tratamiento. Resultando poco consistente pretender establecer una relación de causalidad entre la parada cardiorrespiratoria sufrida por el paciente y una supuesta falta de atención y vigilancia adecuadas, cuando por muy constante y continuada que fuese la atención médica ésta no puede prevenirla ni remediarla, pues nunca va a poder corregir el mal pronóstico previo que supone la mala fracción de eyección del enfermo, evitar las secuelas de la enfermedad de Buerger padecida ni anular la importante agresión que supone una sepsis”.

C) Respecto del retraso hasta la llegada de los servicios de urgencias, en la aplicación de las maniobras de resucitación:

“(…) en el informe de estos Servicios de Emergencias se señala que a su llegada se encuentran a un paciente en parada cardiorrespiratoria al que se le están realizando maniobras de recuperación cardiopulmonar avanzada sin éxito, decidiendo la no continuación de las mismas ‘debido a la situación del paciente’ y a la falta de respuesta a las mismas. En este sentido no es cierto que no se hubiesen iniciado las maniobras de reanimación del enfermo hasta la llegada de los Servicios de Emergencia sino que estas maniobras ya se habían iniciado por el personal de la propia Clínica hhhhh”.

En este sentido hay que considerar que las alegaciones de la parte reclamante, cuestionando la asistencia médica practicada y con ello la observancia de la *lex artis*, realizadas sin aval técnico alguno, ceden frente a la rotundidad con que las opiniones técnicas señaladas dictaminan a favor de la corrección del tratamiento dispensado en todo momento al paciente. Estos

juicios tienen, además, la garantía de haber sido emitidos por profesionales médicos, especialmente el realizado en el ejercicio de la Inspección Médica, que, aunque encuadrada en el aparato administrativo del SACyL, actúa con independencia y objetividad.

En este sentido ha de recordarse que la carga de la prueba pesa sobre la parte reclamante de acuerdo con los viejos aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori* y con el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Respetada, pues, la *lex artis*, en la asistencia prestada al paciente, y sin que haya quedado acreditado que dicha asistencia tuviese incidencia alguna en el devenir de los acontecimientos, el daño sufrido no tiene carácter antijurídico, conforme a todo lo expuesto más arriba, no resultando aquél imputable a la Administración sanitaria en sede de responsabilidad patrimonial.

Esta conclusión, en consecuencia, conduce directamente a desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

### **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, en su nombre y el de sus hijos, vvvvv y lllll, representados por D. yyyyy, 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.