



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero y  
Ponente

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 24 de julio de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxx e hijos*, 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 20 de junio de 2008, 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, Dña. xxxxx1 y Dña. xxxxx2, representados por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. mmmmm en el Hospital hhhhh de xxxxx.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 24 de junio de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 599/2008, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Madrid López.

**Primero.-** El 23 de febrero de 2007, D. yyyyy, en nombre y representación de D. xxxxx, Dña. xxxxx1 y Dña. xxxxx2, presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su esposa y



madre, respectivamente, Dña. mmmmm, en el Hospital hhhhh de xxxxx, el día 25 de abril de 2004, a la edad de 66 años.

En dicho escrito se expone que, como consecuencia de una caída fortuita en la calle el 19 de abril de 2004, la paciente fue ingresada de urgencia en el citado hospital con una herida en la región occipital. Durante el tiempo en que estuvo en el Servicio de Urgencias no se le realizó un TAC craneal que le hubiera podido detectar la hemorragia cerebral que padecía -derivada del golpe producido en la caída- y que posteriormente causó su fallecimiento.

Manifiestan, asimismo, que el tratamiento anticoagulante suministrado a la paciente por la sospecha -no confirmada- de un tromboembolismo pulmonar agravó la hemorragia existente, al facilitar y favorecer el sangrado.

Consideran que existió un error en el diagnóstico, por no haber realizado todas las pruebas diagnósticas complementarias necesarias; y que ello conllevó la aplicación de un tratamiento médico contraindicado para la enfermedad que padecía, lo que provocó su agravamiento y el posterior fallecimiento de la paciente. Reclaman una indemnización total de 450.000 euros.

Adjunta a su reclamación copia de la siguiente documentación:

- Apoderamiento otorgado al compareciente para actuar en representación de los interesados.
- Parte de la historia clínica de la paciente fallecida.
- Diversos documentos integrantes de las actuaciones penales seguidas tras el fallecimiento de la paciente: informe de autopsia; informe médico forense emitido por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, de fecha 2 de junio de 2004; informe médico forense de fecha 15 de octubre de 2004, relativo a "si pudo haber imprudencia/negligencia en las actuaciones de los profesionales del Hospital hhhhh"; informe pericial, de 20 de noviembre de 2005; Auto de la Audiencia Provincial de xxxxx, de 13 de marzo de 2006, por el que se desestima el recurso de apelación interpuesto contra el Auto del Juzgado de Instrucción nº 4 de la misma ciudad, de 16 de enero de 2006, por el que se acuerda el sobreseimiento provisional de las Diligencias Previas nº 931/04.



**Segundo.-** Al expediente se incorpora, además de la historia clínica de la fallecida, el informe de la Inspección Médica, de 4 de enero de 2008, cuyas conclusiones son las siguientes:

“La clínica que presentó la paciente en el momento de llegar a urgencias y cuando fue ingresada, así como la Rx de cráneo, no aporta datos para sospechar la existencia de una hemorragia cerebral, y por lo tanto, en principio, no se considera necesaria la práctica de TAC craneal como prueba diagnóstica.

»Ahora bien, la orientación diagnóstica y el tratamiento de anticoagulación llevado a cabo, es evidente que ha aumentado la hemorragia cerebral ya existente tras el traumatismo, según informe de autopsia, riesgo incrementado por los factores preexistentes: hipertensión, trombocitopenia, cirrosis (autopsia)”.

**Tercero.-** Concedido el trámite de audiencia a la parte interesada, a efectos de que presente alegaciones y los documentos y justificaciones que estime oportunos, la representación de la misma presenta un escrito en el que reitera la pretensión resarcitoria.

**Cuarto.-** Consta en el expediente la interposición por parte de los interesados de un recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, su admisión a trámite y la remisión del expediente administrativo al Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (figura como fecha de la última remisión de documentación la de 16 de enero de 2008).

**Quinto.-** Obra, asimismo, una propuesta de acuerdo indemnizatorio, sin fechar, firmada por el Director General de Desarrollo Sanitario y por el representante de los reclamantes, en el que “se propone la terminación convencional de la reclamación mediante el pago de 80.000 €, que comprende la indemnización (fijada a tanto alzado) por la totalidad de los perjuicios causados”. Dicha propuesta es remitida para informe jurídico el 26 de mayo de 2008.



**Sexto.-** El 3 de junio de 2008, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de acuerdo.

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, 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 se presenta la reclamación (23 de febrero de 2007) hasta que la propuesta de acuerdo es remitida para informe jurídico (26 de mayo de 2008). 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.

**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 mencionada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que se remite, de forma genérica, el artículo 54 de la también citada Ley 7/1985, de 2 de abril.

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 3.583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002) y de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1.008/2005, de 1 de diciembre; 1.134/2005, de 12 de enero de 2006; 59/2006, de 19 de enero; y 300/2006, de 23 de marzo), 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 actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexos 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.

No obstante, la jurisprudencia ha venido modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño, viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios, 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 -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a ella, 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.

**5ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. yyyyy, en nombre y representación de D. xxxxx, Dña. xxxxx1 y Dña. xxxxx2, por el fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, Dña. mmmmm, a consecuencia del error en el diagnóstico de la hemorragia cerebral que padecía y de la inadecuación del tratamiento anticoagulatorio que le fue pautado.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. Consta que se formuló el 23 de febrero de 2007, esto es, antes de transcurrir un año desde la finalización de las actuaciones penales, es decir, desde el Auto de la Audiencia Provincial de xxxxx, de 13 de marzo de 2006, por el que se desestimó el recurso de apelación interpuesto contra el Auto del Juzgado de Instrucción nº 4 de la misma ciudad, de 16 de enero de 2006, por el que se acordó el sobreseimiento provisional de las Diligencias Previas nº 931/04.

**6ª.-** En cuanto al fondo del asunto, dos son, fundamentalmente, las actuaciones sanitarias que se consideran incorrectas y por las cuales se reclama: por un lado, la no realización de un TAC craneal que hubiera permitido diagnosticar la hemorragia cerebral con anterioridad; y, por otro, la aplicación del tratamiento anticoagulante por la sospecha -no confirmada- de un tromboembolismo pulmonar, lo que agravó la hemorragia existente al facilitar y favorecer el sangrado.

En cuanto a la primera actuación citada, el informe médico forense, de fecha 15 de octubre de 2004, señala que existe gran controversia en la literatura médica a la hora de indicar la realización de un TAC en una situación como la que presentaba la paciente, por lo que los protocolos de actuación varían de unos hospitales a otros. En particular, el manual de urgencias del Hospital hhhhh aplica un protocolo muy similar al de la Sociedad Italiana de



Neurocirugía. Según éste, los pacientes con traumatismo craneoencefálico se clasificarían en tres grupos (0, 1 y 2) según los resultados de la exploración.

Pues bien, la fallecida, de acuerdo con sus síntomas, se incluiría en el grupo 1 (Glasgow 15, con pérdida de conciencia y/o amnesia y/o cefalea difusa y/o vómitos) y por ello, precisaría de observación clínica y estudio radiológico (radiografía simple de cráneo o TAC dependiendo de la disponibilidad hospitalaria -entendida ésta no sólo cuando existe un scanner en el hospital sino cuando su grado de ocupación permite realizar exploraciones sin colapsar el servicio de radiología-). El TAC sería obligatorio si en la radiografía simple se apreciara fractura craneal. Si no hubiera fractura ni se hubiesen observado lesiones intracraneales, el paciente se mantendría en observación al menos 24 horas antes de ser dado de alta.

En el caso sometido a dictamen, a la paciente se le realizó una radiografía simple de cráneo y, al no apreciarse fractura, se le dejó en observación, por lo que cabe afirmar, con los informes obrantes en el expediente, que la actuación de los servicios médicos de urgencias se ajustó al protocolo de actuación que rige la conducta a seguir en estos supuestos.

En segundo lugar, en cuanto a la aplicación de un tratamiento anticoagulante, los servicios médicos decidieron el ingreso de la paciente para el estudio del origen del síncope. El informe médico forense antes citado señala que "la presencia de fibrilación auricular hace pensar que puede ser ésta la causa del síncope, bien por un bloqueo, por una bradicardia o porque se haya producido una microembolia cerebral (frecuentes en pacientes con fibrilación auricular). Otro posible origen del síncope sería la presencia de un tromboembolismo pulmonar".

Por ello, según la Inspección Médica, "con los diagnósticos de síncope de probable origen cardiológico a estudio, a descartar valvulopatía y TEP, se solicitan pruebas diagnósticas y se inicia tratamiento médico, incluida anticoagulación, en principio al ingreso Hibbor 5.000 sc/24, pasando al día siguiente a Hibbor 10.000 s/c. (...) El motivo de indicar la anticoagulación, parece ser, es la fibrilación auricular y pensar que el síncope estaba en relación con ella, persiguiendo evitar la suelta de los coágulos que se forman en las aurículas y la aparición de embolias en territorio pulmonar o sistémico, lo cual puede llegar a producir la muerte". Y añade que, en principio, de las





circunstancias conocidas de la paciente no se deducía una contraindicación absoluta del suministro de anticoagulantes.

Sin embargo, el informe médico forense señala que “la dosis utilizada de anticoagulante, inicialmente fue de 5.000 unidades/24 horas. Se trata de una dosis habitualmente utilizada como profilaxis antitrombótica (para prevenir la formación de coágulos). Al día siguiente se aumentó la dosis a 10.000 unidades/24 horas, lo cual se considera ya terapéutico (es decir, que son las que se utilizan cuando ya se tiene constancia de la formación de un trombo)”. Y tanto dicho informe como el pericial -ambos aportados al proceso penal- ponen de manifiesto que no consta en la historia clínica que se hubiera detectado tromboembolismos pulmonares ni de otro tipo, por lo que no encuentran justificado el aumento de la dosis.

Pero además, los diversos informes plantean la duda de si, además del Hibbor, se administró Clexane (otra heparina similar al Hibbor). Los informes manifiestan que en el supuesto de que se hubieran administrado ambos fármacos, se habría utilizado una dosis muy alta de anticoagulantes (Hibbor y Clexane, ambos a dosis terapéuticas), lo cual habría implicado incrementar de forma considerable el riesgo de hemorragia.

Pues bien, en la documentación remitida no consta la orden médica por escrito de administrar Clexane, aunque sí la de suspender Clexane o Hibbor cuando ya aparecieron los primeros síntomas de hemorragia. Los médicos del Servicio de Urgencias y de Planta -en declaraciones recogidas en el Auto de la Audiencia Provincial y reproducidas en el informe de la Inspección Médica- señalan que “no se suministró conjuntamente ambos anticoagulantes, señalando el segundo de ambos (...) que sólo se pauta Clexane, el Hibbor 5.000 estaba suspendido, y no administrado el Hibbor 10.000”-. Sin embargo, tales afirmaciones son contradictorias con los datos obrantes en la historia clínica; en concreto, en el folio 15 de la historia clínica figura que se administró Hibbor 10.000 a las 20 horas y Clexane 80 cc a las 14:15 y a las 20 horas. Ello impide tener por probado que los fármacos citados se administraran correctamente.

No ha de olvidarse que en los supuestos en que existen indicios de una mala *praxis* médica, es la Administración la que ha de probar que actuó conforme a los criterios de la *lex artis*. Y en este caso, al no quedar acreditada su correcta actuación en la administración de los medicamentos citados al



admitir que el tratamiento anticoagulante suministrado aumentó la hemorragia cerebral ya existente tras el traumatismo, ha de apreciarse la existencia de responsabilidad de la Administración.

**7ª.-** Respecto al importe de la indemnización, teniendo en cuenta las circunstancias expuestas y la edad de la paciente, se estima adecuada la cantidad propuesta de 80.000 euros.

**8ª.-** Constando la expresa conformidad de la parte reclamante con la propuesta de la Administración, resulta procedente la formalización del acuerdo indemnizatorio a suscribir entre la parte interesada y el órgano administrativo competente.

Respecto el alcance y contenido del acuerdo indemnizatorio, interesa destacar que el preámbulo del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, manifiesta: "Obviamente, el acuerdo de terminación convencional no puede incluir, como tal acuerdo con un particular, ningún tipo de transacción sobre la existencia o no de relación de causalidad o de reconocimiento pactado de la responsabilidad de las Administraciones Públicas, sino limitarse a la determinación de la cuantía y el modo", previsión que ha sido observada al elaborarse aquél.

**9ª.-** Finalmente, sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que los interesados han interpuesto recurso contencioso administrativo contra la desestimación, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso o en otro hubiera recaído sentencia firme, no procedería 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:



**CONSEJO  
CONSULTIVO**  
DE CASTILLA Y LEÓN

Estimando que concurren los requisitos para determinar la existencia de responsabilidad patrimonial, procede la terminación convencional en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx, Dña. xxxxx1 y Dña. xxxxx2, representados por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. mmmmm en el Hospital hhhhh de xxxxx.

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