



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y

Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 9 de octubre de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 9 de septiembre 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, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposa, Dña. aaaaa en el Complejo Hospitalario de xxxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 15 de septiembre de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 770/2008, iniciándose el cómputo del plazo para 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 el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

Primero.- Con fecha 26 de mayo de 2005, tiene entrada en el registro de la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en xxxxx un escrito de reclamación presentado por D. xxxxx, solicitando una indemnización por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposa fallecida, Dña. aaaaa.



Expone en su reclamación lo siguiente:

“Con fecha 22 de mayo de 2004, mi esposa, Doña aaaaa, de 53 años de edad, ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh, dependiente del SACYL.

»Aunque no se han facilitado al compareciente todos los datos de la historia clínica, se deduce de los antecedentes que obran en mi poder, concretamente del Juicio Clínico que se refleja en el parte de Urgencias, del que acompaño copia como documento número 1, que mi esposa fue inicialmente diagnosticada de GEA (Gastroenteritis Aguda).

»Tras decidir su internamiento, en la madrugada del siguiente día 23, mi esposa fue trasladada al Hospital Provincial, al parecer debido a la realización de obras en el Hospital hhhhh.

»(...) El día 25 de mayo de 2005, es decir, tres días después de su ingreso, ante el agravamiento de la enfermedad y tras ser llamado el médico del servicio por mi hijo bbbbb, fue trasladada a la UCI, donde nos informaron que la infección había pasado a la sangre y que estaba siendo tratada con antibióticos. Sobre la una hora de la madrugada del siguiente día 26 fuimos informados de su traslado a la UCI del Hospital hhhhh, por disponer este Centro, según nos dijeron, de más medios para hacerle pruebas (...).

»Tras un agravamiento generalizado del estado de mi esposa, falleció a las 20:40 horas de ese mismo día 26 (...).”

Acompaña a su reclamación diversos informes médicos de urgencias, tanto del Hospital hhhhh como del Hospital Provincial de xxxxx, autopsia de Dña. aaaaa, un certificado del registro civil (ilegible) de matrimonio con el reclamante, certificado de minusvalía del reclamante (reconoce un 77%, con necesidad de una tercera persona).

El 21 de junio de 2005, D. bbbbb y Dña. bbbbb1 presentan un escrito en el que se adhieren a la reclamación interpuesta por su padre, D. xxxxx. Adjuntan certificados de nacimiento.



Cuantifican la indemnización solicitada en 178.569,98 euros.

Segundo.- Del relato de los hechos se desprende que Dña. aaaaa acudió el día 22 de mayo de 2004 al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx, refiriendo un cuadro de dolor generalizado (cefalea y osteomuscular), con fiebre, de unas 24 horas de evolución.

En Urgencias comienza con vómitos y deposiciones líquidas. Se le realizan las exploraciones y pruebas complementarias pertinentes, entre otras, analítica, gasometría, radiografía y hemocultivo. El diagnóstico es el de gastroenteritis aguda por salmonella (aunque la encuesta epidemiológica fue negativa), ingresando en el Servicio de Medicina Interna.

Se inicia un tratamiento con dieta absoluta y administración de soluciones cristaloides y antipiréticos, realizándose un coprocultivo.

El 24 de mayo de 2004 presenta febrícula, eritema en las manos con frialdad y tensión sistólica de 90, aunque tiene menor dolor abdominal y menos deposiciones. El 25 de mayo de 2004 está apirética, con menos deposiciones y dolor abdominal de tipo cólico, persiste la hipotensión, tiene frialdad en partes acras y taquipnea. Se solicitan hemocultivos, a pesar de la ausencia de fiebre, y se inicia tratamiento antibiótico con quinolonas (espectro antibacteriano muy amplio).

En la tarde del 25 de mayo de 2004, se le diagnóstica de sepsis grave y , al empeorar su estado general, con dificultad respiratoria, disminución de las plaquetas y alteración de la trombopenia, se le traslada de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital hhhhh. Al ingreso se le diagnóstica de shock séptico y síndrome de coagulación intravascular.

Presenta un rápido empeoramiento del estado general, con gran tiraje costal, por lo que se procede a intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Persiste la hipotensión, iniciándose drogas vasoactivas. Se realiza ecografía abdominal, con resultado de litiasis vesicular, sin signos de colelitiasis.

El 26 de mayo de 2004 se encuentra en muy mal estado general, situación de shock sin respuesta a drogas vasoactivas, con presencia de



púrpura con petequias, en oliguria y anasarca. Se continúa con fluidoterapia, corrección de la acidosis, cambio de antibioterapia y tratamiento de la coagulación intravascular diseminada. Se realiza TAC toracicoabdominal, descartándose trombosis mesentérica. Presenta un empeoramiento clínico, constatándose el fallecimiento a las 20:40 horas del referido día.

Ante la rápida evolución de la enfermedad por fracaso multiorgánico y no habiéndose detectado su origen, se solicita autopsia clínica, previa autorización familiar. En el informe de autopsia de Anatomía Patológica se indica, en el apartado de hallazgos microbiológicos, que se tomaron muestras para cultivo de líquido ascítico, líquido pericárdico, heces, tejido hepático y pulmonar, con "resultados no concluyentes", "compatibles con contaminación post mortem".

El informe concluye que el padecimiento fundamental y causa de la muerte son hemorragias difusas intersticiales multiorgánicas, compatibles con un cuadro de coagulación intravascular diseminada. No se identifican focos sépticos en el estudio realizado.

Tercero.- Al expediente administrativo se incorpora el historial médico y entre otra, la siguiente documentación:

- Informe del Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital hhhhh, de 1 de julio de 2005, en el que se manifiesta:

"Ingresó en esta UVI del Hospital hhhhh a las 0:27 horas del 26 de mayo de 2004, procedente del Hospital Provincial -Servicio de Medicina Interna- bajo el diagnóstico de sepsis grave.

»Se le diagnosticó de Shock Séptico y Síndrome de Coagulación Intravascular Diseminado, secundario al primero.

»Fue sometida a tratamiento corrector y pertinente, siguiendo las guías de manejo de la sepsis grave y shock séptico, consensuadas por las más prestigiosas sociedades internacionales en Medicina Intensiva y Asistencia al Paciente.

»Durante el día, la evolución y tratamiento fue seguida por la (...) FEA de esta Unidad, y, pese a las medidas tomadas, derivó hacia una



situación de shock séptico refractario, que condujo a un fracaso multiorgánico irreversible, con el subsiguiente exitus, ocurrido a las 20:40 horas del 26 de mayo de 2004.

»Pese a todas las pruebas complementarias y diagnósticas a las que fue sometida Doña aaaaa, no se obtuvieron datos concretos sobre el germen y/o foco etiológico causante y desencadenante del cuadro”.

- Informe de responsabilidad patrimonial emitido por la Inspección Médica de la Gerencia de Salud de xxxxxx, fechado el 26 de octubre de 2006, en el que se recoge la siguiente conclusión:

“De todo lo anterior, se deduce que la atención sanitaria prestada por el Servicio Público de Salud fue la adecuada, realizándose en cada momento las exploraciones, pruebas diagnósticas y tratamiento adecuado”.

- Informe pericial médico, de 9 de febrero de 2007, emitido a instancia de la compañía aseguradora sssss, en el que se concluye:

“2.- Tras la realización de la autopsia, se confirmó que la causa de la muerte habla sido la presencia de una coagulación intravascular diseminada.

»3.- Una de las causas más frecuentes de la coagulación intravascular diseminada son las infecciones. En atención a la clínica y el comportamiento hemodinámico de la paciente, es evidente que la misma presentó un cuadro de sepsis, con foco probablemente entérico o intestinal, aunque finalmente no se pudo demostrar la presencia de ningún foco séptico en la autopsia.

»4.- El manejo de la paciente por parte de los Servicios de Urgencia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital hhhhh es correcto, coincidiendo en esta apreciación con el dictamen del Dr. ddddd.

»5.- No podemos compartir, sin embargo, la apreciación de que fue la deshidratación que presentó la paciente como consecuencia de un mal manejo en la planta de Medicina Interna del Hospital hhhhh1 la que condicionó el fallecimiento de la enferma, pues:



-Por nuestra experiencia, un cuadro de diarrea como el que presentaba la paciente en la que no coexistían patologías relevantes y, en tratamiento con sueroterapia, no se asocia a la aparición de un shock hipovolémico, y menos con una función renal normal (como la que presentaba en la mañana del 25 de mayo);

- Pero es que, además, las características del shock de la paciente no son compatibles con un shock hipovolémico (que sería el que se produciría si la deshidratación fuera consecuencia de dicho shock), sino con uno distributivo (que es el que se ve en casos de sepsis);

- La deshidratación no es causa de coagulación intravascular diseminada.

»6.- La autopsia es incapaz de determinar el foco séptico de la paciente, por lo que el fallecimiento de la misma se produce como consecuencia de la agresividad de dicho proceso y no de la actuación de los profesionales intervinientes, que en nuestro criterio se puede considerar como correcta”.

Cuarto.- Consta en el expediente la solicitud -fecha el 1 de junio de 2006- del expediente administrativo por la Sala de lo Contencioso Administrativo de Valladolid del Tribunal Superior de Justicia, ante la que se sustancia el Procedimiento Ordinario 266/2006, dirigido contra la desestimación presunta de la reclamación por responsabilidad sanitaria por el fallecimiento de Dña. aaaaa; y otros dos requerimientos a la Administración para que sean remitidos a la Sala el expediente y los antecedentes completos.

Quinto.- Mediante resolución de fecha 7 de junio de 2006, se concede trámite de audiencia a la parte reclamante, a efectos de que formule alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos, personándose D. bbbbbb el 14 de junio a consultar el expediente, sin que conste que durante el plazo concedido haya presentado escrito de alegaciones.

Sexto.- El 7 de agosto de 2008 la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León formula



propuesta de orden desestimatoria, por entender que la atención prestada al paciente fue correcta y adecuada a la *lex artis ad hoc*.

Séptimo.- El 19 de agosto de 2008, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden 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, en términos generales, 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.

Debe recordarse -una vez más- a la Consejería de Sanidad, la conveniencia de nombrar un instructor del procedimiento, notificándolo debidamente al interesado, con el fin de evitar su posible indefensión.

Igualmente, es necesario poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que el interesado presenta la reclamación (el 26 de mayo de 2005) hasta que se formula la propuesta de resolución (el 7 de agosto de 2008). Este retraso necesariamente ha de considerarse una vulneración por 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 por responsabilidad patrimonial de la Administración se vaya a conceder al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- No constan totalmente acreditados en el expediente administrativo los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

Debe puntualizarse que la "flexibilidad" en materia de representación que tiene el Consejo Consultivo de Castilla y León, según viene señalando repetidamente en sus informes la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad, proviene de que el Consejo no es competente para instruir el procedimiento, ni para solicitar aclaraciones o nuevas diligencias en el mismo -a diferencia de la referida Asesoría Jurídica-, sino únicamente para pronunciarse sobre el mismo, advirtiendo en su caso sobre la falta de representación o legitimación. Por ello la falta de estos requisitos esenciales del procedimiento es únicamente imputable a la instrucción del procedimiento, no a una presunta "generosidad" de éste Órgano Consultivo.

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 además se remite el artículo 82.1 de la también citada Ley 3/2001, de 3 de julio.



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, 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, 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.

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



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

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de daños y perjuicios formulada por D. xxxxx e hijos, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposa y madre, respectivamente, Dña. aaaaa.

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, esto es, antes de transcurrir un año desde la fecha del hecho causante.

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 a continuación se exponen y analizan.

Es necesario destacar en primer lugar que, al tratarse de una responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación es de medios y no de resultados; lo cual 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.

En el presente caso, la parte interesada alega en su escrito de reclamación que ha existido una deficiente asistencia sanitaria por parte del personal médico que atendió a su esposa, no identificando concretamente cuándo se produjo la desviación de la *lex artis*, o si existió un error de tratamiento.

Ha de tenerse en cuenta que aunque 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, entre otras, de 5 de junio de 1998, "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”.

Y continúa señalando la citada Sentencia: “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 este sentido procede citar la Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de diciembre de 1996, en la que se establece respecto a un posible error de diagnóstico que “dicha confusión sólo se considerará negligente cuando, al aparecer signos muy claros de una enfermedad, se determina otra cuyos indicios clínicos nada tengan que ver con su apariencia, (...), en tal supuesto, se tendrá en cuenta la similitud de síntomas de la verdadera enfermedad con la que, por confusión, se diagnostica”, resolviendo no estimar la existencia de culpa en el facultativo “cuyo juicio y respuesta no son irracionales, ni ilógicos y, por consiguiente, permanecen invariables en la casación”.



En consecuencia, del examen del expediente administrativo, puede percibirse que la enferma recibió una asistencia sanitaria correcta, dentro de las posibilidades existentes en una medicina de medios y no de resultados, quedando acreditado que el tratamiento instaurado y las actuaciones seguidas al respecto eran adecuadas, dado su estado general según la *lex artis ad hoc*. Debe entenderse, a la luz de las pruebas practicadas, que la asistencia sanitaria recibida tanto en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh, como en el Hospital Provincial, fue correcta, no apreciándose *mala praxis*, sin que haya quedado acreditada la existencia de relación entre la causa de la muerte del paciente y la asistencia médica que le fue dispensada.

7ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, constando que la interesada 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 a su esposa, Dña. aaaaa, en el Complejo Hospitalario de xxxxx.

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