



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 11 de diciembre 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 21 de octubre 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 prestada a su esposa, Dña. vvvvv, en el Hospital hhhh1 de xxxx1*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 28 de octubre de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 957/2008, 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 el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Madrid López.

Primero.- Con fecha 11 de abril de 2006, se presenta en el registro de la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en xxxx1, una reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposa, Dña. vvvvv.



El reclamante expone en su escrito:

“(…) no nos cabe la menor duda que según el informe de urgencias del día 8 de abril del 2005 se la diagnóstica un `problema mecánico del hombro´; mientras que en el informe del 12 de abril del 2005 (fecha fatal) hay una sospecha diagnóstica más amplia; en ese momento se solicita por personal médico una analítica y se la deja ingresada a mi mujer para valorar el deterioro; y ahí sí que existe una relación con la intervención de corazón que sufrió en marzo (del mismo año). ¿Por qué sólo se la hizo en la primera visita una resonancia en el hombro?

»Ello quiere decir que ese día el diagnóstico fue `artrosis´. Pero es que es más, es que a pesar de observar en la auscultación pulmonar un hallazgo, ello no fue investigado, pese al tratamiento `anticoagulante postquirúrgico´. Es decir, el día 8 de abril, a mi mujer, prácticamente no la tomaron en serio (...). De haber actuado de otra forma (...) el desenlace hubiera sido otro, no hubiese evolucionado tórpidamente. Lo que denota una `mala praxis´ en la actuación de la Administración Sanitaria (...)”.

Solicita una indemnización de 120.000 euros.

Acompaña a su escrito copias del certificado de defunción, del DNI, del informe médico de urgencias de 8 de abril de 2005, del libro de familia, del testamento abierto, de la escritura de manifestación y adjudicación de herencia y escritos de reclamaciones, así como los informes médicos de *éxitus*, del Director Gerente del Hospital hhhh1 de xxxx1 de 31 de mayo de 2005, y de alta de 18 de marzo de 2005.

Segundo.- La paciente, nacida el día 29 de julio de 1937, presentaba como antecedentes médicos de interés, los de embolia arterial en bifurcación aórtica en 1984, por lo que se practica embolectomía y fasciotomía, quedando pie equino, que operan, complicándose con trombosis venosa y embolia pulmonar; fibrilación auricular desde 1985, en tratamiento con Sintrom; y comisurotomía mitral ese mismo año.

Ingresa en el Servicio de Cardiología del Hospital hhhh1 de xxxx1 el 26 de octubre de 2004, por cateterismo cardiaco debido a empeoramiento en la



clase funcional de cardiopatía. Se detecta cardiopatía valvular reumática: doble lesión mitral con estenosis moderada-severa e insuficiencia ligera; insuficiencia tricuspídea severa. Tiene hipertensión arterial pulmonar severa. Fibrilación auricular.

El 2 de marzo de 2005 ingresa en el Servicio de Cirugía Cardíaca para cirugía de sustitución valvular cardíaca. La intervención no puede realizarse al encontrarse averiado el sistema de aire acondicionado del quirófano. El 5 de marzo reingresa y se realiza la intervención el 8 de marzo. La intervención consiste en la sustitución valvular mitral (prótesis mecánica) y sustitución valvular tricúspide (prótesis anillo).

Tras la intervención es ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde permanece hasta el 10 de marzo. La evolución es buena y recibe el alta el 18 de marzo de 2005, habiendo sufrido un ligero derrame pleural bilateral. El tratamiento pautado incluye Sintrom (anticoagulante) y se le informa que debe mantener un INR entre 2,5 y 3,5. Se indica próximo control de INR el 22 de marzo de 2005.

El 21 de marzo de 2005 acude a la consulta de su médico de Atención Primaria. Se recoge en la historia clínica la intervención realizada y el tratamiento pautado. El 23 de marzo de 2005 y el 28 de marzo de 2005 vuelve a consultar con dicho facultativo, prescribiéndose medicación analgésica y extendiéndose recetas, respectivamente.

El 9 de abril de 2005 acude a Urgencias del Centro de Salud.

El 12 de abril de 2005 el médico de guardia la remite a Urgencias del Hospital hhhh1 de xxxx1 por vómitos herrumbrosos. Se produce el ingreso hospitalario de urgencia por taponamiento cardíaco. Se realiza intervención quirúrgica de urgencia, consistente en esternotomía, al no prosperar el abordaje subxifoideo. Durante la localización del derrame, entra en fibrilación auricular refractaria, practicándose la reanimación cardiopulmonar durante 90 minutos. Fallece a las 23:45 horas.

Tercero.- Al expediente administrativo se incorpora la siguiente documentación médica:



I.- Historia clínica del paciente.

II.- Informe del Jefe de Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital hhhh1 de xxxx1, de 23 de mayo de 2006.

III.- Informe del Coordinador del Servicio de Urgencias del Hospital hhhh1 de xxxx1, de 23 de junio de 2006.

IV.- Informe del médico adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital hhhh1 de xxxx1, de fecha 3 de julio de 2007.

V.- Informe de la Supervisora de Radiodiagnóstico del Hospital hhhh1 de xxxx1, de 3 de julio de 2007.

VI.- Informe emitido por la Inspección Médica con fecha 12 de enero de 2007.

VII.- Informe realizado a instancia de la compañía aseguradora de la Administración, de fecha 20 de agosto de 2007.

Cuarto.- El 13 de febrero de 2008, se concede trámite de audiencia al interesado, a efectos de que formule alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos; dentro del plazo concedido, aquél presenta escrito de alegaciones en el que señala que "el asunto se halla *sub judice*, en el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Procedimiento Ordinario 679/2007".

Quinto.- El 11 de septiembre de 2008, la Directora General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación presentada.

Sexto.- El 19 de septiembre de 2008, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta 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.

3ª.- Concurren en el interesado los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida 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 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 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, 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 formulada por D. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposa Dña. vvvvv.

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 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 se exponen a continuación.

Es necesario destacar, en primer lugar, que al tratarse de una responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación, como regla general, 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.

Conforme a la doctrina del Tribunal Supremo, 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. Así, en Sentencia, entre otras, de fecha 5 de junio de 1998, ha declarado que "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 la Sentencia citada señalando que “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”.

Asimismo, es doctrina jurisprudencial pacífica que la culpa o negligencia médica surge con dotación de suficiente causalidad cuando no se realizan las funciones que las técnicas de salud aconsejan y emplean como usuales en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario -Sentencias del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de febrero de 1991, 27 de noviembre de 1993 y 9 de marzo de 1998-, y que, en palabras de la Sentencia de 25 de noviembre de 1993 -Sala de lo Civil-, cabe declarar la responsabilidad médica si no se agotan “los medios clínicos al alcance para establecer con ellos un diagnóstico si no absolutamente certero, lo que en una ciencia médica como la que aquí contribuye a la sanidad del enfermo no puede exigirse por su propia naturaleza, sí al menos acercarse o aproximarse a él, y en todo caso que no pueda imputársele al profesional ni el olvido ni la desidia en el correcto ejercicio profesional al no reclamar ni analizar los elementos de investigación que en la institución en que prestan sus servicios disponen”.



Por otro lado, como se pronunció la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña en Sentencias de 8 de abril y 10 de diciembre de 1996, no cabe apreciar la culpa del facultativo en aquellos supuestos en que la confusión diagnóstica viene determinada por la ausencia de síntomas claros de la enfermedad, o cuando los mismos resulten enmascarados con otros más evidentes característicos de otra dolencia, reconociéndose especial relevancia a la similitud sintomática de la verdadera enfermedad con la que por confusión se diagnostica; en definitiva, no puede declararse la correspondiente responsabilidad por un error de diagnóstico que quepa calificar como disculpable.

En este sentido puede citarse, igualmente, la Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo de fecha 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”, así como que para determinar la existencia o no de error “se tendrá en cuenta la similitud de síntomas de la verdadera enfermedad con la que, por confusión, se diagnostica”.

El reclamante alega la existencia de una asistencia sanitaria incorrecta, al no haberse diagnosticado debidamente la patología que presentaba su esposa, por entender que el 8 de abril de 2005 las lesiones de la paciente fueron consideradas como “problema mecánico de hombro”, cuando en fecha 12 de abril de 2005 se diagnostica un “derrame pericárdico importante” y que este retraso diagnóstico causó la muerte de la paciente.

No obstante, de los informes médicos obrantes en el expediente ha de llegarse a la conclusión de que la asistencia sanitaria fue correcta.

Respecto al diagnóstico efectuado el 8 de abril de 2005, el informe de la Inspección Médica señala que “El diagnóstico del día 8, ‘dolor mecánico de hombro’, sin poder ser calificado de erróneo, puesto que presumiblemente existía ese dolor, sí podría haber sido incompleto, pues es coherente pensar que el derrame pericárdico ya había comenzado a producirse ese día 8”. No obstante precisa que “no puede afirmarse sin embargo que existiere negligencia o mala práctica ese día, pues los datos disponibles orientaban a ese dolor de



hombro y las pruebas mas específicas (EGC, placa de tórax, inexistencia de disnea) no daban indicios de poder existir un derrame pericárdico”.

El citado informe señala igualmente que la causa de la muerte no puede vincularse al supuesto error diagnóstico, puesto que “el hecho causal de fallecimiento no se centra ni se relaciona con el posible error diagnóstico (que denuncian los familiares de la paciente) o con el retraso diagnóstico, sino que el desenlace fatal es consecuencia de la intervención misma y de las manipulaciones y maniobras imprescindibles para intentar liberar de adherencias la zona y evacuar el derrame; estas maniobras operatorias son inherentes al tratamiento quirúrgico en sí, y de no efectuarse tampoco sería posible intentar solucionar el problema de la paciente. En definitiva se trató de un procedimiento quirúrgico estándar, reconocido como habitual en este tipo de patología por la bibliografía internacional y con un riesgo implícito de mortalidad bajo, pero existente. Desafortunadamente en este caso el 1 % de riesgo de muerte, se materializó en esta paciente”.

También explicita que “es factible pensar que el derrame pudo estar causado o influenciado más bien, por la alteración del INR (elevación); pero tampoco es posible conocer por qué razón acabó elevándose este INR. Históricamente la paciente mantuvo niveles bajos (más bajos de los idóneos) de INR y nada hacía pensar en su elevación tan brusca, por lo que no es exigible estar vigilando el alza de este indicador y mas aun sin que existieran signos o indicios que orientaran en ese sentido. No es factible ante todo paciente realizar una batería interminable de exploraciones y analíticas, sino que el buen hacer médico exige realizar las que los signos y señales clínicas y exploratorias obligan.

»El INR pudo alterarse por múltiples causas, desde una toma excesiva o incontrolada de analgésicos, hasta una alteración en los hábitos alimentarios, por un mecanismo de retroalimentación de las alteraciones metabólicas hepáticas o compresivas del derrame; o, lo más probable, por una suma de estos factores y otros desconocidos. En todo caso, se reitera, la alteración del INR no produce la hemorragia en sí misma, siendo preciso que exista una lesión de la integridad tisular para producir tal hemorragia. Incluso una vez desencadenado este mecanismo (INR alterado, lesión tisular, hemorragia) no fue esta la causa del fallecimiento, sino la materialización del



riesgo existente en la intervención quirúrgica que debía realizarse para vaciar el derrame que comprimía”.

Finalmente, concluye señalando que “no se aprecia pues mala práctica o negligencia, careciendo el posible error o retraso diagnóstico de importancia a los efectos del caso, pues el tratamiento quirúrgico habría sido el mismo, y es en ese acto quirúrgico donde se encuentra la causa de la muerte de la paciente, pues aún siendo recomendada la intervención y correcto el desarrollo de la misma, existía un riesgo de mortalidad que en este caso se concretó”.

En el caso sometido a dictamen, no se ha aportado prueba suficiente para considerar que hubo una mínima desatención que pudiera devenir en responsabilidad por el resultado o por la pérdida de oportunidades asistenciales. Los informes obrantes en el expediente no permiten sustentar que la paciente fuera atendida de forma incorrecta, o que en su tratamiento se hubiera vulnerado la *lex artis*.

Por tanto, de lo expuesto se extrae de forma clara que la paciente recibió una asistencia sanitaria correcta, dentro de las posibilidades existentes en una medicina de medios y no de resultados, quedando acreditado que las actuaciones seguidas al respecto fueron adecuadas dado su estado, sin que se pueda apreciar mala praxis.

6ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la parte 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.

Por último, igualmente debe ponerse de manifiesto que la demora injustificada en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial - no justificada, puesto que, desde que fue interpuesta la reclamación, ha transcurrido con creces el plazo de seis meses que tiene la Administración para resolver-, ha llevado al interesado a acudir a la vía judicial, con los gastos que esto conlleva de procurador y abogado, entre otros. Si bien es cierto que el cumplimiento por parte de la Administración de su obligación de resolver en



plazo no hubiera impedido, en este caso, que el interesado acudiera a la vía judicial, también lo es que los argumentos en que se fundamenta la desestimación es posible que le hubieran hecho desistir de esta opción.

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 prestada a su esposa, Dña. vvvvv, en el Hospital hhhh1 de xxxx1.

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