



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Rey Martínez, Consejero  
Sr. Velasco Rodríguez, Consejero  
Sr. Nalda García, Consejero y  
Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 30 de agosto de 2012, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. zzzz*, 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 10 de julio de 2012 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. zzzz, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, ya fallecida, Dña. mmm, en el Hospital hhhh de xxx1 y el Servicio de Urgencias Domiciliarias del Centro de Salud aaa*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 12 de julio de 2012, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 452/2012, y se inició el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, tal como dispone el artículo 55 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por el Decreto 17/2012, de 3 de mayo. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

**Primero.-** El 12 de febrero de 2010 Dña. zzzz presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. mmm, en el Hospital



hhhh de xxx1 y en el Servicio de Urgencias Domiciliarias del Centro de Salud aaaa, a causa del alta precipitada y deficiente seguimiento de la paciente en las últimas semanas de su vida, que impidieron cualquier actividad médica eficaz para evitar el fallecimiento, que tuvo lugar el 23 de junio de 2009 en el Complejo Asistencial de xxx1.

En su escrito expone que “previamente había estado ingresada del 27 de abril al 5 de mayo de 2009; pero se le dio el alta en una situación muy inestable; con una leve mejoría pero insuficiente para darle el alta por las enfermedades de base que padecía la paciente. De hecho, en cuanto llegó a casa empezó a empeorar. El día 15 de junio de 2009 se llamó a la ambulancia porque se ahogaba pero decidieron no trasladar a la paciente de su domicilio. Resulta inexplicable cómo no se ordenó el traslado al Hospital. Tres días después se llamó al médico de cabecera, quien atendió en casa, y le recetó paracetamol, sin ordenar nada más a pesar del empeoramiento evidente de la paciente. No tenemos constancia documental de dicha visita que obrará en el Centro de referencia. Cuando la familia llama al 112 el día 21 de junio de 2009 su situación ya es irreversible”.

Valora el daño moral por el fallecimiento de la madre en la cantidad de 90.000 euros, cuya indemnización solicita.

Acompaña a la reclamación diversos informes médicos relativos a la asistencia recibida. A requerimiento de la Administración aporta documentación acreditativa de la legitimación y Auto del Juzgado de Instrucción nº1 de xxx1 de 2 de marzo de 2010, que acuerda el sobreseimiento provisional de las Diligencias Previas de Procedimiento Abreviado nº 2390/2009, incoadas en virtud de denuncia formulada por la reclamante contra los facultativos del Hospital hhhh de xxx1 que asistieron a su madre en el último ingreso hospitalario previo a su fallecimiento.

**Segundo.-** Al expediente se incorpora, además de la historia clínica, sendos informes del facultativo del Centro de Salud aaaa de 25 de marzo de 2010 y 18 de abril de 2011, del Servicio de Medicina Interna del Hospital de 31 de marzo de 2010, del Coordinador de Urgencias del Complejo Asistencial de xxx1 de 9 de abril de 2010 y de la Inspección Médica de 8 de abril de 2011.



**Tercero.-** Consta en el expediente documentación acreditativa de haberse interpuesto recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León.

**Cuarto.-** El 19 de septiembre de 2011 el Jefe de Servicio de Inspección comunica el rehúse de la petición indemnizatoria por la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil.

**Quinto.-** Concedido trámite de audiencia el 5 de octubre de 2011, la reclamante presenta el 2 de noviembre alegaciones en las que reitera la pretensión y puntualiza que “el expediente se centra en su instrucción en las causas generales del fallecimiento del paciente, pero en nuestra reclamación centrábamos la misma en dos cuestiones: un alta prematura el 27-04-2009 y unos episodios inmediatos de mal atención en las últimas semanas de su vida. Especialmente, por las atenciones recibidas el 15-06-2009 (ambulancia que se llama pero no se traslada al paciente) y el 18-06-2009 (médico de cabecera que receta paracetamol sin decidir nada más). Resulta evidente que cuando la familia vuelve a llamar al 112 el 21-06-2009 el paciente ya estaba en muy mal estado, falleciendo el 23-06-2009”.

El 7 de noviembre presenta otro escrito al que acompaña declaración del hermano de la fallecida sobre las circunstancias del día del fallecimiento.

**Sexto.-** Traslada esta documentación a la Inspección Médica, el 11 de noviembre de 2011 informa de que dichas alegaciones deben desestimarse por considerar que no aportan nada nuevo en la resolución final de la reclamación patrimonial.

**Séptimo.-** El 21 de febrero de 2012 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

**Octavo.-** El 20 de junio de 2012 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta.

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 Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.f), del Acuerdo de 31 de mayo de 2012, del Pleno del Consejo, por el que se determina la 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 (12 de febrero de 2010) hasta que se formula la propuesta de orden (21 de febrero de 2012). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir 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 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.

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 presentó el 12 de febrero de 2010, es decir, antes de transcurrir un año desde que se produjo el fallecimiento, que tuvo lugar el 23 de junio de 2009.

**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.

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 la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea



consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

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

No obstante, la jurisprudencia modula 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 aquél 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 estén 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, que está, 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 la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 16 de marzo de 2005 y de 7 y 20 de marzo y 20 de diciembre de



2007), según la cual “a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida”.

**5ª.-** En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte el criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación planteada, ya que, de la documentación obrante en el expediente se desprende que no concurre la actuación negligente que se imputa a los servicios sanitarios públicos.

Es necesario destacar que, como se ha señalado, al tratarse de responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación es de medios y no de resultados, lo que supone la utilización de aquellas medidas que conozca la ciencia médica y que se encuentren a disposición del profesional sanitario en el lugar donde se produce el tratamiento.

Solicita la reclamante que se centre la atención en dos aspectos, el primero el alta prematura tras el ingreso hospitalario efectuado el 27 de abril de 2009 y, el segundo, la deficiente atención recibida el 15 de junio 2009, cuando llamada una ambulancia no se traslada al paciente y el 18 de junio de 2009, en el que el médico de cabecera receta paracetamol sin decidir nada más sobre el tratamiento a dispensar.

Sobre la primera cuestión, el informe de la Inspección Médica, frente a lo que alega la interesada, avala la adecuación de las actuaciones sanitarias llevadas a cabo y, en este sentido, señala que “La paciente ha tenido un ingreso el día 27 de abril de 2009 por un proceso de descompensación de su insuficiencia respiratoria con fiebre y tos, que es diagnosticado de proceso infeccioso respiratorio, sobre los diagnósticos previos de los cuales ya era portadora. Es dada de alta cuando se produce una clara mejoría de dicha sintomatología el día 5 de mayo de 2009 con un tratamiento de corticoides en pauta descendente así como toda la medicación para su patología habitual incluido el oxígeno domiciliario. La paciente se mantiene con su sintomatología



crónica de fondo sin agravamiento hasta que se vuelve a pedir consulta a urgencias domiciliarias por parte de la familia el día 15 de junio de 2009. Si la paciente hubiese sido dada de alta el día 5 de mayo de 2009 sin estar recuperada de su proceso infeccioso, que provocó el ingreso del día 27 de abril de 2009, dicha situación se habría descompensado mucho antes y hubiese llevado a la muerte de la paciente en pocos días, dada la precariedad de su situación respiratoria basal”.

En este mismo sentido el Servicio de Medicina Interna del Hospital hhhh informa “que fue dada de alta en el momento adecuado al haber alcanzado una situación estable, dentro de las múltiples patologías crónicas y de la gravedad que presentaba la paciente”.

»Asimismo, creemos que el ingreso del 21 de junio de 2009, en el que se produjo el fallecimiento de la paciente no es consecuencia del alta prematura del ingreso anterior, ya que si hubiera sido así el reingreso no se hubiera producido 37 días después del ingreso previo

»Según los informes aportados por la familia, la primera vez que consta que necesitase atención médica tras el alta, fue el día 15 de junio de 2009 (pasado más de un mes tras el alta) fecha en la que fue atendida de manera urgente por Atención Primaria en su domicilio”.

En relación con el segundo aspecto, esto es, la deficiente atención recibida el 15 de junio 2009 -cuando llamada una ambulancia no se traslada al paciente- y el 18 de junio de 2009 -en el que el médico de cabecera receta paracetamol sin decidir nada más sobre el tratamiento a prestar-, el informe de la Inspección Médica señala que “Siguiendo con la cronología de los hechos se demanda una asistencia a urgencias domiciliarias el día 15 de junio de 2009 por parte de la familia, por entender que la paciente está más adormilada de lo normal. Dicha asistencia no revela ningún dato en la exploración física que pudiera indicar un agravamiento de su patología de fondo ya que el mero hecho de estar más adormilada, según refiere la familia, no se traduce en una variación de constantes físicas en la exploración”.

Al respecto se pronuncia igualmente el informe del médico del Centro de Salud de 25 de marzo de 2010, en el que se considera adecuada la atención prestada por el Servicio de Urgencias Domiciliarias. Señala así que “el 15 de





junio de 2009 me desplazé a su domicilio y me informaron de que previamente había sido vista por los médicos del SUAP y le habían impuesto un tratamiento.

»Tras explorarla y atenderla debidamente, aprecié que el tratamiento impuesto por los médicos del SUAP era el correcto, por lo que le indiqué que debía mantener el mismo”.

Por otra parte, tampoco cabe estimar la pretensión basada en la deficiencia de la atención prestada el 18 de junio de 2009 por el Servicio de Urgencias Domiciliarias pues -según informa el médico del Centro de Salud el 18 de abril de 2011- “No hay constancia de petición de asistencia domiciliaria a la usuaria Dña. mmm con fecha 17, 18 y 19 de junio de 2009, según consta en el cuaderno de avisos del centro”.

Sobre el fallecimiento posterior producido el 23 de junio de 2009 en el Hospital hhhh, el informe del Coordinador de Urgencias considera que la actuación del Servicio de Urgencias fue irreprochable y técnicamente adecuada. Refiere que “La paciente acude al Servicio de Urgencias el día 21 de junio de 2009, en mala situación clínica con hipotensión severa e insuficiencia respiratoria crónica agudizada hipercápnica.

»La paciente fue tratada con sueroterapia, ventilación mecánica no invasiva, antipiréticos, cloruro mórfico y antibióticos, según la pauta habitual de tratamiento de estos pacientes.

»Estabilizada la paciente, ingresa en el Servicio de Medicina Interna, avisando a los facultativos de guardia de dicha especialidad del ingreso y la situación clínica de la paciente.

»La paciente fallece cinco días después”.

Sobre esta actuación, el informe de la Inspección Médica defiende igualmente la corrección del tratamiento y las medidas terapéuticas adoptadas tras el ingreso de 21 de junio. Señala al respecto que “La paciente que nos ocupa sufre un proceso neumónico en abril de 2009 del que es tratada y recuperada y vuelve a tener otro proceso neumónico en junio del 2009 que no tiene ninguna relación con el anterior y que, por otro lado, dada la situación de insuficiencia respiratoria basal de la paciente así como de insuficiencia renal y



cardíaca hacen que provoque una descompensación con encefalopatía hipercápnica que es lo que conlleva al *exitus* de la paciente. (...). Estas insuficiencias de fondo no permiten a la paciente superarlo a pesar de todos los tratamientos instaurados en el Hospital hhhh”.

Las conclusiones de los informes obrantes en el expediente no han sido desvirtuadas por las alegaciones de la reclamante, que aunque cuestionan la asistencia médica practicada y con ello la observancia de la *lex artis*, no han sido avaladas por informe alguno y ceden, por tanto, frente a la rotundidad con que las opiniones técnicas señaladas dictaminan a favor de la corrección del tratamiento dispensado en todo momento al paciente; juicios que tienen, además, la garantía de haber sido emitidos por profesionales médicos.

Por todo ello puede considerarse, al acoger dichos argumentos, que no existen razones objetivas que permitan constatar que la actuación de los profesionales haya sido negligente e incorrecta, ni que los medios utilizados hayan sido inadecuados por lo que no cabe apreciar responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

6ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, al constar que la interesada ha 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 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 procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. zzzz, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, ya fallecida, Dña. mmm, en



**CONSEJO  
CONSULTIVO**  
DE CASTILLA Y LEÓN

el Hospital hhhh de xxx1 y por el Servicio de Urgencias Domiciliarias del Centro de Salud aaaa.

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