



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 13 de septiembre de 2012, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxx y de su hija menor cccc*, 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 3 de agosto 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 D. yyyy, en nombre y representación de Dña. xxxx y de cccc, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que fue prestada a cccc1 en el Complejo Asistencial de xxxx1.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 6 de agosto de 2012, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 501/2012, iniciándose 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 abril de 2010 D. yyyy, en nombre y representación de Dña. xxxx y de cccc, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración Autónoma, debido al fallecimiento de cccc1,



hija y hermana de aquellas, respectivamente, el 29 de diciembre de 2009, que achacan a la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxxx1.

Alegan que el Servicio de Urgencias no siguió el protocolo recomendado ante una hipoglucemia en niños, ya que se administró a la niña por vía intravenosa suero glucosado al 5% a un ritmo muy rápido de transfusión, que favoreció la aparición del edema cerebral.

Manifiestan también que se les informó que "en la necropsia se había detectado, además de un edema cerebral y neumonitis que, clínicamente, no tenía importancia, una esteatosis microgotular en el hígado que, según ello, podía deberse a una enfermedad metabólica congénita (ciclo de la urea, beta-oxidación, Wolma) o a una isquemia hepática". Señalan que, "como los resultado de las enfermedades metabólicas congénitas que se le habían realizado dieron resultados normales, la única explicación posible es que el origen de la esteatosis microgotular en el hígado que causó el fallecimiento fuera "una isquemia hepática producida por la falta de `riesgo de sangre al hígado´, lo que puede suceder cuando la saturación de oxígeno disminuye debido a la tensión baja, situación provocada por una crisis convulsiva larga", como la que padeció la menor en el Servicio de Urgencias.

Reclaman una indemnización de 305.000,00 euros.

Se adjuntan a la reclamación copias del poder general para pleitos otorgado al representante, del Libro de Familia, de informes médicos y de documentación clínica.

Segundo.- Obra en el expediente, además de la historia clínica de la paciente, los siguientes informes profesionales:

- Informes del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial de xxxx1 de 9 y 10 de abril de 2010.
- Informe del Jefe del Servicio de Pediatría de 11 de mayo de 2010.
- Informe de la Inspección Médica de 29 de noviembre de 2010.



- Dictamen médico emitido el 1 de junio de 2011 a instancia de la compañía aseguradora de la Administración.

Tercero.- Consta que los interesados han interpuesto un recurso contencioso administrativo contra la desestimación por silencio administrativo de su reclamación, ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (que ha dado lugar al procedimiento ordinario 1876/2010), y la remisión del expediente administrativo a dicho órgano judicial.

Cuarto.- El 14 de julio de 2011 se notifica a los interesados la apertura del trámite de audiencia, sin que conste la presentación de alegaciones.

Quinto.- El 7 de marzo de 2012 el Director General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud formula una propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Sexto.- El 16 de julio de 2012 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente dicha 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 abril de 2010) hasta que se formula la propuesta de orden (7 de marzo de 2012). En particular, llama la atención la injustificable demora –casi 8 meses- en formular la propuesta de orden desde la finalización del trámite de audiencia. Estas circunstancias constituyen un incumplimiento de los plazos previstos en el artículo 13.3 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, y por tanto 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. A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 41.1 y 47 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

3ª.- Concurren en las reclamantes 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.



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, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, 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.

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.

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 los argumentos recogidos en la propuesta de orden formulada por la Administración y considera que la reclamación debe desestimarse.

Las alegaciones de las reclamantes versan sobre dos cuestiones:

- La asistencia sanitaria prestada a la niña, de 2 años de edad, fue deficiente ya que en el Servicio de Urgencias no se siguió el protocolo recomendado ante una hipoglucemia en niños: se administró a la niña por vía intravenosa suero glucosado al 5% a un ritmo muy rápido de transfusión y ello favoreció la aparición del edema cerebral.

- Se les informó que “en la necropsia se había detectado, además de un edema cerebral y neumonitis que, clínicamente, no tenía importancia, una esteatosis microgotular en el hígado que, según ello, podía deberse a una enfermedad metabólica congénita (ciclo de la urea, beta-oxidación, Wolma) o a una isquemia hepática”. Por ello, “como los resultados de las enfermedades metabólicas congénitas que se le habían realizado dieron resultados normales, la única explicación posible es que el origen de la esteatosis microgotular en el hígado que causó el fallecimiento fuera “una isquemia hepática producida por la falta de riego de sangre al hígado, lo que puede suceder cuando la saturación de oxígeno disminuye debido a la tensión baja, situación provocada por una crisis convulsiva larga”, como la que padeció la menor en el Servicio de Urgencias.

Los informes médicos aportados al expediente confirman, sin embargo, que la actuación sanitaria fue correcta y adecuada a la *lex artis ad hoc*.

El dictamen médico señala, con carácter previo y como antecedente de interés, que la niña estaba siendo estudiada en el Servicio de Neurología Pediátrica del Hospital hhhh de xxxx2, por una macrocefalia asociada a un leve



retraso del desarrollo. Como expone la Inspección Médica en su informe, "en este tipo de cerebros cuando hay un mínimo edema cerebral se produce mayor sufrimiento, ya que el espacio subaracnoideo es más pequeño"; y que es muy probable que la mala evolución clínica de la niña estuviera en relación con la macrocefalia, patología de base que "pudo conducir, o al menos contribuir, al desenlace fatal del caso".

En primer lugar se alega que hubo una inadecuada transfusión de suero glucosado, ya que el ritmo de perfusión era muy alto.

La Inspección Médica considera que "no hubo sobrecarga de glucosa, ya que pasaron 4 gr. de glucosa y se le podían haber administrado hasta 12 gr. por su peso"; que "no hubo sobrecarga de volumen, pues en los 20-25 minutos que estuvo en Urgencias hasta que fue trasladada a la planta se le administraron 50-80 ml. de suero (...) y en los protocolos de deshidratación iso e hiponatrémica se indica que pueden pasar 30 ml/kg en 4 horas, es decir le corresponderían 360 ml. en 4 horas por su peso". El dictamen médico coincide en la corrección de la sueroterapia pautada.

Previo al traslado a planta, se solicitó una nueva glucemia capilar que presenta cifras de 295 mg/dl (en 20-25 minutos que estuvo en Urgencias aumento de 21 a 295 mg/dl). La Inspección Médica, "con la valoración hecha a posteriori y tras la realización del estudio necrópsico por el que se diagnosticaron alteraciones metabólicas congénitas (...) [considera] probable que dicha alteración metabólica congénita desencadenase esta situación, ya que la cantidad de glucosa administrada (...) no puede en condiciones de normalidad producir la hiperglucemia registrada, es decir, la pauta administrada no justifica la evolución posterior".

Una vez ingresada en la planta de pediatría se realizó de manera inmediata una glucemia capilar con un resultado de 405 mg/dl, por lo que se administró a la paciente suero salino fisiológico (no suero glucosalino, como afirman los reclamantes) a ritmo adecuado, según protocolo -no procedía administrar más glucosa si se encontraba ya alta-. Una hora después la glucosa había descendido a 300 mg/dl, lo que, según la Inspección, demuestra la corrección del tratamiento.



Posteriormente, en planta, presentó un episodio convulsivo hipertónico generalizado, que cedió tras la administración de Valium intravenoso (0,3 mg/kg) y oxigenoterapia. Ante la gravedad que presentaba, se intubó a la niña y se le trasladó a la UVI pediátrica de xxxx3. En ese tiempo mantuvo un estado de saturación adecuado y un descenso progresivo de glucemia, que alcanzó 83 mg/dl a su llegada a xxxx3.

Los informes médicos coinciden, pues, en afirmar que el tratamiento con suero pautado fue el adecuado y que no existió ni sobrecarga de glucosa ni sobrecarga de volumen.

En segundo lugar, los reclamantes afirman que la niña padeció una crisis convulsiva de larga duración (desde el Servicio de Urgencias hasta que fue trasladada a planta), que fue el origen de la esteatosis hepática microgotular que causó el óbito.

La Inspección Médica considera, sin embargo, a la vista de la historia clínica y de los informes de los especialistas, que su causa más probable fue una metabolopatía congénita y no una isquemia hepática producida por la falta de riego en sangre al hígado. Y ello por dos motivos:

- Por un lado, porque no se ha producido crisis convulsiva de larga duración: en el Servicio de Urgencias no hubo ningún cuadro compatible con una convulsión y la saturación de oxígeno era del 95% (por lo que no hubo anoxia); y la crisis convulsiva producida en planta duró escasos minutos, ya que se instauró inmediatamente tratamiento intravenoso con Diacepán y cedió al finalizar su administración, y la saturación de oxígeno era adecuada. El dictamen médico ratifica que en la historia clínica no hay referencia alguna a la existencia de una convulsión en Urgencias y que la saturación de oxígeno se mantuvo en todo momento en valores normales durante la estancia de la niña en Urgencias; y considera "muy improbable que varios profesionales de la salud no fueran capaces de detectar ni tratar un cuadro convulsivo de más de 30 minutos de duración".

- Por otro lado, porque en el informe de cromatografía de aminoácidos solicitado por el hospital de xxxx3 se refiere que "la técnica no detecta todos los aminoácidos, por lo que no se han realizado todos los estudios al respecto". El dictamen médico afirma también que los resultados



obtenidos en las pruebas metabólicas, aun siendo normales, no pueden descartar una enfermedad metabólica; y añade que “De hecho, en este tipo de enfermedades no siempre se consigue una confirmación definitiva y el diagnóstico se establece de sospecha, debido a alteraciones típicas en la anatomía patológica como la presencia de esteatosis hepática microgotular difusa”. Además, afirma que la alegación de los reclamantes no es compatible con la fisiopatología de la hipoxia-isquemia en la infancia.

En conclusión, la Inspección Médica, a la vista de los hechos y las actuaciones practicadas, afirma que la hipoglucemia severa detectada en el Servicio de Urgencias produjo en la niña un daño cerebral con edema, convulsión y coma; que se produjo una hipertensión craneal que, en un cerebro macrocéfalo con disminución del espacio subaracnoideo produce mayor sufrimiento, lo que ocasionó una convulsión hipertónica severa y muerte encefálica.

El dictamen médico, por su parte, afirma que el desarrollo clínico de los hechos es, en cualquier caso, infrecuente y coincide con la explicación fisiopatológica de lo ocurrido expuesta por la Inspección Médica, si bien manifiesta que “no deja de ser una teoría etiológica”. Y concluye que, “con independencia de cuál fuera la causa real del fallecimiento, la actuación de los facultativos (...) fue correcta y guiada según las recomendaciones de los protocolos pediátricos actuales”.

En virtud de lo expuesto y de las afirmaciones recogidas en los informes profesionales obrantes en el expediente, puede concluirse que los profesionales médicos actuaron conforme a la *lex artis ad hoc*, prestando a la paciente una asistencia médica adecuada a los protocolos y al estado de la ciencia. Por ello, procede desestimar la reclamación planteada.

6ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, al constar que los interesados han interpuesto un recurso contencioso-administrativo contra la desestimación por silencio administrativo de su reclamación, 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.



Por último, este Consejo se ve igualmente en la obligación de poner de manifiesto que, la demora injustificada en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial, y la consiguiente ausencia de causas expresas denegatorias de su reclamación -la desestimación se produce por silencio administrativo-, ha llevado a acudir a la vía judicial, con los gastos que esto conlleva de procurador y abogado, entre otros.

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 D. yyyy, en nombre y representación de Dña. xxxx y de cccc, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que fue prestada a cccc1 en el Complejo Asistencial de xxxx1.

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