



Sr. Amilivia González, Presidente

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

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 5 de febrero de 2015, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx*, 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 enero de 2015 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. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre, ya fallecido, D. vvvv.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 12 de enero de 2014, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 15/2015, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por la Resolución de 5 de febrero de 2014, de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Velasco Rodríguez.

**Primero.-** El 24 de julio de 2013 Dña. xxxx presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre, ya fallecido, D. vvvv.



Señala que como consecuencia de la *mala praxis* médica su padre falleció el 12 de octubre de 2012 por una sepsis generalizada, cuando estuvo ingresado en el Hospital hhh1 de xxx1 desde el 15 de septiembre, sin que se determinara cuál era su dolencia. Expone la defectuosa asistencia recibida por su padre en el Centro de Salud de hhh2 y en el Hospital hhh1 de xxx1, sus problemas de riñón, el diagnóstico y tratamiento de su proceso cancerígeno, la escasa atención prestada a la herida abierta en su brazo y el alta precipitada y sin ninguna indicación realizada y que llevó al reingreso de su padre a las 3 horas.

Solicita una indemnización de 100.000 euros.

Junto al citado escrito aporta diversos informes médicos y copia del acta de declaración de herederos. A requerimiento de la Administración, presenta certificados literales de defunción, de matrimonio de su padre y de su nacimiento.

**Segundo.-** D. vvvv, de 80 años de edad, era un paciente sometido a trasplante renal izquierdo, con hipertensión arterial, diabetes mellitus post-trasplante, hiperuricemia, síndrome prostático y colecistectomizado.

El 27 de agosto de 2012 sufrió una caída en su domicilio sobre hemitórax y hombro derecho, siendo atendido en el Servicio de Urgencias de hhh2, en el que le realizan radiografía de tórax y le pautan tratamiento con paracetamol. Al no mejorar su estado, a los pocos días se aumentan la dosis.

El 4 de septiembre, al persistir la sintomatología y notar una masa en la parrilla costal, el paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhh1 de xxx1. En la exploración física aprecian dolor a la palpación, aunque en la radiografía de tórax no se distingue fractura.

El 15 de septiembre, ante un nuevo empeoramiento del paciente, acude de nuevo al Servicio de Urgencias de hhh2 en el que, tras valorar la situación general y dado que presenta unos niveles de glucosa elevados, se remite al Servicio de Urgencias del Hospital hhh1, donde se decide el ingreso del paciente al presentar leve deterioro de la función renal y sospecha de infección del tracto urinario, diagnóstico relevante en un trasplantado renal.



Durante el ingreso en el Servicio de Nefrología se corrigen las alteraciones de la función renal y no se evidencia la presencia de infección urinaria, siendo negativos los urocultivos. Sin embargo, sí que se detecta la presencia de anemia y una elevación de transaminasas, por lo que se realiza interconsulta al Servicio de Digestivo.

Durante la noche del 19 al 20 de septiembre el paciente sufre una caída y se produce una herida en el brazo izquierdo que, valorada por enfermería, es tratada mediante la colocación de puntos de aproximación.

Solicitada una ecografía abdominal, el 24 de septiembre se detectan múltiples imágenes nodulares de tamaño variable en el parénquima hepático compatibles con metástasis. La colonoscopia y gastroscopia realizadas no muestran hallazgos importantes, por lo que se decide continuar el estudio de las lesiones hepáticas con la realización de una punción de ellas.

Tras este diagnóstico, el paciente pasa del Servicio de Nefrología a depender del Servicio de Digestivo.

El 28 de septiembre el Servicio de Digestivo solicita interconsulta al Servicio de Cirugía para valoración de la herida que presenta en el brazo. Se pauta la realización de curas de la herida cada 24/48 horas, mantener cobertura antibiótica iniciada con anterioridad unos 7-10 días y dejar cicatrizar por segunda intención. Se indica expresamente que si la evolución fuese mala, les vuelvan a avisar.

Ante las alteraciones analíticas detectadas y de forma previa a realizar una punción hepática, se realiza interconsulta al Servicio de Hematología y se solicitan indicaciones sobre la actitud terapéutica a seguir.

Tras varios intentos de retirada de la sonda vesical, se decide volver a colocarla al no poder orinar el paciente. Ese mismo día se decide el alta del paciente, que no se produce hasta el día siguiente (5 de octubre). La médico especialista del Servicio de Digestivo reseña que firma el informe de alta y que, una vez realizada la punción hepática y estando pendiente del resultado de ésta, corresponde al médico de cabecera el control del paciente. Además indica que deberá acudir a consultas externas de Nefrología el 8 de octubre y que será citado en las consultas externas de Oncología.



A las pocas horas del alta hospitalaria, el paciente es atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital hhh1, a donde es trasladado desde su domicilio por empeoramiento del cuadro clínico.

Según nota del Servicio de Medicina Interna elaborada ese mismo día, al ser avisados para revisar al paciente, detectan que tiene dos cultivos de exudado de la lesión del brazo, realizados el 2 y el 5 de octubre, en los que ha crecido el microorganismo *Staphylococcus aureus* *meticillin* resistente. Además de ello se diagnóstica un fracaso hepático por metástasis con tumor primario desconocido, fracaso renal agudo en paciente trasplantado renal con tratamiento inmunosupresor, insuficiencia respiratoria aguda parcial, sepsis grave por infección de herida en extremidad superior, sospecha de infección del tracto urinario, hiponatremia e hiperpotasemia leve. Por todo ello, se decide su ingreso hospitalario en el Servicio de Medicina Interna y se informa a los familiares del mal pronóstico y de la posibilidad de fallecimiento.

Durante este ingreso se realiza aislamiento del paciente, debido a las características de la infección que padece, y se instaura tratamiento antibiótico. Se produce un empeoramiento progresivo del paciente y la asistencia se limita a paliar su sufrimiento.

D. vvvv fallece el 12 de octubre de 2012 en el Hospital hhh1 de xxx1.

**Tercero.-** Al expediente se incorpora, además de la historia clínica, informes del Jefe de Servicio de Nefrología del Hospital hhh1 de xxx1 de 6 de marzo de 2013, de dos adjuntos del referido Servicio de 29 y 30 de octubre de 2013, de una facultativa del Servicio de Aparato Digestivo, de la Inspección Médica de 3 de junio de 2014 y el dictamen médico elaborado a instancia de la compañía aseguradora el 14 de septiembre de 2014.

**Cuarto.-** El 19 de septiembre de 2013 se admite a trámite la reclamación y se nombra instructora del procedimiento.

**Quinto.-** El 23 de mayo de 2014 la reclamante presenta un escrito en el que solicita que se resuelva su reclamación.



**Sexto.-** Concedido trámite de audiencia, la reclamante obtiene copia parcial del expediente y el 6 de noviembre presenta alegaciones en las que reitera la pretensión inicialmente deducida.

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

**Octavo.-** El 3 de diciembre de 2014 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

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.i), 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 apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, 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 (24 de julio de 2013) hasta que se formula la propuesta de orden (21 de noviembre de 2014). 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, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder a la reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

**3ª.-** Concurren en la reclamante 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.

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 pueda producirse.

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 20 de diciembre, 20 de marzo y 7 de marzo 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, la reclamante considera que existió mala *praxis*, descoordinación y desatenciones en la asistencia sanitaria, y que la ausencia de tratamiento en el momento oportuno fue la causa de la muerte de su padre.

Por su parte, la Administración Sanitaria considera que no hubo incorrección alguna en el proceso de diagnóstico y tratamiento de las metástasis hepáticas -que suponen una importantísima limitación de las posibilidades vitales- y resta importancia al alta indebida del enfermo, deficiencia que se vio superada por el referido ingreso posterior, sin que las escasas horas transcurridas fuera del ámbito hospitalario puedan tener trascendencia en el resultado. En cuanto a la herida del brazo considera que la actuación frente a ella ha sido correcta por más que en su negativa evolución tuviera una importancia decisiva la situación inmunológica del paciente.

La prueba de los hechos constitutivos de la reclamación es una carga del interesado, de acuerdo con los viejos aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori*, aunque la Administración tiene la





obligación de facilitar al ciudadano todos los medios a su alcance para cumplir con dicha carga, dado que el procedimiento se impulsa de oficio (artículo 6.2 del citado Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial), en mayor medida en los casos en que los datos estén sólo en poder de aquélla. De la misma manera, los hechos impeditivos, extintivos o moderadores de la responsabilidad son carga exigible a la Administración (artículo 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, por remisión del artículo 60.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa).

Revisado el proceso asistencial, a la vista de los hechos reseñados y de las anteriores consideraciones, este Consejo Consultivo considera que en todo el proceso asistencial desarrollado, encaminado a establecer la patología de origen de las lesiones presentes en el hígado, no se aprecia incorrección y que en todo momento fue adecuado a la situación clínica del paciente. Se realizaron las exploraciones complementarias pertinentes, teniendo en cuenta la situación del enfermo y se informó de los riesgos.

Asimismo, se considera que las actuaciones médicas desarrolladas durante su ingreso en el Servicio de Medicina Interna fueron adecuadas a la situación de extrema gravedad del paciente y que el fallo multiorgánico condicionó una actitud terapéutica encaminada fundamentalmente a paliar su sufrimiento, sin incurrir en medidas diagnósticas inútiles ni en cualquier otra forma de encarnizamiento diagnóstico o terapéutico.

No obstante, este Consejo Consultivo considera que el alta hospitalaria, realizada tras la punción hepática y tras varios intentos de retirada de la sonda vesical, fue incorrecta, al no tenerse en cuenta el estado general del enfermo. Como pone de manifiesto el informe de la Inspección Médica, "se produjo el alta hospitalaria del paciente atendiendo únicamente a criterios médicos relacionados con su patología digestiva, sin tener en cuenta otras patologías concomitantes que padecía, el resto de pruebas complementarias realizadas y los resultados de las mismas que estaban pendientes de valorar". Así, las sucesivas analíticas realizadas a lo largo del ingreso muestran un empeoramiento progresivo en los valores de una serie de parámetros, como los que hacen referencia las cifras que valoran la función renal, con todo lo que eso conlleva en un paciente trasplantado renal, diabético y con tratamiento inmunosupresor. También se obvió el hecho de que se había realizado un



cultivo de la herida del brazo, no se comprobó el resultado y no se indicó en el informe de alta la actitud terapéutica respecto a dicha lesión.

No se ha encontrado en la historia clínica referencia alguna a que se tuvieran en cuenta, a la hora de valorar el alta hospitalaria, los resultados de otras exploraciones complementarias realizadas, como la alteración de determinados parámetros de las analíticas extraídas en los últimos días. Únicamente se señala la condición de "afebril" del paciente y se anotan las cifras de tensión arterial, saturación de oxígeno o frecuencia cardiaca. Tampoco se hace mención a la herida del brazo y su evolución durante el ingreso, ni se detalla el tratamiento que debe seguir el paciente en su domicilio, tanto en lo referente a la herida (el cirujano pautó continuar con el tratamiento antibiótico 7-10 días más) como al resto de fármacos que debía tomar.

Por ello, puede concluirse que el alta hospitalaria se produjo con un informe incompleto del Servicio de Digestivo, en el que no se hacía referencia a todas las pruebas pendientes y sus resultados y en el que no se realizaban indicaciones precisas acerca del tratamiento que debía seguir el paciente en su domicilio.

Si bien es cierto que el informe aportado por la compañía aseguradora de la Administración señala que el pronóstico clínico del enfermo determinaba un desenlace infausto a muy corto plazo, estas deficiencias no son irrelevantes y muestran una grave descoordinación y desatención que produjo un inmediato agravamiento de las patologías del enfermo.

Tal y como ha señalado el Tribunal Supremo (por todas, Sentencia de 1 de julio de 1997, de la Sala de lo Civil), "la responsabilidad médica es un apartado del capítulo más general de la responsabilidad sanitaria (responsabilidad del centro médico, por deficiencias de funcionamiento u organización, negligencias del personal, etc.). Como una subespecie de la responsabilidad médica más cerca de la responsabilidad sanitaria en general, se sitúa la derivada de conductas que supongan una falta de coordinación entre los especialistas que tratan a un paciente, más aún cuando tal evento sucede dentro del mismo centro hospitalario, o cuando determinados elementos de información que constan en el historial del paciente no son considerados o se soslayan en el tratamiento o en la intervención quirúrgica, sin una acreditada valoración previa de aquellos y sin una explicación de los riesgos acumulados



que aquellos comportan, para someterlos, en suma, a la aceptación del paciente, mediante su consentimiento. En estos casos la responsabilidad del médico queda fuera de la aplicación de la doctrina jurisprudencial que no acepta el desplazamiento de la carga de la prueba al demandado, como se mantiene respecto de otras posibles infracciones culposas, no obstante, que esta doctrina admita múltiples matices según proporción del resultado”.

Por ello, al concurrir una deficiencia en los servicios sanitarios, al producirse una grave descoordinación en el momento de dar el alta médica y una falta de atención a la herida del brazo y al no detectarse el proceso infeccioso sufrido por el paciente durante su ingreso en ese hospital -que presumiblemente aceleró su fallecimiento-, se ha producido un daño antijurídico.

Respecto al importe de la indemnización, este Consejo Consultivo al carecer de los datos necesarios para una adecuada fijación, considera que los padecimientos sufridos por la referida descoordinación pueden valorarse, a tanto alzado, en la cantidad de 5.000 euros.

Todo ello sin perjuicio de que el importe de la indemnización deba actualizarse a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, ya citada.

### **III CONCLUSIONES**

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución estimatoria parcial, por importe de 5.000 euros, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre, ya fallecido, D. vvvv.

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