



Sr. Amilivia González, Presidente y
Ponente

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

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 12 de febrero de 2015, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. 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 15 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 D. xxxx, debido a los daños y perjuicios sufridos por la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. vvvv en el Complejo Asistencial de xxx1.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 16 de enero de 2015, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 23/2015, 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. Amilivia González.

Primero.- El 6 de febrero de 2013 D. xxxx presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración de la Comunidad, debido a los daños y perjuicios sufridos a consecuencia del fallecimiento de su madre,



Dña. vvvv, el 2 de mayo de 2012, que achaca a la deficiente asistencia sanitaria recibida en el Complejo Asistencial de xxx1.

Expone que el 23 de abril de 2012 su madre ingresó en el Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial de xxx1 procedente de la residencia geriátrica donde residía, por probable accidente cerebrovascular. Tras recibir el resultado de los análisis practicados, se le da el alta y se remite a la paciente a la residencia geriátrica. Según el informe de alta, "Dada la patología de base, la situación funcional de la paciente y tratamiento habitual que viene haciendo con la correspondiente antiagregación, se decide continuar con su tratamiento en su residencia donde se encuentra institucionalizada y control por su MAP". El reclamante afirma que "La remisión de la paciente a su domicilio lo fue con secuelas de hemiparesia derecha 4/5 en ESD y 3/5 en EID, afasia motora-sensitiva y disfagia", según consta en el informe de alta por *exitus* del día 2 de mayo de 2012.

Manifiesta que el 28 de abril, es decir, cinco días más tarde, la paciente ingresa en el Servicio de Medicina Interna con un diagnóstico de neumonía posiblemente secundaria a broncoaspiración y accidente cerebrovascular en progresión con afasia sensitivo-motora; y que en ese periodo de cinco días fue perdiendo progresivamente la movilidad hasta dejar de caminar y de hablar, "siendo absolutamente dependiente para todo, cuando con anterioridad caminaba, comía sola y mantenía una conversación". El 2 de mayo falleció.

El reclamante alega que existe responsabilidad de la Administración sanitaria "por no haber profundizado en los síntomas que presentaba la enferma y no [realizar] pruebas diagnósticas suficientes para determinar la localización, gravedad y alcance del (...) accidente cerebrovascular" y por no haber adoptado "las medidas de observación, vigilancia y protección necesarias para el evitar el resultado [del óbito], por la vía del protocolo médico sobre medidas preventivas". Asevera que la actuación sanitaria fue negligente, ya que sin haberse practicado pruebas concluyentes de su inexistencia y sin haber permanecido ingresada en observación durante al menos 48 horas, se descartó el diagnóstico de ictus o trombosis cerebral y se dio el alta a la paciente.

Considera que "El error en el diagnóstico, la falta de orientación e información necesaria, en este caso para los cuidadores, y la ausencia de tratamiento y cuidados precisos para este caso causó que, cinco días después,



la paciente ingresara en Urgencias con un accidente cerebrovascular agudo (...) falleciendo a los dos días del ingreso”.

Solicita una indemnización de 120.000 euros.

Adjunta a su reclamación copias del certificado de defunción de la paciente, del justificante de su condición de heredero y de varios informes médicos.

Segundo.- Obran en el expediente la historia clínica del paciente y los siguientes informes profesionales:

- Informe del Jefe de Servicio de Medicina Interna, de 28 de febrero de 2013, en el que expone que se trataba de una paciente de 92 años con multipatología, según se refleja en los antecedentes personales, que había sido atendida previamente en varias ocasiones en dicho servicio y que ingresó por última vez el 28 de abril de 2012 (sábado); que la paciente presentaba una situación muy grave relacionada con una neumonía derecha con insuficiencia respiratoria y que evolucionó desfavorablemente a pesar del tratamiento y falleció en la madrugada del lunes 1 de mayo.

- Informe del Jefe de la Unidad de Urgencias de 1 de marzo de 2013, en el que se señala que la paciente fue atendida el 23 de abril de 2012. Tras ser valorada por la residente de Medicina Intensiva y supervisada por la facultativo de Urgencias, se le informó de la situación clínica, de las pruebas complementarias a realizar, de la espera de estos resultados en el área de observación y de la impresión que podría ser dado de alta. Una vez recibidas y analizadas las pruebas complementarias, se decidió el alta de la paciente a la residencia donde se encontraba institucionalizada con el informe clínico correspondiente en el que se especificaba la atención recibida y las recomendaciones terapéuticas. Todos estos aspectos referentes a la información clínica se transmitieron al familiar del paciente.

- Informe de la Inspección Médica de 23 de enero de 2014, desfavorable a la reclamación presentada, al considerar que la actuación sanitaria fue conforme con la *lex artis ad hoc*.



- Escrito del Jefe del Servicio de Inspección de 11 de abril de 2014, en el que se comunica a la Gerencia de Salud de Área de xxx1 que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad ha considerado "que, inicialmente, no procede acceder a la solicitud indemnizatoria planteada en la reclamación".

Tercero.- Consta en el expediente que el reclamante ha interpuesto un recurso contencioso administrativo contra la desestimación por silencio administrativo de su reclamación, su admisión a trámite y la remisión del expediente administrativo al Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León el 3 de octubre de 2013. Se desconoce el estado en que se encuentra el proceso.

Cuarto.- En el trámite de audiencia se reitera la pretensión resarcitoria.

Quinto.- El 27 de noviembre de 2014 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Sexto.- El 10 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 el 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 (6 de febrero de 2013) hasta que se formula la propuesta de orden (27 de noviembre de 2014). Esta circunstancia constituye 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 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 el 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.



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 ad hoc*. 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 ad hoc*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis ad hoc*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia 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, el interesado alega que ha existido error de diagnóstico y falta de diligencia en el tratamiento y abordaje de la patología que presentaba la paciente.

Sin embargo, de las consideraciones recogidas en el informe de la Inspección Médica se desprende que el fallecimiento de la paciente no se debió a la mala *praxis* de los facultativos que la atendieron sino a las complicaciones propias de la enfermedad degenerativa que presentaba.

La paciente, de 92 años, presentaba un cuadro de demencia tipo Alzheimer avanzada en fase de cuidados paliativos y vivía desde 2010 en una residencia asistida.

La enfermedad de Alzheimer es un cuadro degenerativo y de evolución progresiva que conduce a la muerte. La rapidez de la evolución es diferente en cada paciente pero en su grado más avanzado (definido por estadio 7 de la escala de valoración funcional FAST) los pacientes se encuentran en fase terminal y los cuidados que se recomiendan son de tipo paliativo. En esta situación se presentan de forma habitual complicaciones médicas que son consecuencias inevitables de su demencia en fase final y conducen a la muerte. Entre éstas se describen la neumonía por aspiración (que es la causa más común de muerte en estos pacientes), pielonefritis o infección del tracto urinario superior, septicemia, úlceras por presión múltiples estadio III-IV y fiebre recurrente tras antibioterapia. Asimismo se asocia disfagia o rechazo de la alimentación severa.

La Inspección Médica constatan que la paciente se encontraba en esta situación "de deterioro físico y psíquico notable" antes de sufrir el accidente cerebrovascular, al reunir las características de dependencia propias de aquella situación.

El 23 de abril de 2012 fue trasladada al Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial de xxx1 donde, tras realizarle una exploración, una analítica general y de coagulación y un electrocardiograma, se le diagnosticó un posible accidente cerebrovascular. Se decidió el traslado a su residencia al considerar que el tratamiento posible (antiagregantes) ya estaba instaurado y que allí podía recibir los cuidados adecuados. La paciente permaneció estable en los días siguientes hasta el 28 de abril en que fue trasladada a Urgencias por



un cuadro de distress respiratorio de origen brusco que causó el fallecimiento de la paciente.

La Inspección Médica admite que durante el primer ingreso no se siguió el protocolo habitual de diagnóstico y tratamiento del accidente cerebrovascular agudo; pero también afirma que estaba justificado no hacerlo porque, dada la situación de base de la paciente y su situación funcional, ninguna actuación podría cambiar la evolución previsible a corto plazo y los cuidados generales podían seguir prestándose en la residencia asistida en la que estaba, como así se hizo. Por otra parte, la realización de las pruebas de imagen hubiera resultado inútil, ya que dan datos de la localización y afectación de la trombosis cerebral. Y en este caso la existencia del ictus fue considerada muy probable y el tratamiento curativo no era viable (al haber pasado tres horas del inicio del cuadro). Las demás medidas posibles tratan de limitar las lesiones e impedir complicaciones; y la principal medida era la antiagregación plaquetaria, que ya estaba instaurada con anterioridad y se mantuvo en la residencia asistida. Por ello, la Inspección Médica concluye que cualquier hallazgo obtenido con la realización de las pruebas de imagen no hubiera cambiado la decisión terapéutica.

Ello impide apreciar tanto el alegado error de diagnóstico, ya que el ictus se consideró como probable, como la posible existencia de una pérdida de oportunidad terapéutica para el tratamiento del accidente cerebrovascular.

Por otra parte, la Inspección Médica es concluyente al afirmar que el fallecimiento se produjo por neumonía en la comunidad y no por patología directamente relacionada con el ictus. La neumonía, cuyos síntomas se iniciaron a los cuatro días del accidente cerebrovascular, es una complicación muy frecuente y esperada en las demencias en fase avanzada y la causa más frecuente de fallecimiento de estos pacientes. Se pone de manifiesto que la paciente había ingresado en dos ocasiones en los seis meses anteriores por infección respiratoria grave.

Finalmente, se señala que el reclamante fue informado debidamente de la impresión diagnóstica y de la posible decisión de enviarla a la residencia tras la llegada de los resultados de las pruebas, "dadas las pocas posibilidades de tratamiento, diferente al ya instaurado (antiagregante y demás), ni de las maniobras de reanimación en caso de empeoramiento, pudiendo recibir los cuidados generales precisos en la residencia de procedencia". Según indica la



Inspección Médica el reclamante no puso objeciones y se ausentó de Urgencias dejando un número de teléfono.

En virtud de lo expuesto, cabe concluir:

- que el fallecimiento de la paciente era el resultado normal de la enfermedad degenerativa que padecía y se produjo a consecuencia de una de las complicaciones propias de dicha patología, que no podía prevenirse con ningún tratamiento relacionado con el accidente cerebrovascular.

- que no existió error de diagnóstico, ya que la paciente fue correctamente diagnosticada del ictus y el tratamiento antigregante pautado fue el adecuado a la situación de base que presentaba;

- que no se produjo desatención de la paciente, ya que el tratamiento pautado y los cuidados fueron los adecuados y se prestaron en la residencia asistida en la que residía;

- que no existió pérdida de oportunidad terapéutica, ya que la no realización de pruebas diagnósticas de imagen estaba justificada, en la medida que los resultados de éstas no hubieran variado la decisión terapéutica que se adoptó;

- que el reclamante fue informado del proceso asistencial.

En conclusión, no se aprecia nexo causal entre el fallecimiento de la paciente y la actuación sanitaria, ni déficit de información, por lo que la reclamación debe desestimarse.

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



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

presentada por D. xxxx, debido a los daños y perjuicios sufridos por la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. vvvv en el Complejo Asistencial de xxx1.

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