



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero y
Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Consejero

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Palencia el día 14 de octubre de 2015, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxx*, 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 22 de septiembre 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. xxx, debido a los daños y perjuicios sufridos por la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hermana Dña. vvvv*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 24 de septiembre de 2015, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 405/2015, 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. Ramos Antón.

Primero.- Mediante escrito fechado el 25 de febrero de 2013 D. xxx presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración Autonómica, debido a los daños y perjuicios sufridos a consecuencia del

fallecimiento de su hermana Dña. vvvv el 20 de abril de 2012, que achaca a la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada.

Expone que, a pesar de las numerosas ocasiones en las que la paciente tuvo que acudir a Urgencias por dolores abdominales (Navidad de 2011, 16 de enero, 1 y 12 de febrero, 19 y 26 de marzo y 2 y 4 de abril de 2012), hasta el 7 de abril no se le realizó una prueba precisa y completa para alcanzar el diagnóstico de la patología que presentaba la paciente. Ese día se le realizó un TAC abdominal laparotomía exploradora por abdomen agudo que obtuvo como resultado un diagnóstico de perforación de intestino, que hizo precisa cirugía urgente, tras la cual falleció.

Previo requerimiento de la Administración para acreditar su condición de interesado y de la existencia de otros interesados, el reclamante aporta copia del D.N.I. de la fallecida, del acta de notoriedad de declaración de herederos abintestato en la que figura Dña. xxx2, madre de la fallecida, como única heredera, escritos de ésta y del resto de hermanos de la finada en los que manifiestan su voluntad de adherirse a la reclamación presentada y escrito del reclamante en el que cuantifica la indemnización reclamada en 112.387,63 euros.

Segundo.- Obra en el expediente la historia clínica de la fallecida y los siguientes informes profesionales:

- Informe del Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital hhhh de xxxx1, remitido el 25 de marzo de 2013.

- Informe del Coordinador del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de xxxx1, de 22 de abril de 2013.

- Informe de la Inspección Médica de 21 de noviembre de 2013, desfavorable a la reclamación.

- Dictamen médico elaborado por qqqq S.L., a instancia de la compañía aseguradora de la Administración (en adelante, dictamen médico) el 20 de marzo de 2014, en el que se concluye que la actuación sanitaria fue acorde a la *lex artis ad hoc*.

- Escrito del Jefe del Servicio de Inspección de 14 de abril de 2014, en el que se comunica a la Gerencia de Salud de Área de xxxx1 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.- En el trámite de audiencia el reclamante formula diversas alegaciones y reitera su pretensión resarcitoria, que cuantifica en 172.387,63 euros, al solicitar también 60.000 euros por daños morales. Adjunta un informe médico pericial en apoyo de su reclamación.

Cuarto.- El 4 de noviembre de 2014 la médico inspector, a la vista de las alegaciones formuladas, se ratifica en el contenido de su anterior informe.

Quinto.- El 17 de agosto de 2015 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Sexto.- El 1 de septiembre de 2015 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 la reclamación tiene entrada en el registro de la Gerencia de Salud de Área de xxxx1 (según se indica, es el 27 de junio de 2013) hasta que se formula la propuesta de orden (17 de agosto de 2015). En particular, llama la atención la inexplicable demora de 10 meses en formular la propuesta de orden desde la presentación de alegaciones en el trámite de audiencia. Estos retrasos 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 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 los 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 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.

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, el reclamante alega que ha existido mala *praxis* por no haber realizado a la paciente las necesarias pruebas médicas que hubieran permitido alcanzar un pronto diagnóstico de la patología que padecía y que tal retraso ha causado su fallecimiento. En el trámite de audiencia concreta como deficiencias médicas las siguientes:

- Previas al ingreso hospitalario: la existencia de un claro error de diagnóstico por parte de los servicios de Urgencias y de Digestivo, a la vista de los síntomas que padecía la paciente (dolor abdominal y pérdida importante de peso –entre 15 y 20 kilos, que supone en torno al 15-23 % de su peso corporal habitual-), y que determinó la decisión de no ingresar a la paciente.

- Posteriores al ingreso hospitalario del 2 de abril de 2012: por una parte, un retraso diagnóstico derivado de la tardanza en solicitar el TAC abdominal, que se realizó cinco días después del ingreso, lo que determinó que "el cuadro de colecistitis crónica biliar no se diagnosticase y, cuando se hizo, ya se había agudizado y provocó la perforación del colon". Por otro lado, mala *praxis* al no administrar a la paciente de forma inmediata antibióticos, ya que el 2 de abril había datos de infección bacteriana y no se le administraron hasta el día 5 de abril.

Para el análisis de la cuestión, ha de partirse de la afirmación recogida en el informe de la Inspección Médica de que el diagnóstico final de isquemia intestinal aguda (que causó el fallecimiento) "es uno de los diagnósticos más complejos de la patología abdominal aguda y de pronóstico infausto aunque se diagnostique en las primeras horas del cuadro".

También ha de recordarse, que, como se ha señalado anteriormente, la obligación de los profesionales médicos, tratándose de medicina curativa 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; todo ello teniendo en cuenta la sintomatología del paciente y los datos clínicos de los que se disponga y sin que sea dable una valoración retroactiva de la asistencia médica partiendo del conocimiento del resultado final producido, en este caso el óbito.

La *lex artis* se limita, por ello, al deber de aplicar al paciente, de la forma prevista en los referidos protocolos o en la literatura médica, todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento, según el contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, síntomas que presenta el paciente y probabilidades de que padezca una determinada patología. No cabe, por lo tanto, reclamar la aplicación de medios diagnósticos para casos en los que la probabilidad de padecimiento de un mal susceptible de ser determinado con aquéllos sea irrelevante (deben realizarse las pruebas diagnósticas exigibles, que no es lo mismo que todas las posibles). Tampoco cabe considerar omisión de medios si los riesgos que corre el paciente por el sometimiento a una prueba o tratamiento son elevados en relación con los beneficios que obtendría o a las posibilidades de determinar un diagnóstico (Memoria del Consejo Consultivo del año 2013).

La Inspección Médica expone que la analítica realizada el 23 de enero a petición del médico de Atención Primaria ofreció unos "parámetros lipídicos [que] se encontraban dentro de los límites de la normalidad", y que la exploración física y las pruebas complementarias (analíticas, radiografías de tórax y abdomen, ecografía, gastroscopia, coprocultivo y estudio de parásitos en heces) que se realizaron en las dos primeras consultas en el Servicio de Urgencias (1 de febrero y 19 de marzo) y en la primera en el Servicio de Digestivo (12 de febrero) no justificaban el cuadro clínico de la paciente, ya que no reflejaban alteraciones significativas. En la consulta del 26 de marzo el especialista de Digestivo anotó los resultados de las pruebas solicitadas en la primera consulta y, ante la ausencia de patología orgánica evidente que justificara las molestias, sospechando que se pudiera tratar de un cuadro funcional, antes de proceder a otros estudios solicitó interconsulta a Psiquiatría.

Tanto la Inspección Médica como el dictamen médico aseveran en sus informes que durante estas consultas no existían datos de alarma que sugirieran un proceso agudo o grave o la necesidad de realizar otras pruebas

complementarias ni tampoco, frente a lo que alega el reclamante, criterios de ingreso hospitalario. Por ello, consideran correctas y adecuadas a los protocolos y a la *lex artis ad hoc* las actuaciones realizadas en dichas consultas.

Por el contrario, en la consulta de Urgencias del día 2 de abril, aunque la exploración física abdominal de la paciente seguía sin revelar signos de interés, por primera vez la analítica presenta parámetros alterados y la radiología signos anómalos, lo que determinó, como era aconsejable, el ingreso de la paciente en el Servicio de Digestivo, con el diagnóstico de suboclusión intestinal y deshidratación.

Durante el ingreso la sintomatología y el resultado de las pruebas realizadas a la paciente determinaron que el diagnóstico fuera variando hasta alcanzar el diagnóstico que causó el fatal desenlace.

- El 4 de abril, con objeto de descartar una neoplasia de colon o enfermedad inflamatoria intestinal u otro como origen del cuadro clínico, se realizó a la paciente una colonoscopia. Según indica el dictamen médico, la edad de la paciente, el cuadro clínico y los hallazgos macroscópicos de la mucosa intestinal hicieron pensar como diagnóstico más probable en una enfermedad inflamatoria intestinal, en concreto en la enfermedad de Crohn, y se inició tratamiento con esteroides.

- A partir del día 5 de abril, la paciente presentó dolor abdominal intenso y se le pautó tratamiento antibiótico y se solicitó analítica y ecografía, realizadas al día siguiente, cuyos resultados fueron compatibles con proceso inflamatorio de vesícula (el dictamen médico pone de manifiesto que la paciente estaba diagnosticada de colelitiasis y que el cuadro actual puede ser compatible).

- El día 7 de abril aumentó el dolor abdominal, aparecieron signos de peritonismo y en la analítica se observó datos que llevaron a la realización de un TAC urgente que confirmó la presencia de signos de perforación intestinal. Fue sometida a laparatomía urgente que permitió observar, además de la perforación intestinal, signos de isquemia intestinal aguda y de isquemia en la vesícula biliar.

Sobre las actuaciones médicas, la Inspección Médica afirma que en el momento del ingreso no se detectaron datos de perforación intestinal que obligaran a una cirugía urgente y que una vez detectada la perforación se practicó ésta. Es más, el dictamen médico considera, "de forma retrospectiva, (...) que la hipótesis más probable es que la paciente presentara el deterioro clínico en relación con la perforación intestinal, mientras que los síntomas de las horas previas debían corresponder a la instauración progresiva de un cuadro de isquemia intestinal". Y añade en sus conclusiones que la isquemia intestinal muy probablemente tuvo un origen multifactorial; que de todos los posibles factores implicados en el desarrollo de la isquemia intestinal el más significativo fue la presencia de la esclerosis que padecía la paciente y que esta enfermedad precoz se asoció con toda seguridad a otros factores genéticos desconocidos en esta enferma hasta el momento de su ingreso y que aceleraron la evolución de la enfermedad arterial, como el déficit de Atitrombina III (trombofilia o alteración procoagulante congénita) que padecía la paciente, que fue un factor de empeoramiento en el pronóstico de la isquemia intestinal.

En cuanto a la alegación del reclamante de que existió retraso en la realización del TAC abdominal y en la instauración de la antibioterapia, el informe médico-pericial aportado por el reclamante es impreciso y escueto y no es rotundo en sus conclusiones:

- Por una parte, porque, frente a lo expuesto en los informes antes citados, apunta como causa de la perforación intestinal a la agudización del problema de vesícula de la paciente, si bien no aporta prueba de ello, sino que se refiere a ello como posibilidad e incluso precisa que ésta no es la causa más común de neumoperitoneo. Así, afirma que tras el ingreso de la paciente todo se realizó "conforme a la praxis médica (hasta incluso la no extirpación de la vesícula)", pero echa en falta "la no realización inmediata de un TAC abdominal desde el primer momento, antes de que se produjera la perforación intestinal", que hubiera permitido despejar las dudas sobre el estado de la vesícula antes de ser extirpada.

- Por otra parte, porque, pese a tales afirmaciones, reconoce el mal pronóstico de la patología y la ausencia de relación entre la no realización del TAC y la administración de antibióticos en ese momento y el fallecimiento. Así, señala que "No podemos afirmar con total rotundidad que la realización del TAC o la administración de antibióticos hubiese alterado el resultado final de

muerte, [pero] sí elevaron de forma considerable las probabilidades de aparición de las mencionadas complicaciones” y de que se produjera la muerte de la paciente; y añade que “Tampoco sabemos si una vez realizado el TAC se habría operado a la paciente de inmediato para extraerle la vesícula, [ya que] esto hubiera dependido de los resultados y de la decisión de los especialistas”.

Las observaciones recogidas en este informe adolecen de generalidad y sus argumentos no son, a juicio de este Consejo, suficientes para desvirtuar los contenidos en los informes de la Inspección Médica y en el dictamen médico, que, como se ha expuesto, detallan las actuaciones y ofrecen consideraciones médicas precisas, además de tratarse, en el caso de la Inspección Médica, de un informe emitido por un empleado público cuya objetividad e imparcialidad se presume.

Así las cosas, debe tenerse en cuenta que las pruebas y exploraciones complementarias se solicitan para confirmar o descartar una sospecha diagnóstica, cuando la presencia de una sintomatología y la exploración física lo justifican. Y, como afirma la Inspección Médica, el cuadro clínico referido por la paciente y la exploración física en los primeros momentos del ingreso no justificaban la realización de otras pruebas complementarias; pruebas y exploraciones que sí se realizaron cuando la clínica se modificó y la exploración física se alteró. En este sentido, es revelador la afirmación del dictamen médico que concluye que “La presentación clínica del proceso fue atípica y dificultó la consecuencia del diagnóstico de la enfermedad”.

Ha de reiterarse 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, a los que únicamente es exigible la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica.

En virtud de lo expuesto y a la vista de los informes médicos emitidos durante el procedimiento, se considera que las actuaciones sanitarias se ajustaron a la *lex artis ad hoc*, 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 presentada por D. xxx1, debido a los daños y perjuicios sufridos por la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hermana Dña. vvvv.

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