



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 19 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 4 de febrero 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 en el centro concertado Hospital hhh11 de xxx1 y posteriormente en el Complejo Asistencial Universitario de xxx1.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite en el mismo día, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 56/2015, 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 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 11 de febrero de 2013 Dña. xxxx, de 45 años de edad, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración Autónoma, debido a los daños y perjuicios derivados de una cirugía de



colescistectomía realizada el 26 de octubre de 2011 en el centro concertado Hospital hhh1 de xxx1 y su seguimiento posterior en el Complejo Asistencial Universitario de xxx1.

Señala en su escrito que "La asistencia recibida en el centro Hospitalario hhh1, pudo causarme la muerte, puesto que se me mantuvo después del postoperatorio doce días con una peritonitis, porque el cirujano que me operó consideraba que debíamos esperar a que se solucionara con el paso de los días.

»A resultas de la asistencia recibida en el Hospital hhh1 se me han producido los siguientes daños, fistula biliar, estenosis de la bifurcación de los hepáticos, y secuelas colocación de prótesis biliares que todavía actualmente llevo colocadas, así como depresión a mí y a mi esposo que nos obliga a tomar la siguiente medicación (...), así como la situación crítica que han vivido mis dos hijos, durante el largo proceso que hemos sufrido, puesto que han tenido que estar trasladados a otro domicilio, porque mi esposo no podía atenderles, porque tenía que atenderme a mí en el hospital, puesto que estaba con comida parental, con dos drenajes y sin fuerzas para poderme mover por mí misma. Lo que supuso una merma de ingresos de la unidad familiar a causa del baja médica que tuvo que solicitar mi esposo por ansiedad".

Solicita una indemnización de 201.271,41 euros, por los conceptos de secuelas, perjuicio estético e incapacidad temporal, con el desglose que detalla, calculada conforme al baremo establecido en la Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de 24 de enero de 2012. En escrito posterior presentado el 17 de enero de 2014 eleva el importe de la indemnización reclamada a 400.887,38 euros, al haberle sido detectada una eventración, que entiende derivada de la mala *praxis* que denuncia.

Acompaña al escrito de reclamación copia de diversa documentación clínica sobre la asistencia recibida en ambos centros hospitalarios y de declaración del IRPF del ejercicio 2011.

Segundo.- Al expediente se incorpora, además de la historia clínica, informes de los Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo del Complejo Asistencial de 9 de abril y 6 de mayo, de la Inspección Médica de 13 de junio, dictamen pericial de la aseguradora de 10 de agosto, informe de Especialista de Cirugía General del Hospital hhh1 de 25 de octubre y, a su vista, informe



complementario de la Inspección Médica de 18 de noviembre, todos ellos de 2013.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia a la reclamante el 19 de febrero de 2014, presenta alegaciones el 10 de marzo, en las que reitera la pretensión. El 10 de septiembre presenta otro escrito en el que relata nuevos ingresos en el Hospital hhh2 derivados de las secuelas producidas por las intervenciones quirúrgicas realizadas en el Hospital hhh1. A ellos acompaña diversa documentación clínica.

Cuarto.- El 12 de diciembre de 2014 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Quinto.- El 7 de enero 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 se presenta (11 de febrero de 2013) la reclamación hasta que se formula la propuesta de orden (12 de diciembre 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 al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución

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.

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 20 de diciembre, 20 de marzo y 7 de marzo de 2007 y de 16 de marzo de 2005), 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.

En relación con la asistencia médica prestada, 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.

De todos los informes obrantes en el expediente resulta que el proceso asistencial fue correcto y que no existieron ni la falta de diagnóstico ni de



tratamiento adecuados que se denuncian en la reclamación, sino que la actuación de los facultativos fue ajustada a los parámetros de la *lex artis ad hoc*.

Así lo pone de manifiesto la Inspección Médica, que detalla en su informe de 13 de junio de 2013 el proceso asistencial, defiende la corrección de la asistencia dispensada y propone el archivo del expediente al considerar que la actuación profesional, tanto en el Hospital hhh1 como en el Hospital hhh2, ha sido correcta, sobre la base de las siguientes consideraciones:

“Paciente que es diagnosticada de coledocolitiasis y colecistitis aguda que se recomienda intervención quirúrgica por el servicio de Cirugía General. El Servicio de Admisión del Hospital hhh2 le ofrece la posibilidad de acudir para intervención quirúrgica a otro Centro, que la paciente acepta.

»Ingresa en el Hospital hhh1 donde es intervenida realizando laparoscopia. La evolución es desfavorable desarrollando un íleo paralítico, por lo que precisa realización de laparotomía exploratoria, donde se identifica una pequeña fístula biliar. De esta nueva intervención, la evolución también es desfavorable, por lo que se decide enviar, de nuevo, al paciente al Hospital hhh2.

»En el Hospital hhh2 es diagnosticada de estenosis de la vía biliar intrahepática y fuga biliar asociada. Tras un tratamiento difícil y laborioso, se consigue con éxito con maniobras que no incluyeran laparotomía exploratoria.

»A la vista de estos antecedentes hay que pensar que se siguieron en todo momento tanto en Hospital hhh1, concertado con el Sacyl, como en el Hospital propio, Hospital hhh2, los criterios que sigue la medicina basada en la evidencia. Lo que nunca se puede prever son las complicaciones que pueden surgir ante cualquier acto médico”.

El referido informe de la Inspección es ratificado por el posterior de 18 de noviembre, a la vista del informe del Especialista de Cirugía General del Centro concertado de 25 de octubre en el que, frente a la alegación de la reclamante acerca de la falta de prescripción de una RMN, concluye “que no hubo una sintomatología ni signos que hicieran sospechar, de forma fundamentada o razonada, una fistula biliar. La ColangioRMN, si bien es



diagnóstica para lesiones y otras patologías de la vía biliar, en este caso no se solicitó por falta de argumentos clínicos objetivos para ello, apoyado en el seguimiento diario realizado, analíticas repetidas y pruebas de imagen efectuadas”.

Del mismo parecer participa el dictamen pericial que considera que los profesionales intervinientes actuaron conforme a la *lex artis ad hoc*, que no existieron indicios de mala *praxis* y que la complicación surgida es inherente a la cirugía realizada y se describía en el consentimiento informado que firmó la interesada. Establece al efecto las siguientes conclusiones:

»1.-La paciente presentaba una ictericia, motivo por el cual ingresó en la urgencia del hhh2.

»2.-Tras la realización de las oportunas exploraciones clínicas, analíticas y de imagen, es diagnosticada de colelitiasis sintomática más coledocolitiasis. Se realiza de manera correcta una ERCP con esfinterotomía extrayéndose 2 cálculos del interior de la VBP.

»3.- Se propone la realización de una colecistectomía por abordaje laparoscópico, siendo incluida en LEQ. Es derivada a un Centro concertado para la realización de la misma.

»4.- Los preoperatorios eran correctos y no contraindicaban la intervención.

»5.- Antes de la cirugía la paciente firma el documento de CI específico para la cirugía que se iba a realizar en el que se detallaban algunas de las posibles complicaciones del procedimiento, entre ellas figuraba la que posteriormente presentó la paciente.

»6.- La cirugía se lleva a cabo en tiempo y forma correctos, mediante la utilización de una vía de abordaje laparoscópica, apreciándose un plastrón inflamatorio vesicular, en relación con los antecedentes de cólicos hepáticos previos, lo que dificultaba la realización de la técnica quirúrgica.

»7.- La anatomía patológica confirma la necesidad de la cirugía.



»8.- El postoperatorio presenta un íleo paralítico prolongado que no se soluciona aunque la paciente inicia tránsito de gases y heces a las 48-72 horas. No se describe clínica de peritonitis biliar. Se realizan pruebas de imagen ante la sospecha de fístula biliar, que sin embargo no confirman el diagnóstico. A los 11 días se propone la realización de una laparotomía exploradora, ante la no resolución del cuadro de neo. Consideramos que el tratamiento conservador, sin evidencia de peritonitis biliar es correcto.

»9.- En la cirugía se describe la existencia de una fuga biliar a nivel del CHD, parcialmente ocluida, que se trata mediante sutura.

»10.- Se trataría de una complicación descrita en toda la literatura, inherente a la cirugía realizada, con una incidencia baja.

»11.- La morbilidad de la CL es del 1.5 al 4.7%, y la mortalidad del 0.0 al 0.03%.

»12.- Las complicaciones mayores entre las que se encuentra la que sufrió la paciente, como es la lesión de la CHD tiene una incidencia de aproximadamente el 0,03 a 0,4%.

»13.- Tras persistir la fistula a través de los drenajes externos se traslada al hhh2, en donde se procedió al tratamiento conservador de la fístula y de una estenosis asociada de la VBP. El tratamiento realizado en este Centro es correcto y acorde con el estado de la ciencia.

»14.-De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que los profesionales que trataron a la paciente lo hicieron de manera correcta, poniendo a su disposición todos los medios hospitalarios para tratar las complicaciones que surgieron tras la cirugía”.

Las afirmaciones contenidas en los referidos informes no han sido desvirtuadas por las alegaciones de los reclamantes, que cuestionan la asistencia médica practicada y con ello la observancia de la *lex artis*, pero 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 a la paciente, juicios que tienen, además, la garantía de haber sido emitidos por profesionales médicos.



Puede considerarse, por tanto, 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.

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. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el centro concertado Hospital hhh1 de xxx1 y posteriormente en el Complejo Asistencial Universitario de xxx1.

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