



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero  
Sr. Sobrini Lacruz, Consejero y  
Ponente

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 12 de abril de 2018, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyy*, 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 21 de marzo de 2018 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. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. vvvv*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con la misma fecha, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 133/2018, 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. Sobrini Lacruz.

**Primero.-** El 2 de septiembre de 2016 Dña. yyyy presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración Autonómica, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. vvvv.

Expone en su escrito que el día 26 de agosto de 2016, sobre las 05:30 horas, la paciente -de 73 años de edad- fue trasladada en ambulancia al Centro de Salud de xxxx1, debido a una caída con síncope, pérdida de conocimiento y traumatismo. Una vez recibida la primera asistencia, en la que se le dan 40 puntos de sutura, es trasladada en la misma ambulancia al Hospital hhh1 de xxxx2.

La paciente ingresa con FC muy lenta y alteraciones de glucemia a las 08:01 horas, se le comienza a atender a las 09:30 horas sin dejar constancia de este hecho ni de las patologías que presentaba antes del accidente (diabetes, cardiopatía, fibrilación auricular, apnea del sueño, etc.) y se la deja en un pasillo fuera de un box sin monitorización.

Denuncia que cuando llega al hospital no se le informa del estado ni de dónde se halla su madre, hasta que la encuentra totalmente desatendida y sin permanecer en observación, por protocolo sanitario en el caso de personas con este traumatismo, un mínimo de 48 horas, cursando alta a las 3 horas.

Reclama por ello una indemnización de 240.000 euros.

Adjunta a su reclamación diversa documentación médica.

En escrito de 19 de octubre la reclamante se ratifica en su pretensión y se refiere también a los daños por la implantación urgente de marcapasos así como al estado (moribunda) en que la paciente salió del hospital.

Adjunta copia del Libro de Familia, documentación médica relativa a la asistencia sanitaria recibida en el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid y escritura de apoderamiento de la paciente en favor de su hija.

**Segundo.-** Al expediente se han incorporado, además de la historia clínica, informe del Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital hhh1 de xxxx2 de 11 de noviembre de 2016, de la Inspección Médica de 2 de febrero de 2017 y de la compañía aseguradora del Sacyl de 19 de abril de 2017.

**Tercero.-** Concedido trámite de audiencia a la reclamante, el 21 de junio de 2017 presenta alegaciones en las que se ratifica en su pretensión inicial y

precisa que, tras la primera asistencia en el centro de salud es trasladada al Hospital hhh2 (xxxx3), donde se produce un episodio de bradicardia, motivo por el que es trasladada al Hospital hhh1 de xxxx2; denuncia, además, la falta de información y atención adecuada al estado de la paciente. Adjunta además diversa documentación médica y versión preliminar del Tercer Consenso Nacional de Insuficiencia Cardíaca.

**Cuarto.-** Previa ratificación en su informe por parte de la Inspección Médica, el 16 de febrero de 2018 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación presentada.

**Quinto.-** El 1 de marzo de 2018 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, ambas normas aplicables *ratione temporis* al presente procedimiento.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (2 de septiembre de 2016) hasta que se formula la propuesta de orden (1 de marzo de 2018). 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 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 aquel 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 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 el criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación, ya que de la documentación obrante en el expediente se desprende que no concurre la actuación negligente que se imputa a los servicios sanitarios públicos.

Se invoca en la reclamación una supuesta deficiente atención sanitaria prestada por los servicios sanitarios del Sacyl a Dña. Concepción Camacho Carrera.

El informe de Inspección Médica avala, en términos generales, la adecuación de las actuaciones sanitarias llevadas a cabo. Parte de considerar, por una parte, que en el relato secuencial de los hechos se detectan ciertas confusiones y, por otro, la falta de daño efectivo. Así, señala que “Se confunde la derivación inicial a Urgencias del Hospital de xxxx3 con la derivación posterior

a Urgencias del Hospital hhh1 de xxxx2, y se confunde asimismo el hecho de que en el triaje entra con una frecuencia cardiaca lenta. La paciente presentó bradicardia en su estancia en el H. de xxxx3, pero no a su llegada y durante su estancia en el H. hhhh1 de xxxx2.

»También se indica que ingresa a las 08:01 y se la comienza a atender a las 09:30 h, cuando consta como hora de comienzo de la atención (en el primer centro de Urgencias, H. de xxxx3) a las 08:00 h. De hecho se indica su traslado desde xxxx3 a xxxx2 a las 09:00 h, por lo que resulta imposible que se comenzase a atender a las 09:30, hora en que se encontraba de viaje en ambulancia a xxxx2.

»Comenta que la paciente debió ser observada (por lo que le informan a la reclamante médicos conocidos de la familia) durante 48 horas al menos y no 3 horas como fue el caso. Nuevamente se producen inexactitudes. La paciente estuvo en observación unas 12 horas en conjunto de la atención por dos servicios de Urgencias del mismo Complejo Asistencial (uno situado físicamente en xxxx3 y otro en xxxx2), así, no estuvo en observación 3 horas. Tampoco la indicación de observación -en caso de que procediera- era de 48 horas, sino en todo caso de 24 horas, siguiendo los manuales o protocolos habituales al efecto.

»Se indica que la paciente estuvo sin monitorizar, situada en un pasillo, fuera de un box. También este extremo es inexacto. La paciente salió en ambulancia de xxxx3, figurando su hora de alta en [a]quel centro a las 09:05, teniendo en cuenta el tiempo que se pudo emplear en coger la ambulancia, traslado de camilla, salida del vehículo ... es previsible su llegada a Urgencias de xxxx2 sobre las 10:30 h (como se ha señalado anteriormente). De hecho se han verificado registros (manuales) de Urgencias del H. hhhh1 de xxxx2 y figura ingreso en Box Nº 2 a las 10:30 h, procediéndose a la monitorización continua de la paciente (que como también se señala, no presentó alteraciones).

»Expresa también la reclamante que llegando a las 11.00 h. al hospital no le informa sobre el estado de su madre ni la localiza, y que cuando la localiza se encuentra en un pasillo. Como señala el informe del Coordinador de Urgencias, parece posible que se produjera una confusión de la familia, acudiendo a Urgencias del Hospital hhhh3 (centro que forma parte del Complejo Hospitalario de xxxx2, pero separado físicamente por 500 metros) y trascurriendo un tiempo hasta que alguien les orientó a que su madre podría

estar en Urgencias del otro gran centro que compone el Complejo Hospitalario: el Hospital hhh1: donde efectivamente fue conducida inicialmente la paciente. La paciente fue ingresada directamente a su ingreso en el box nº 2, no encontrándose pues en el pasillo.

»Por último debe señalarse que el informe de Urgencias del Centro de Salud de xxxx1, aportado en la reclamación, se encuentra claramente manipulado. Se dispone de documento original en la Historia Clínica, y es evidente que se ha añadido de forma burda en la última línea del informe la indicación: `48 h´.

»(...).

»Sobre si la paciente presentó desvanecimiento o no (que supondría otro factor de riesgo), existen datos contradictorios entre los recogidos en los diversos documentos de la historia clínica.

»En el informe del CS de xxxx1 se refiere, `caída al levantarse de la cama´, esto es, no un desvanecimiento.

»(...).

»Además de existir dudas de cómo se produjo la caída, al no poder aportar la paciente una información clara y no haber existido testigos de la misma, resulta más complicado extraer una Conclusión sobre si existió desvanecimiento al estar en la cama y en horas de sueño.

»En esencia cabe pensar que el desvanecimiento pudo producirse como consecuencia de la caída y el traumatismo y no ser la causa de la caída sino su consecuencia, aunque sin ser descartable totalmente la presencia de un síncope.

»De la exploración de la paciente así como de los resultados de estudio radiológico y mediante TAC se evidencia que no existieron lesiones ni óseas (fractura) ni hemorrágicas. La exploración neurológica fue normal no presentando déficits neurológicos ni ningún síntoma asociable a lesión derivada del TCE.



»Así, el periodo de observación pudo ser menor del recomendado por algún protocolo de actuación, pero en el contexto señalado, ausencias de sintomatología, y normalidad en las pruebas practicadas. Igualmente hay que señalar que posteriormente a su alta la paciente no consta presentase ninguna complicación o reagudización de clínica relacionada con el TCE. Es decir no se produjo ninguna lesión o episodio clínico posterior a su alta.

»Lo mismo cabe decir en lo relativo a la ausencia de consulta con el cardiólogo de urgencias. Si bien no se realizó consulta de cardiología durante su estancia en el Servicio de Urgencias del H. hhh1, la paciente no presentó posteriormente ningún episodio severo en relación a esa posible bradicardia. Bradicardia que como se indica en estas consideraciones no presentó durante su estancia en Urgencias del H. hhh1 de xxxx2, y que la presentada en Urgencias de H. de xxxx3 pudo ser o bien un episodio ocasional o estar en relación a su tratamiento con antibloqueantes. En cualquier caso, no se derivó de la ausencia de consulta del cardiólogo lesión o perjuicio alguno. Ya que incluso aunque hubiera sido vista por este especialista tampoco puede inferirse automáticamente que se hubiera colocado marcapasos -como se hizo posteriormente en otro centro-; u otro resultado: que se hubiera derivado para estudio en consulta, seguimiento por otros especialistas o un resultado normal sin más decisiones”.

En la misma dirección apunta el informe de la compañía aseguradora del Sacyl.

Todos los informes facultativos señalan, en cualquier caso, que no existe daño alguno derivado de la atención de urgencia dispensada, y sin consecuencias demostradas en la evolución posterior de la paciente, pues ninguna prueba se presenta en orden a acreditar que la posterior colocación del marcapasos obedeció a la indebida atención prestada en los sucesivos centros del Sacyl a los que la reclamante fue remitida de forma sucesiva y prácticamente instantánea.

En este sentido la Audiencia Nacional, en Sentencia de 31 de mayo de 2000, vino a señalar que “Por contra el daño que se sufra será antijurídico cuando venga dado por una lista en sí mal gestionada o irracional, de duración exagerada o cuando hubiere un error en la clasificación de la prioridad del enfermo o cuando en el curso de esa espera se produjesen empeoramientos o

deterioros de la salud que lleven a secuelas irreversibles o que sin llegar a anular, sí mitiguen la eficacia de la intervención esperada". De conformidad con este razonamiento conviene traer a colación el informe de la compañía aseguradora del Sacyl cuando concluye que "La paciente fue valorada y manejada correctamente siguiéndose las recomendaciones actuales, permaneciendo neurológicamente y hemodinámicamente estable siendo alta a las 12 h del inicio de su anejo sin derivarse daño alguno de dicha asistencia".

Los informes de la Inspección Médica y de los diferentes facultativos no permiten sustentar que la paciente fuera atendida de forma incorrecta; a lo sumo, recibió el alta –a las 12 horas- con cierta premura, pero sin que se derivaren resultados dañosos de esta atención.

A la luz de lo expuesto y de los datos y las consideraciones recogidas en los informes obrantes en el expediente, se considera que no resulta acreditado que existiera una actuación inadecuada en la asistencia sanitaria prestada ni la presencia de daño, 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 Dña. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. vvvv.

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