



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 11 de julio de 2018, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxx1, D. xxx2 y D. xxx3*, 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 junio 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 a instancia de Dña. xxx1, D. xxx2 y D. xxx3, representados por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre D. vvvv*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 19 de junio de 2018, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 276/2018 y se inició 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 16 de febrero de 2016 Dña. xxx1, D. xxx2 y D. xxx3, representados por D. yyyy, presentan una reclamación de responsabilidad

patrimonial ante la Administración Autonómica, debido a los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su padre D. vvvv el 28 de febrero de 2015, a los 81 años de edad, a causa de la deficiente asistencia sanitaria de Atención Primaria y Especializada recibida ante el cuadro de náuseas, vómitos y diarrea que presentó desde el día anterior. En la autopsia practicada consta como padecimiento fundamental: Infarto isquémico intestinal de hemicolon izquierdo; causa inmediata de muerte: hemorragia digestiva; causa directa (última) de la muerte: edema agudo de pulmón.

Aportan copia del Libro de Familia y certificado de defunción.

**Segundo.-** Al expediente se incorporan, además de la historia clínica, informes del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial de xxxx1 de 1 de abril de 2016, del facultativo del Consultorio de xxxx2 de 8 de abril de 2016, de la Inspección Médica de 13 de diciembre de 2016, ratificado el 14 de junio de 2017, dictamen médico pericial de 11 de enero de 2017 e informes del Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial de xxxx1 de 8 y 16 de mayo de 2017.

**Tercero.-** Concedido trámite de audiencia a los reclamantes, el 9 de enero de 2018 presentan alegaciones en las que reiteran la pretensión.

**Cuarto.-** El 15 de mayo se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación planteada.

**Quinto.-** El 29 de mayo de 2018 la Asesoría Jurídica de la Consejería informa favorablemente la propuesta de orden.

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, aplicables a este procedimiento por razones temporales, de acuerdo con lo establecido en la disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (16 de febrero de 2016) hasta que se formula la propuesta de orden (15 de mayo 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 a la reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

**3ª.-** Concurren en los reclamantes los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y se ha acreditado la representación en los términos por ella establecidos. 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, en atención a la fecha del suceso (previa a la entrada en vigor de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público), 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 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 planteada.

De todos los informes obrantes en el expediente resulta que el proceso asistencial desarrollado fue adecuado a la *lex artis* y que el fallecimiento del paciente no fue debido a un diagnóstico y tratamiento inadecuados, lo cual impide establecer la relación de causalidad entre el daño y el funcionamiento del servicio público sanitario, necesaria para la declaración de la responsabilidad administrativa.

Como resulta del informe del facultativo de Atención Primaria, el paciente acudió a consulta el 27 de febrero de 2015 acompañado de un hijo, refiriendo deposiciones diarreicas y náuseas y presentando deposición en la sala de espera. En consulta se constata que estas heces eran de consistencia semilíquida y coloración normal. En la anamnesis refirió no presentar dolor ni molestias. Las constantes, temperatura y T.A. estaban dentro de la normalidad. Se le prescribió metoclopramida i.m. y pautas de dieta e hidratación con suero oral, se consideró que se trataba de un cuadro de gastroenteritis y, puesto que era fin de semana, se les indicó que si la evolución no era favorable solicitaran el servicio de urgencia como es habitual para seguimiento.

Por su parte, el informe del Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial de xxxx1 de 16 de mayo de 2017 expone el proceso de la asistencia especializada: “El paciente ingresa en el Servicio de Urgencias el día 27/2/2015 con clínica de vómitos, diarrea y desorientación. Por este motivo, los facultativos de Urgencias toman las constantes al paciente, le realizan una exploración física completa, y en virtud de los hallazgos le solicitan una serie de pruebas: hemograma, actividad de protrombina, bioquímica sanguínea, gasometría venosa, radiografía de tórax, radiografía de abdomen, electrocardiograma y coprocultivo. En virtud de los resultados de estas pruebas se le realiza el diagnóstico de gastroenteritis aguda y se le indica un tratamiento con fluidoterapia intravenosa. A continuación, entendiéndose que el paciente reunía criterios de ingreso hospitalario en relación al fracaso renal agudo prerrenal que presentaba en relación con el cuadro anterior, decide junto al internista de

guardia, su ingreso en una cama de hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial de xxxx1. (...) el internista de la guardia (...) vuelve a realizar anamnesis, y vuelve a explorar al paciente, valorando así mismo todas y cada una de las pruebas que se habían realizado hasta ese momento en el Hospital. De esta forma, realizando una praxis médica correcta, llega al diagnóstico de gastroenteritis aguda, deshidratación y síndrome confusional agudo secundario a la patología descrita. A continuación le pauta el tratamiento adecuado para dicho diagnóstico: fluidoterapia intravenosa, paracetamol, Tiaprial, Metamizol, Primperan, Furosemida y Heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica; ingresando al paciente en la planta de Medicina Interna en el Hospital hhh1 de xxxx1. A las 13:15 horas del día 28 de febrero de 2017, avisan las enfermeras a la médico internista de guardia, (...), por empeoramiento súbito del enfermo, y este fallece sin que la doctora pudiese hacer nada por el paciente. Ante esta situación de muerte súbita de un paciente del que no se esperaba dicha evolución clínica, la Dra. (...) decide realizar autopsia clínica para aclarar la causa de la muerte del paciente”.

El dictamen pericial sostiene la corrección de la asistencia prestada por los profesionales sanitarios, que adecuaron en cada momento el tratamiento dispensado a las circunstancias y situación clínica del paciente. El dictamen pone de manifiesto la influencia en el fallecimiento de patologías padecidas por el paciente, pues indica que éste:

“Primera (...) fue visto y atendido por su médico de atención primaria que ante ausencia de dolor abdominal, exploración normal, constantes normales, y sospecha clínica totalmente válida de gastroenteritis aguda recomendó a su paciente suero oral y recomendó acudir a urgencias en caso de empeoramiento.

»Segunda: Fue trasladado a urgencias donde fue explorado, y se realizaron pruebas complementarias. Y posteriormente fue trasladado a otro hospital con mejores medios técnicos.

»Tercera: El paciente recibió cuidados hospitalarios y el tratamiento oportuno en función de la patología sospechada y se solicitó valoración de los especialistas correspondientes.

»Cuarta: El paciente poseía suficiente factor de riesgo para desarrollar una isquemia intestinal (En la autopsia se evidenció aterosclerosis sistémica complicada), sin embargo el paciente no estaba diagnosticado previamente ni de dislipemia, ni de otros factores de riesgo cardiovascular que ayudaran a sospechar el diagnóstico.

»Quinta: La isquemia intestinal es una entidad que requiere una gran sospecha diagnóstica, y además el paciente no presentaba los síntomas típicos. Su pronóstico con las condiciones que presentaba el paciente era pésimo. Y (...) no se podía realizar más de lo que se hizo médicamente hablando”.

Sobre esta última conclusión, el dictamen aclara que “El fallecimiento fue algo tan rápido e inesperado (de hecho se solicitó autopsia clínica) que no hubiera dado tiempo a realizar nada médicamente hablando. De hecho el resultado final de la autopsia fue un infarto isquémico de colon izquierdo y el único tratamiento posible hubiera sido quirúrgico, y el paciente no llegó en condiciones para operar (desorientado, delirium...), y para el edema agudo de pulmón ya estaba recibiendo furosemida intravenosa que es el tratamiento indicado”.

Por su parte, el informe de la Inspección Médica explica que la colitis isquémica (CI), forma más frecuente de isquemia intestinal (70%), surge cuando el colon se ve privado transitoriamente del flujo vascular. Con cita de bibliografía indica que su diagnóstico “requiere de un elevado índice de sospecha clínica, dado que en su presentación coexisten manifestaciones de tres grandes síndromes: dolor abdominal, diarrea y rectorragia, que a su vez constituyen la expresión de otras enfermedades que afectan al colon, y el peso específico de cada uno de estos síntomas varía considerablemente de unos casos a otros. Mientras en unos pacientes el proceso patológico se inicia con un cuadro de dolor abdominal agudo de extrema gravedad, otros únicamente presentan un cuadro de diarrea aguda indolora y de curso autolimitado (con o sin sangre en las heces). Esta heterogeneidad en el patrón de presentación unido a que los factores de riesgo vascular son altamente prevalentes en la población de más de 65 años (por tanto carecen de valor discriminante) explican en gran medida la dificultad para establecer la sospecha clínica”. A la vista de la documentación obrante en el expediente concluye que “la atención sanitaria prestada tanto por Atención Primaria como por Atención Especializada ha sido



la correcta. La sintomatología que presentaba cuando fue atendido por Atención Primaria el 27/02/2015 (náuseas y deposiciones diarreicas de consistencia semilíquida y coloración normal, no dolor ni molestias, constantes, temperatura y T.A. dentro de la normalidad), así como posteriormente tanto la sintomatología como las exploraciones, pruebas complementarias realizadas (Analítica, RX...), e Interconsulta con Cirugía (que descarta oclusión intestinal) cuando ingresa en el Servicio de Medicina Interna de Hospital hhh2, no hacen sospechar un infarto isquémico intestinal, que se determinó en la autopsia clínica solicitada por especialista de Medicina Interna ante la situación de *éxitus* de forma súbita”.

Las conclusiones que en este sentido sientan todos los informes incorporados al expediente 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*, sin el aval de 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 al paciente, juicios que tienen, además, la garantía de haber sido emitidos por profesionales médicos.

A la luz de todo lo expuesto y de los datos y las consideraciones recogidas en los informes obrantes en el expediente, ha de entenderse que se prestó una asistencia médica correcta y que el daño invocado, al no tener la consideración de antijurídico, no genera 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 a instancia de Dña. xxx1, D. xxx2 y D. xxx3, representados por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre D. vvvv.

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