



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 Zamora el día 11 de julio de 2018, 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 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 por D. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha de 19 de junio de 2018, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 277/2018, 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. Ramos Antón.

Primero.- El 19 de abril de 2016 D. xxxx presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido a las complicaciones sufridas tras la realización de un cateterismo terapéutico en el Hospital hhh1 de xxxx1, con

resultado de ceguera por neuritis óptica isquémica bilateral secundaria a shock cardiogénico.

Alega que la actuación en la Unidad de Hemodinámica no fue correcta; que la determinación diagnóstica del escaso calibre de la arteria obtusa marginal, afectada de oclusión por material trombótico, supone un incremento relevante del riesgo de disección coronaria, por lo que debió realizarse la intervención por especialistas en cirugía cardiaca de los que carece el Hospital hhh1 de xxxx1; que de haberse practicado la cirugía reparación coronaria sin solución de continuidad a la práctica del cateterismo que ocasionó el derrame pericárdico, la ceguera del paciente no se hubiera producido. Se considera que debió informarse al paciente de la posibilidad de acudir a otro hospital con servicio de cirugía cardiaca.

Cuantifica la indemnización solicitada en 1.097.326,46 euros.

Acompaña a su escrito diversa documentación médica, un informe de valoración del daño personal y un informe pericial.

Segundo.- Al expediente se han incorporado, además de la historia clínica, informe de dos especialistas del Área de Cardiología, de 7 de junio de 2016, e informe del Jefe del Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos, de 11 de octubre de 2016, ambos del Hospital hhh1 de xxxx1; informe de la Inspección Médica de 17 de marzo de 2017 e informe médico pericial de la compañía aseguradora de la Administración, de 17 de abril de 2017.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia, el 22 de noviembre de 2017 el reclamante presenta alegaciones.

Cuarto.- El 1 de diciembre de 2017 la Inspección Médica informa de que "han sido vistas las alegaciones".

Quinto.- El 3 de enero de 2018 la compañía aseguradora de la Administración emite un "informe de ampliación", en el que se realizan diversas aclaraciones.

Sexto.- Concedido un nuevo trámite de audiencia al reclamante, el 7 de marzo presenta alegaciones.

Séptimo.- El 2 de mayo se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación presentada.

Octavo.- El 25 de mayo 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 (19 de abril de 2016) hasta que se formula la propuesta de orden (2 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 los reclamantes, en su caso, mediante la oportuna resolución.

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 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.

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación presentada por D. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

Conviene tener presente que 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 están 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 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".

En el caso analizado, consta acreditada la relación de causalidad entre el cateterismo efectuado y el resultado dañoso producido.

De los informes obrantes en el expediente así como de la ausencia de prueba en contrario, resulta que el proceso asistencial fue correcto y que la actuación de los facultativos fue ajustada a los parámetros de la *lex artis ad hoc*, por lo que no es posible establecer la relación de causalidad entre el daño alegado y la actuación sanitaria, necesaria para la declaración de la responsabilidad administrativa.

El informe de la Inspección Médica señala que el cateterismo cardiaco diagnóstico es una técnica adecuada para poder determinar con precisión la

enfermedad de las arterias, de las válvulas y de las cavidades del corazón. Es también el tratamiento aplicable a los pacientes con lesiones obstructivas de las arterias coronarias. Los informes obrantes en el expediente señalan que los beneficios derivados de la realización de este procedimiento superan los posibles riesgos, y que es una alternativa terapéutica a la cirugía de derivación coronaria.

El informe emitido por el perito de la compañía aseguradora de la Administración señala que, ante el diagnóstico del paciente de síndrome coronario agudo, se requiere la necesidad de realización de un cateterismo diagnóstico coronario y que así se indica en las guías de esta patología.

En el presente caso, al paciente se le sometió a cateterismo y se observó la presencia de tres lesiones en la arteria descendente anterior -una de ellas severa a nivel medio- y una lesión en la arteria circunfleja, por lo que se debía realizar angioplastia, llevándose a cabo cateterismo terapéutico mediante angioplastia (implantación de stent en dicha arteria circunfleja). En ese momento se observó la disección de una arteria coronaria y taponamiento clínico, con presencia de derrame pericárdico.

Esto es, se produjo una rotura coronaria, complicación que forma parte de las previstas para este tipo de intervención, y se procedió a realizar un drenaje pericárdico con la intención de drenar el derrame y permitir mejorar la dinámica cardíaca, lo que mejoró la situación hemodinámica. Este procedimiento es el indicado en estas complicaciones.

Por otro lado, la Inspección Médica considera que la realización de esta técnica de manera inmediata es acertada, dado que no habría sido posible derivar al paciente a quirófano en ese momento porque estaba en situación crítica. Según el informe de pericial, realizado a instancia de la aseguradora de la Administración, "Tampoco se podría haber realizado a la inversa, dado que el cateterismo no puede realizarse en un quirófano sino que se tiene que realizar en una sala especializada como es el laboratorio de cateterismo".

Realizado el referido drenaje para solucionar la complicación, los facultativos constataron que no había datos de persistencia de sangrado, se realizaron inyecciones de control y no se objetivó extravasación de contraste, por lo que el problema se consideró resuelto.

Posteriormente, en la UCI, el paciente vuelve a presentar inestabilidad, manteniendo signos de taponamiento cardiaco, a pesar de que se le repiten nuevos drenajes. Ante esta situación clínica se decidió trasladar al paciente al Hospital hhh2 de xxxx2, donde se decide realizar de forma urgente una doble revascularización miocárdica y la adhesión de "parche de pericardio bovino con Bioglue sobre zona de rotura cardiaca". El tiempo de circulación extracorpórea fue de 176 minutos.

Durante el postoperatorio se objetivó un déficit visual, que fue diagnosticado por el Servicio de Neurología y Oftalmología como neuropatía isquémica anterior, en el contexto de enfermedad sistémica, por probable causa de hipoperfusión.

Tanto el Informe de Inspección Médica como el emitido a instancia de la compañía aseguradora de la Administración, señalan que la neuropatía óptica isquémica anterior es causada por la disminución repentina de circulación de sangre en las arterias que irrigan el nervio óptico. No obstante, no se puede conocer en qué momento tuvo lugar la isquemia, bien pudo ser perioperatoria o bien pudo ser como una complicación de la cirugía cardiaca con circulación extracorpórea realizada en el Hospital de xxxx2 y/o bien, en el conjunto de toda su patología.

Consta en el expediente que el paciente firmó los documentos de consentimiento informado para la realización de cateterismo diagnóstico y también para cateterismo terapéutico coronario el 4 de marzo de 2015, reconociéndose como riesgo, en este último documento: "la disección coronaria que precisa cirugía inmediata 2 por 100."

En este sentido, el informe pericial realizado a instancia de la aseguradora de la Administración, señala que el cateterismo terapéutico (angioplastia) tiene más riesgos que el cateterismo diagnóstico, quedando establecido el riesgo de muerte en torno a 1 de cada 100 angioplastias realizadas.

Es comprensible, ante la necesidad de la manipulación intracoronaria, que se produzca la rotura de la arteria coronaria aguda marginal, sin que existan métodos que permitan predecir la existencia de esta complicación y siendo tal maniobra inherente a la técnica de la angioplastia.

Por todo ello, la actuación sanitaria llevada a cabo para solucionar la complicación surgida fue la adecuada. El taponamiento cardiaco producido por disección de la arteria fue correctamente diagnosticado, realizándose la evacuación emergente de la máxima cantidad de derrame pericárdico, siendo la pericardiocentesis la técnica de elección, si bien este procedimiento no es capaz en muchas ocasiones de aportar una solución definitiva de la hemorragia, sí que puede conseguir evitar el colapso cardiaco y el fallecimiento del paciente. El informe pericial realizado a instancia de la aseguradora de la Administración señala que la prueba de la correcta actuación en la sala de hemodinámica cuando realiza la pericardiocentesis evacuadora fue que el paciente no falleció en dicho momento, lo que permitió su traslado a otro centro para la realización de una cirugía cardiaca.

En el denominado "Informe de Ampliación", elaborado a instancia de la compañía aseguradora de la Administración en respuesta a las alegaciones formuladas por el reclamante, se señala: "en absoluto se debería dejar de realizar una posible angioplastia en un infarto en curso (con elevación de ST documentada en el ECG) por el hecho de que no se disponga de un equipo de cirujanos cardiovasculares; estos últimos equipos están solamente en hospitales terciarios, no en todos ni siempre con disponibilidad las 24 horas del día, además en este caso un eventual desplazamiento a otro centro demoraría el tiempo de reperusión con posibles complicaciones, incluso mortales. Añadir por otro lado que si el 20-30% de las angioplastias (pequeño vaso) que se realizan en nuestro país hubiera que realizarlas siempre en centros con presencia de equipos de cirugía cardiovascular, esto sería logísticamente inviable".

El artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, define el consentimiento informado como "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud".

El paciente presentó una situación crítica al llegar al Hospital de xxxx2, que requirió cirugía urgente, salvándose su vida con una buena evolución médica, presentando el paciente la complicación de neuropatía óptica, objetivada tras dicha cirugía, percance previsto en el consentimiento informado.

Por lo tanto, cabe concluir que la actuación médica se llevó a cabo previa información y consentimiento del paciente. Así, siempre que no se pruebe que ha existido *mala praxis*, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de octubre de 2000, la conjunción de un riesgo no extraño a la intervención y el consentimiento informado determinan que el daño no sea antijurídico.

Al respecto cabe señalar la doctrina sentada por el Tribunal Supremo (entre otras, Sentencia de 2 de noviembre de 2007) que dice: "Como señala la sentencia de 20 de abril de 2005, con referencia a la de 4 de abril de 2000, "toda persona tiene con respecto a las distintas Administraciones Públicas sanitarias, y entre otros aspectos, derecho a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados información completa y continuada verbal o escrita sobre el proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento de conformidad con lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 10 de la Ley General de Sanidad vigente en el momento de la realización de la prueba, así como a la libre elección entre las opciones que le presenta el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, de conformidad con lo que dispone el apartado 6 de dicho precepto excepto, entre otros casos que ahora no interesan, cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo supuesto, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas; y, finalmente, a que quede constancia por escrito de todo su proceso".

Si bien la existencia de complicaciones puede resultar no muy frecuente, en el caso de intervenciones quirúrgicas -tal y como se recoge en el documento de consentimiento informado-, pueden ser inevitables, sin que en este caso se haya aportado prueba alguna que acredite, más allá del resultado, que haya existido *mala praxis*.

Por lo tanto, al no existir indicios de que dicha asistencia se realizara en contra de la *lex artis ad hoc* y haber sido el paciente informado de las posibles complicaciones y de sus consecuencias, debe concluirse que no concurren los requisitos exigidos para la existencia de la responsabilidad patrimonial que se reclama, ya que el daño invocado, al no tener la consideración de antijurídico, según ha quedado expuesto, no genera responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

En consecuencia, 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. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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