



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 2 de agosto de 2018, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxx1 e hijos, 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 11 de julio 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. xxx1 y D. xxx2 y Dña. xxx3, representados por Dña. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. vvvv, esposa y madre, respectivamente, de los reclamantes, en el Hospital hhhh de xxxx.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha de 13 de julio de 2018, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 325/2018, 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 7 de junio de 2016 D. xxx1 y D. xxx2 y Dña. xxx3, representados por Dña. yyyy, presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido a los daños y perjuicios derivados de un error en la

asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposa y madre, Dña. vvvv, en el Hospital hhhh de xxxx.

Señalan en su escrito que la paciente falleció el 13 de junio de 2015 a causa de un aneurisma de la arteria aorta, a pesar de que desde días antes, el 11 de junio, hubo de ser trasladada por la Unidad de Soporte Vital al Servicio de Urgencias y de las pruebas realizadas desde entonces, sin que se le diagnosticara correctamente al no atenderse a sus antecedentes y síntomas médicos.

Cuantifican la indemnización que reclaman en 86.018,34 euros para su esposo y 9.586,26 euros para cada uno de sus hijos.

Adjuntan a su reclamación poder de representación, documentación testamentaria y sucesoria, diversa documentación médica e informe pericial en el que se concluye que si el día 12 de junio se hubieran puesto los medios que se dispusieron al día siguiente, hubiera habido tiempo para que la paciente fuera trasladada a otro hospital con servicio de cirugía cardio-vascular y ser intervenida.

**Segundo.-** Al expediente se han incorporado, además de la historia clínica, diversos informes; entre otros, los de los médicos del Servicio de Urgencias y de Medicina Intensiva y Radiología del Hospital hhhh de xxxx, que asistieron al paciente el 19 de septiembre de 2014, el de la Inspección Médica de 14 de febrero de 2017 y el de la compañía aseguradora del Sacyl de 28 de abril del mismo año.

**Tercero.-** Concedido trámite de audiencia, el 30 de octubre de 2017 la parte reclamante presenta alegaciones en el que se ratifica en su pretensión inicial.

**Cuarto.-** El 31 de mayo de 2018 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

**Quinto.-** El 18 de junio de 2018 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

**Sexto.-** Consta asimismo la interposición de recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación.

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 (7 de junio de 2016) hasta que se formula la propuesta de orden (31 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.

**3ª.-** Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida 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.

**5ª.-** En cuanto al fondo del asunto, con carácter previo ha de recordarse que 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.

Asimismo debe mencionarse la reiterada jurisprudencia 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 supuesto examinado, los reclamantes alegan que existió un retraso no justificado en el diagnóstico del síndrome aórtico agudo que padecía la paciente teniendo en cuenta su situación y los antecedentes que presentaba; y que una respuesta más rápida, en el mismo día del ingreso, hubiera permitido un traslado e intervención en un centro adecuado.

Sin embargo, los informes obrantes en el expediente, en los que se analiza con profusión todas y cada una de las pruebas practicadas, mantienen de forma unánime que la actuación médica seguida fue correcta y conforme a los protocolos y guías médicas. En este sentido, el informe de la compañía aseguradora del Sacyl resume y valora los hechos de la siguiente manera, concluyendo que sólo de manera retrospectiva puede considerarse que se está ante un error médico:

“El diagnóstico del síndrome aórtico agudo no es, ni mucho menos sencillo, ni por su frecuencia de presentación, ni por sus manifestaciones clínicas. En algunos de los estudios publicados solo en el 15% de los pacientes con una disección de aorta, se sospechó este diagnóstico desde el inicio.

»Todas las fuentes consultadas coinciden que la paciente comenzó con dolor abdominal (en hipogastrio) en la tarde-noche del día 11/06/15. La paciente se autoprescribió dosis elevadas de antiinflamatorios. Cuando al día siguiente fue remitida al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh de xxxx presentaba dolor abdominal (en epigastrio) e hipotensión arterial.

»De forma razonable se pensó como primera posibilidad en un proceso de naturaleza péptica y se buscó un posible cuadro hemorrágico. De forma simultánea, a la paciente se le suministró tratamiento de soporte (sintomático y sueroterapia). Ante la ausencia de confirmación diagnóstica, pero en presencia de un elemento de alarma, se decidió de forma prudente mantener a la enferma bajo vigilancia hospitalaria (comenzaba el fin de semana).

»Durante el día siguiente, la hipótesis inicial no pareció confirmarse, por lo que se planteó la hipótesis alternativa o el diagnóstico diferencial con un proceso infeccioso en su presentación más grave: la sepsis. De nuevo el abordaje diagnóstico para confirmar la hipótesis y el tratamiento fueron correctos. Se obtuvieron muestras microbiológicas, se repitió la radiografía de tórax y se realizó una ecografía abdominal. Como tratamiento se inició una antibioterapia empírica para cubrir un posible foco urinario, ya que la orina de la paciente presentaba hematuria, bacteriuria y piuria.

»Queda acreditado además que el seguimiento de la paciente fue exhaustivo, con varios controles analíticos monitorización y registro continuado de las constantes vitales. Se le realizaron varias exploraciones completas y se solicitó la valoración colegiada de otros facultativos.

»Cuando la paciente presentó un deterioro brusco de su situación general, con una pérdida de conciencia a las 22:00 del 13/06/17, se realizó un traslado emergente a la Unidad de Cuidados Intensivos.

»Todo el procedimiento posterior en la Unidad de Cuidados Intensivos, el traslado y la recepción de la enferma, aunque no son objeto de reclamación, fueron igualmente correctos.

»La presentación clínica del proceso fue atípica. De hecho, la paciente fue valorada al menos por cinco facultativos antes del diagnóstico. A pesar de que la rotura aórtica se produjo en el tórax, el síntoma inicial fue dolor abdominal. El dolor no tuvo características de desgarró, ni fue transfixivo. No tuvo un inicio migratorio y de forma posterior se manifestó como fluctuante. Además, la disección aórtica suele presentarse de forma más frecuente con elevaciones significativas de la tensión arterial. La paciente tampoco presentó síntomas neurológicos u otros síntomas de déficit de perfusión. Los datos exploratorios tampoco ayudaron el diagnóstico del proceso: no existieron alteraciones en los pulsos periféricos y el soplo auscultado por los facultativos fue considerado como un signo exploratorio antiguo. Además, el curso evolutivo de las primeras 24 horas, no sugirió empeoramiento clínico. La paciente expresaba mejoría subjetiva y las constantes vitales mostraban indicios de normalización.

»Las pruebas complementarias tampoco se mostraron como una ayuda al diagnóstico. Los electrocardiogramas seriados, no revelaron alteraciones significativas. Los datos de radiografías y ecografías no fueron técnicas de ayuda. Por último, las pruebas analíticas o fueron un elemento de confusión (como el análisis de orina y la elevación del ácido láctico) o cuando se mostraron alteradas (como la troponina), el proceso estaba muy evolucionado, en el contexto de un taponamiento cardiaco.

»Por último, debe señalarse que la presencia de una hipertensión leve en una paciente de esta edad, tampoco supone un elemento que condicione una elevada frecuencia presentación de este proceso”.

El resto de los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento avalan las actuaciones médicas seguidas en relación con el paciente, sin que se advierta la existencia de mala *praxis* en el tratamiento y en la asistencia recibida, si bien los reclamantes han aportado un informe pericial en el que la conclusión a la que se llega es radicalmente contraria a la apuntada por el resto de los informes médicos obrantes en el expediente.

En relación con la valoración que debe efectuarse ante la existencia de informes contradictorios, debe señalarse la doctrina consolidada del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 6 de mayo de 1993 o de 2 de abril de 1998), según la cual:

“a) Ha de atenderse, en primer lugar, a la fuerza convincente de los razonamientos que contienen los dictámenes, pues lo esencial no son sus conclusiones, sino la línea argumental que a ellas conduce, dado que la fundamentación es la que proporciona la fuerza convincente del informe y un informe no razonado es una mera opinión sin fuerza probatoria alguna.

»b) Debe tenerse en cuenta la mayor o menor imparcialidad presumible en el perito y ha de darse preferencia a los informes emitidos por los Servicios Técnicos Municipales y, en su caso, por los peritos procesales, puesto que éstos gozan de las garantías de imparcialidad superiores a cuantos otros dictámenes hayan sido formulados por técnicos designados por los interesados, (...).



»c) Un tercer criterio que debe ser tenido en cuenta es la necesaria armonía de las conclusiones contenidas en los informes periciales con el resto de los elementos probatorios, cuales pueden ser, entre otros, las diversas pruebas documentales practicadas en las actuaciones”.

En parecidos términos se pronuncia posteriormente la Sentencia de 3 de febrero de 2006 de la Audiencia Provincial de A Coruña: “Es obvio que la cuestión a resolver, en el caso presente, requiere contar con conocimientos especializados propios de la ciencia de la arquitectura, que los profanos en la materia, como somos los operadores jurídicos, carecemos de ellos, de ahí la importancia que en casos como el presente alcanza la prueba pericial, cuya valoración nos compete, según las `reglas de la sana crítica´ (art. 348 LEC), que no son en realidad otra cosa que meras máximas de experiencia no codificadas (STS de 10 de junio de 1986, 7 de noviembre de 1994, 27 de febrero de 2001 entre otras) o las más elementales directrices de la lógica humana (STS de 13 de febrero de 1990, 29 de enero, 20 de febrero y 25 de noviembre de 1991, 16 de marzo de 1999 entre otras muchas).

»No obstante, las dificultades valorativas se alzapriman cuando se trata de la apreciación de pruebas periciales contradictorias, en las que los diversos técnicos discrepan en sus conclusiones sobre puntos o extremos trascendentes para la resolución de la litis, cual acontece en el caso que nos ocupa. En supuestos como el presente parecen elementales criterios lógico valorativos los derivados de la ponderación de factores tales como:

»A) La cualificación de quien prestó los informes, y, por lo tanto, su especialización sobre el tema a informar (...).

»B) El método observado. La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 marzo 1985 indica que la fuerza probatoria de los dictámenes radica, en su mayor o menor fundamentación y razón de ciencia, debiendo de tener, por tanto, como prevalentes en principio aquellas afirmaciones o conclusiones que vengan dotadas de una superior explicación racional (...).

»C) Las condiciones de observación o reconocimiento del perito (...).

»D) La vinculación del perito con las partes. En este sentido, la sentencia del Supremo de 31 de marzo de 1997 señala: "Es más, ante la disparidad de los criterios expuestos entre peritos de titulación semejante se debe dar preferencia a los emitidos por los designados por el Juzgado por coincidir en ellos una presunción de mayor objetividad (Sentencia de la Sala Quinta de 5 abril 1982)" (...).

»E) El criterio de la mayoría coincidente, conforme al cual el dictamen conteste de varios técnicos es racional que prevalezca sobre el contradictorio de uno de ellos. En este sentido, podemos citar la sentencia del Tribunal Supremo de 11 de mayo de 1981 que dispone: "debiendo tener por tanto como prevalentes en principio aquellas afirmaciones o conclusiones que vengan dotadas de una superior explicación racional, sin olvidar otros criterios auxiliares como el de la mayoría coincidente".

De conformidad con lo expuesto, y atendiendo a las particulares circunstancias del caso concreto, este Consejo Consultivo comparte el criterio sostenido por la Administración reclamada, dada su razonabilidad y las argumentaciones vertidas.

Así pues, a la vista de la determinación y coincidencia de las afirmaciones y conclusiones contenidas en los informes, este Consejo considera que los facultativos actuaron de acuerdo con la *lex artis ad hoc* que realizaron las pruebas y pautaron el tratamiento exigido para estos supuestos por la práctica médica.

En definitiva, no cabe apreciar responsabilidad patrimonial de la Administración Pública y, por ello, la reclamación debe desestimarse.

**6ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores y al constar que los interesados han interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación por silencio administrativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso o en otro hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

### **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 y D. xxx2 y Dña. xxx3, representados por Dña. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. vvvv, esposa y madre, respectivamente, de los reclamantes, en el Hospital hhhh de xxxx.

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