



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 13 de diciembre de 2018, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxx1, D. xxx2, Dña. xxx3, D. xxx4, Dña. xxx5 y D. xxx6*, 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 23 de agosto 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. xxx1, D. xxx2, Dña. xxx3, D. xxx4, Dña. xxx5 y D. xxx6, representados por D. yyy1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. vvvv, en el Complejo Asistencial Universitario de xxxx.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 27 de agosto de 2018, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 387/2018, 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 20 de noviembre de 2015 D. xxx1, D. xxx2, Dña. xxx3, D. xxx4, Dña. xxx5 y D. xxx6, representados por D. yyy1, presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración Autonómica, debido a los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre fallecida, Dña. vvvv, de 80 años de edad, por el Servicio de Medicina Interna de los Hospitales hhh1 y hhh2 de xxxx, que atribuye a una mala *praxis* médica.

Reproduce en su escrito el informe pericial de parte que incorpora a su reclamación, en el que se recoge la, a su juicio, indebida asistencia recibida y que puede resumirse de la siguiente manera:

- La paciente ingresa el 10 de enero de 2015 por deterioro del estado general, siendo diagnosticada de nódulo en el mesoriñón derecho, cursando alta el 30 de enero.

- Acude de nuevo al Servicio de Urgencias el 3 de febrero por dolor en extremidad inferior derecha con edema y emplastamiento, con diagnóstico de trombosis venosa profunda y cursa baja por fallecimiento el 4 de febrero de 2015.

- Consideran que en el primer informe de alta no consta que a la paciente se le administraba heparina, sino tan sólo que había que movilizarla y evitar el encamamiento, y que antes del alta debió de practicársele nuevo análisis por riesgo de trombosis, incrementar la dosis de anticoagulante y controlar el INR.

- En relación con el segundo ingreso, se denuncia que los resultados de la analítica no se obtuvieron hasta ocho horas después de aquél, y que el deterioro de la paciente se produjo después de haber ingresado en Urgencias, por lo que se perdió un tiempo valioso para actuar sobre la enferma, practicándosele terapia antitromboembólica ocho horas después del ingreso.

Solicita una indemnización de 20.000 euros por cada hijo (120.000 euros)

Adjunta a su reclamación poder de representación, Libro de Familia, documentación médica e informe pericial.



Segundo.- Al expediente se incorporan, además de la historia clínica, informes, entre otros, del Jefe de Servicio de Medicina Interna de 11 de enero de 2016, de la Inspección Médica de 23 de febrero de 2017 y dictamen médico pericial emitido a instancia de la aseguradora de la Administración el 14 de marzo de 2017.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia, el 3 de enero de 2018 los reclamantes se ratifican en su pretensión inicial, subrayando el informe de la Inspección Médica sobre posible pérdida de oportunidad por el retraso en el tratamiento de anticoagulante.

Cuarto.- El 9 de julio se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación presentada.

Quinto.- El 24 de julio de 2018 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden desestimatoria.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

Sexto.- Mediante Acuerdo del Presidente del Consejo Consultivo de Castilla y León de 20 de septiembre se acuerda recabar, al amparo del artículo 54 del Reglamento Orgánico de este Consejo Consultivo, un informe escrito de institución, entidad o persona con notoria competencia técnica en la materia, sobre aspectos concretos del expediente.

Asimismo, se suspende el plazo para la emisión del dictamen.

Séptimo.- Mediante escrito de 29 de octubre de 2018, de la Facultad de Medicina de la Universidad de cccc, se remite informe elaborado por Dña. M^a yyy2, profesora asociada del Departamento de Medicina de la Universidad de cccc.

Recibida dicha documentación, se reanuda el plazo para la emisión del 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 (20 de noviembre de 2015) hasta que se formula la propuesta de orden (9 de julio 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 los reclamante 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 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.

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.

En primer lugar, cabe señalar que la reclamación se hace descansar en la reproducción del informe pericial de parte, que se copia literalmente, sobre diversos aspectos de la asistencia sanitaria dispensada a la paciente, que han recibido cumplida respuesta por parte de la Administración reclamada y que, si bien no ha sido admitida por la parte reclamante de manera expresa, tampoco han sido rebatidos los pareceres –coincidentes- de los diferentes órganos que han informado a lo largo del procedimiento.

Así, a modo de síntesis, el Jefe del Servicio de Medicina Interna, además de ratificar en su informe de 11 de enero de 2016 que durante el primer ingreso sí se le suministró a la paciente anticoagulante, subraya que “no había ningún dato objetivo que hiciera pensar en la posibilidad de que la paciente presentará en esos momentos un trombo ni tampoco la posibilidad de desarrollarlo durante su ingreso (efectivamente, no desarrolló ningún trombo durante el primer ingreso)”; que “El TP y el INR no se ven influenciados por la Heparina y por tanto no son marcadores para regular la eficacia de la misma. El INR no es ningún parámetro que permita dar lugar a modificar las dosis que se requieren de Clexane. Además, los valores del 94 y 78 % para el TP y de 1,2 para el INR eran normales y por tanto no indicaban para nada la posibilidad de una complicación trombótica”; que “el TTP se encontraba en nuestra paciente dentro de la normalidad, no se encontraba acortado (ni “la coagulación era bastante rápida” como afirman en la demanda). Además carece completamente de valor su realización en esta enferma”; que “la elevación del Fibrinógeno carece de significado específico tanto en ausencia como en presencia de ETE; además muchas circunstancias pueden elevarlo inespecíficamente (infecciones, senilidad, etc.)”. Concluye así, en cuanto al primer ingreso en el Servicio de Urgencias, que “Se administra HBPM solo cuando los pacientes mayores están ingresados en un Servicio de Medicina Interna. Solo en casos muy específicos lo requieren al alta; me refiero a pacientes que han presentado ETE previa o Fibrilación Auricular (FA) y deficiente control con AO. Nuestra paciente no presentaba enfermedad relacionada con la necesidad de prescribir HBPM al alta. Por tanto, en esos



comentarios que nos reprochan hay graves errores: la HBPM prescrita era preventiva no terapéutica, porque no estaba indicada. Tampoco lo precisaba al alta. Y las dosis, aunque variables eran suficientes para el objetivo que se pretendía, como era no desarrollar una ETE durante el ingreso por el mayor encamamiento y por los tratamientos (venoclisis, etca) y pruebas diagnósticas que se practican”.

Resta, por tanto, analizar la única de las cuestiones sobre las que se mantiene la controversia, esto es, en aquel aspecto relativo al retraso en el inicio del tratamiento anticoagulante tras el segundo ingreso, único argumento ratificado de forma expresa por los interesados tras el trámite de audiencia, adverado además por el informe de la Inspección Médica, que apunta en dicho informe que su dispensa temprana hubiera podido evitar la progresión de la trombosis pulmonar, si bien debe resaltarse que esa manifestación lo es a título de mera posibilidad, y que se reconoce también que la TEP aguda es una patología con alta mortalidad y las características de especial gravedad que aquejaban a Dña. vvvv.

Por el contrario, el informe de la compañía aseguradora del Sacyl concluye, junto con el Servicio implicado, que la actuación médica ha sido adecuada, al considerar que la paciente no presentaba al tiempo del ingreso ningún dato sospechoso de disfunción de ventrículo derecho, además de que ambos coinciden en los riesgos asociados a su suministro.

Dado el carácter eminentemente técnico de la cuestión y las limitadas capacidades de este Consejo en este ámbito, se procedió, al amparo de lo señalado en el artículo 54 de su Reglamento Orgánico, a solicitar informe de un tercer facultativo, quien, además de concluir que el tratamiento de la enfermedad tromboembólica supone una valoración continua del riesgo trombótico y del hemorrágico y de mantener que la relación riesgo/beneficio de la terapia anticoagulante supone la individualización del tratamiento, señala lo siguiente:

“1. Se trata de paciente con probabilidad clínica alta para TVP y probabilidad clínica alta/ intermedia para TEP. La categorización del riesgo de sangrado mayor es de alto riesgo hemorrágico.

»2. La decisión para iniciar el tratamiento a la espera de las pruebas diagnósticas depende de dos principios:



»1). Cuanto mayor sea la sospecha clínica, menor debería ser el tiempo sin tratamiento hasta la recepción de las pruebas diagnósticas.

»2) Cuanto mayor sea el riesgo de sangrado, mayor debería ser el tiempo sin tratamiento hasta la recepción de las pruebas diagnósticas.

»3. El inicio del tratamiento anticoagulante se realizó antes de la confirmación del diagnóstico de certeza con AngioTAC torácico. Probablemente si se hubiera iniciado antes, evitaríamos en una medida desconocida la progresión del trombo ya instaurado aunque no se hubiera realizado una valoración correcta del riesgo hemorrágico y de las contraindicaciones relativas de la anticoagulación. Aun así hubiera sido también recomendable disponer del resultado de pruebas de laboratorio antes.

»Aunque el inicio de la anticoagulación debe ser "precoz" no está claramente definido en las guías el tiempo de inicio de tratamiento en el paciente con alto riesgo hemorrágico.

»4. La elección del tratamiento anticoagulante en la fase aguda (HBPM a dosis terapéuticas) fue correcto según los resultados de los estudios y las guías de terapia antitrombótica. Su administración no evitó la progresión a TEP de alto riesgo”.

»5. La mortalidad del tromboembolismo pulmonar aumenta hasta el 30% en aquellos que se presenta con inestabilidad hemodinámica (TEP de alto riesgo) y llega hasta el 65% cuando se asocia a parada cardíaca. El cáncer se asocia con mayor tasa de recurrencia de TEP, con una mayor tasa de hemorragia mayor y de embolia fatal”.

A la luz de los informes parcialmente transcritos no puede llegarse a la convicción de que la paciente recibió una inadecuada asistencia sanitaria. Como se observa, las conclusiones sobre el abordaje terapéutico no son concluyentes por parte de la literatura científica, a lo que cabría añadir el delicado estado de salud de la paciente -con hasta cuatro factores de riesgo hemorrágico y cáncer-, de tal manera que permitan concluir de modo terminante que el abordaje y las decisiones tomadas en el momento –y no una vez conocido el resultado- puedan considerarse incorrectas, arbitrarias o descuidadas. Por todo ello puede considerarse, 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 y 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. xxx1, D. xxx2, Dña. xxx3, D. xxx4, Dña. xxx5 y D. xxx6, representados por D. yyy1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. vvvv, en el Complejo Asistencial Universitario de xxxx.

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