



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 21 de marzo 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 1 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 D. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre, D. vvvv, en el Hospital hhh1 de xxxx1.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite en la misma fecha, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 90/2018, 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 enero de 2015 D. xxxx presenta un escrito -que la Administración califica como reclamación de responsabilidad patrimonial-, debido a los daños derivados de la deficiente asistencia sanitaria prestada a su padre, D. vvvv, fallecido el 12 de enero de 2014.

En su escrito expone que "Mi padre ingresó el día 6 de enero de 2014 en el Hospital hhh1 de xxxx1, derivado del Hospital de xxxx2, a través de los servicios del 112. El día 9 de enero de 2014 es trasladado a la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital hhh1 de xxxx1, a raíz de su empeoramiento. Tres días más tarde, el día 12 de enero de 2014, falleció como consecuencia de una neumonía necrotizante versus necrosis isquémica (sic). En las tres semanas previas a su ingreso hospitalario el Sr. vvvv fue visitado en los servicios de cardiología y hematología refiriendo una sintomatología de dolor torácico, tos, fiebre sin que fuera tratado por estos síntomas y sin recibir un tratamiento adecuado, circunstancia que fue determinante en el fallecimiento del paciente".

Considera que no se prestó al paciente la debida asistencia, sin que se realizara un diagnóstico que hubiera permitido un tratamiento que habría evitado su fallecimiento.

En el escrito, dirigido a interrumpir la prescripción, no cuantifica el importe de la indemnización solicitada.

A la vista del contenido del citado escrito, la Administración considera iniciado el procedimiento y el 5 de marzo requiere al interesado para la subsanación de la reclamación.

El 16 de marzo D. xxxx presenta un escrito firmado también por su madre, Dña. yyyy, en el que expone de forma más extensa los hechos y considera que "El paciente por su condición de trasplantado debía haber sido objeto de una atención más exhaustiva desde sus iniciales visitas en diciembre de 2013 cuando los síntomas de agotamiento, tos, pérdida de peso, edemas y cansancio empezaron a ser evidentes y fueron puestos de manifiesto.

»La relación de causalidad entre el déficit de atención y la actuación negligente y el motivo del fallecimiento resulta indiscutible teniendo en cuenta que la causa de la muerte fue debida a una infección (de origen desconocido) que se descontroló y que no pudo ser combatida a tiempo. La condición de inmunodeprimido del paciente exigía haberle atendido con una mayor diligencia para evitar un desenlace como el ocurrido".

Solicita que se acuerde la responsabilidad patrimonial de la Administración "indemnizando a su hijo y viuda en la cantidad de 150.000 € en concepto de indemnización por los daños y perjuicios ocasionados".

Consta la presentación, entre otra documentación, de copia del Libro de Familia, del certificado de matrimonio, del DNI de ambos reclamantes, del certificado de defunción y de una hoja de acta de notoriedad para declaración de herederos *ab intestato*.

Segundo.- Al expediente se incorpora, además de la historia clínica, los informes del Jefe del Servicio de Medicina Intensiva del Complejo Asistencial Universitario de xxxx1 de 11 de mayo de 2015, del Dr. (...) del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Complejo Asistencial Universitario de xxxx1 de 19 de mayo de 2015, y del Jefe de Servicio de Cardiología del Complejo Asistencial Universitario de xxxx1 el 17 de junio de 2015, así como informe médico pericial elaborado a instancia de la compañía aseguradora y el de la Inspección Médica de 20 de junio de 2016.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia, no consta que durante el plazo concedido al efecto se hayan presentado alegaciones.

Cuarto.- El 15 de enero de 2018 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Quinto.- El 6 de febrero 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, sustancialmente, 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 enero de 2015) hasta que se formula la propuesta de orden (15 de enero 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, 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. 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 Administración considera que 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 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 ya que, de la documentación obrante en el expediente, se desprende que no ha concurrido la actuación negligente que se imputa a los servicios sanitarios públicos.

Como se ha señalado, al tratarse de responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación es de medios y no de resultados, lo que supone la utilización de aquellas medidas que conozca la ciencia médica y que se encuentren a disposición del profesional sanitario en el lugar donde se produce el tratamiento.

El exhaustivo informe de la Inspección Médica sobre los antecedentes del paciente describe que fue "diagnosticado en febrero de 2008 de un linfoma (LNH) B del manto folicular estadio II A. Recibió tratamiento quimioterápico con Hyper-CVAD durante 4 ciclos alcanzando remisión completa, sometiéndose posteriormente a trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TASPE) el 23-09-08. En junio de 2011 recayó de su enfermedad hematológica, recibiendo de nuevo tratamiento quimioterápico (R-GeMOX) más radioterapia en noviembre de 2011. El 2-4-12 fue sometido a trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos de donante emparentado (TPH), tras acondicionamiento de intensidad reducida".

Relata, como complicaciones más relevantes post-trasplante, la existencia de "diversas infecciones que fueron correctamente tratadas. Asimismo fue diagnosticado de Enfermedad injerto contra huésped agudo digestivo grado IA y después crónico moderado cutáneo (rash en tronco, región lateral de cadera, edemas en extremidades inferiores, superiores, cuello y párpados) y mucoso (liquen grado I) que se manifestó en distintos momentos precisando tratamiento esteroideo a diferentes dosis". Añade que por su condición de trasplantado hematológico precisaba tratamiento activo inmunosupresor.

Considera que la asistencia sanitaria prestada al paciente, que describe de forma exhaustiva, fue constante y correcta durante el año 2013, señalando de modo expreso que "se hizo un seguimiento evolutivo de su EICH crónico moderado cutáneo mucoso, así como una atención vigilante ante la aparición de posibles infecciones tanto bacterianas, como víricas o fúngicas (micosis) por tratarse de un paciente inmunodeprimido que continuaba en tratamiento activo inmunosupresor". Precisa que "La vigilancia sobre las infecciones incluyó

seguimiento periódico/ profilaxis y tratamiento con los fármacos correspondientes”, y pone de manifiesto la existencia de diversas actuaciones preventivas frente a posibles infecciones.

Respecto del último día que consta en el seguimiento del paciente en consulta externa de Hematología, el 26 de diciembre de 2013, “Ese día el paciente estaba sin fiebre y presentaba una PCR prácticamente normal en la analítica junto a la leucocitosis habitual secundaria a la movilización del pool de neutrófilos marginal por el inicio del tratamiento esteroideo. (...).⁴⁷¹ En todos los registros de temperatura realizados entre el 21-8-13 y el 26-12-13 el paciente se encontró afebril (sin fiebre). Asimismo se puede comprobar que el 3-9-13 el paciente pesaba 84 Kg, el 30-10-13, 85 Kg, el 20-11-13, 85,500 Kg y el 26-12-13, 86,500 Kg. Por lo que no es cierto que desde el mes de octubre existiera una pérdida de peso del paciente, tal como indican los reclamantes en su escrito”.

En cuanto a la afirmación de los reclamantes de la existencia de un cuadro catarral desde octubre de 2013, que no fue tratado, el informe de la Inspección Médica considera que “este hecho parece bastante improbable pues un cuadro infeccioso no tratado en un paciente inmunodeprimido conlleva un deterioro muy rápido en pocos días”. El último día en que fue visto en consulta externa, el 26 de diciembre de 2013, “el paciente presenta una buena respuesta al inicio del tratamiento esteroideo tras una semana (por lo que se redujo la dosis) con una PCR prácticamente normal en la analítica, junto a la leucocitosis habitual secundaria a la movilización del pool de neutrófilos marginal por el inicio del tratamiento esteroideo y estaba sin fiebre. Igualmente la última consulta del paciente en Atención Primaria corresponde al 30-12-13 fecha en la que le recetan de nuevo los fármacos usados en ese momento (Omeprazol Furosemida, Lyrica...) sin que conste ninguna anotación en relación con ningún proceso febril, ni cuadro catarral”.

El paciente llega a Urgencias de Atención Primaria el 6 de enero de 2014. Tras la realización de diversas pruebas, “la impresión diagnóstica fue: Insuficiencia respiratoria aguda e infección respiratoria, se le aplicó oxígeno (...) más tratamiento y se derivó a Urgencias del Hospital hhh2 de xxxx2, donde ingresó a las 6:16 horas para valoración de su cuadro febril con síntomas respiratorios. En ese momento el paciente refirió que “desde hace unos días” presentaba un cuadro de tos con disnea y fiebre de hasta 39,50C, ortopnea y

edemas que en Urgencias no se constataron, así como disnea progresiva a mínimos esfuerzos. Tras la exploración, pruebas y analítica se pautó: vía venosa con suero fisiológico. Actocortina 100. HBPM 7.500. Seguril. Piperacilina/Tazobactam (antibiótico). Oxígeno 36%. Visto que a pesar del tratamiento mantenía criterios bajos de saturación, se derivó al Hospital hhh1 de xxxx1, para su valoración diagnóstica al tratarse de un paciente de riesgo por haber sido sometido a un alotrasplante hematopoyético”.

Ese mismo día ingresa en el Servicio de Hematología del Hospital hhh1 de xxxx1, presentando una insuficiencia respiratoria grave en relación con una infección respiratoria, además de insuficiencia renal aguda de probable origen prerrenal. Ante la sospecha de infección respiratoria se utilizan potentes antimicrobianos de forma empírica con la finalidad de abarcar el mayor espectro posible, describiéndose el tratamiento antibiótico prestado.

El paciente quedó ingresado en una habitación convencional, al no tener ningún criterio de aislamiento protector, y, “al no tratarse de un paciente con neutropenia, la hospitalización de D. vvvv en una habitación doble de la Unidad de Hematología, siguió los protocolos establecidos”.

En este Servicio es valorado por facultativos de la UCI por si en algún momento se pudiera producir un deterioro respiratorio que precisara de medidas terapéuticas más agresivas. El 9 de enero de 2014 ingresa en la UCI a las 8:30 horas, a 72 horas del ingreso, persistiendo la situación clínica de hipoxemia refractaria a todas las líneas de tratamiento empleadas, y fallece el día 12 de enero de 2014 a las 10:40 horas.

El referido informe de la Inspección Médica constata que “Todas las pruebas microbiológicas (Veintiuna) que se le hicieron en vida a D. vvvv durante su ingreso hospitalario, arrojaron resultados Negativos. Tras su fallecimiento se extrajeron muestras de pulmón por punción percutánea que se enviaron a Microbiología siendo el resultado Negativo sin aislamiento de ningún agente microbiológico. Asimismo se remitieron muestras de pulmón al Servicio de Anatomía Patológica para biopsia siendo el diagnóstico anatomopatológico: Daño alveolar con abundante exudado intraalveolar de fibrina y destrucción (necrosis) del parénquima pulmonar (necrosis focal) compatible con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) con focos de neumonía necrotizante versus necrosis isquémica”.

El informe pone también de relieve que la evolución del linfoma no Hodgking es de mal pronóstico, la supervivencia media oscila entre tres y cinco años y presenta un déficit inmunitario que predispone al desarrollo de enfermedades infecciosas graves. El paciente ingresa en el Hospital hhh1 de xxxx1 por una insuficiencia respiratoria aguda grave, de probable origen infeccioso, que no fue posible documentar microbiológicamente a pesar de todas las pruebas que se le hicieron, falleciendo "por un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), hipoxemia refractaria a todas las líneas de tratamiento empleadas e insuficiencia renal aguda, de probable origen prerrenal. Todo ello en el contexto de un paciente con linfoma no Hodgkin (LNH) B del manto folicular MIPI 2 con t (11; 14), sometido a trasplante alogénico de sangre periférica de donante emparentado con acondicionamiento de intensidad reducida y afecto de enfermedad injerto contra huésped (EICH) crónico moderado (cutáneo mucoso) en tratamiento esteroideo".

El informe concluye que "(...) en la asistencia sanitaria prestada a D. vvvv, tanto en la Consulta de Atención Primaria del Centro de Salud de xxxx2, en el PAC de Urgencias y Servicio de Urgencias del H. hhh2 de xxxx2, así como en el Hospital hhh1 de xxxx1 (Consulta Externa, Servicio de Hematología y UCI); no se ha observado ninguna falta de atención, error o actuación negligente, conforme a la *lex artis ad hoc*, siendo la adecuada en cada momento a su patología, evolución y situación clínica".

En el mismo sentido se expresa el informe médico pericial de la compañía aseguradora, que en su conclusión final indica que "no consideramos que haya habido una actitud incorrecta por parte del Servicio de Hematología del Hospital hhh1 de xxxx1 que hubiera dado lugar a la evolución clínica no favorable que finalizó en fallecimiento del paciente".

En definitiva, a la vista de lo expuesto se considera que la asistencia sanitaria prestada fue correcta y adecuada, por lo que no se produjo un funcionamiento anormal o deficiente del Servicio Público Sanitario.

Estas afirmaciones no han sido desvirtuadas por las alegaciones de la parte reclamante, que cuestiona la asistencia médica practicada y con ello la observancia de la *lex artis*, puesto que no han sido avaladas por informe alguno y ceden, por tanto, frente a la rotundidad de las opiniones técnicas señaladas.

Por todo ello puede considerarse, al acoger dichos argumentos, 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 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 a su padre, D. vvvv, en el Hospital hhh1 de xxxx1.

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