



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero y

Ponente

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 12 de abril de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx*, 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 13 de marzo de 2007 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx, representada por D. yyyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 15 de marzo de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 206/2007, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Madrid López.

Primero.- El 31 de marzo de 2005 Dña. xxxxx, representada por D. yyyyyy, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial por considerar que las secuelas que padece en su pie derecho se derivan de la negligente



asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh. Reclama como indemnización 60.000 euros.

Segundo.- Dña. xxxxx, nacida el 25 de marzo de 1948, es remitida a consulta externa de traumatología en el año 2001 por su médico de atención primaria, por dolor en pie derecho, secundario a traumatismo sufrido tres meses atrás. Es vista el 3 de mayo de 2001 y tratada con férula y AINES. En el estudio radiológico no se ve lesión ósea.

El 24 de julio de 2001 es revisada en consulta por el Dr. bbbbb, objetivándose *hallux valgus*, más 2º dedo en martillo, con dolor a la presión en articulación metatarso-falángica del 2º dedo. Se realiza estudio radiológico confirmando la existencia de fractura-luxación metatarso-falángica de 2º dedo, con segundo dedo supraductus.

Se aconseja cirugía de 2º dedo mediante artroplastia interfalángica más alargamiento de extensor, realizándose el 14 de diciembre de 2001. De esta intervención consta el informe médico de alta en la historia clínica.

Por persistencia de dolor plantar acude varias veces a consulta de traumatología. Se informa de la posibilidad de intervención sobre dicho pie para proceder a osteotomía de 2º metatarsiano y corrección del *hallux valgus* y/o alineación metatarsal.

El 28 de enero de 2003 es incluida en lista de espera para intervención quirúrgica por indicación del Dr. bbbbb con el diagnóstico de secuelas de fractura de base F1 2º dedo pie derecho, *hallux valgus*, para realizar el procedimiento de alineación metatarsal y *hallux valgus* con cirugía con ingreso preferente. El documento de entrada en lista de espera con estos diagnósticos es firmado por la interesada. Asimismo firma junto con el Dr. bbbbb el documento de consentimiento informado de intervención de *hallux valgus* y alineamiento metatarsal.

Es avisada para operarse en varias ocasiones, retrasándose la intervención por problemas familiares de la reclamante.

El 9 de marzo de 2004, la paciente es vista en consulta de anestesia para valoración e informe preoperatorio. Firma el consentimiento informado de anestesia y es calificada como apta para este procedimiento, con calificación ASA I.



Ingresa en el Servicio de Traumatología para intervención programada el 21 de marzo de 2004. El día 23 de marzo de 2004 es intervenida por el Dr. bbbbb realizando alineación metatarsal y técnica de Kéller-Brandes-Lelievre.

Previamente a la intervención se inyecta Monocid 2 gr IV. Se realiza anestesia intradural con bloqueo nervioso.

Como tratamiento postoperatorio, el 23 de marzo de 2004 se continúa con el antibiótico Monocid 1 gr IV/12h, Clexane 40 mg subcutánea/24 h, Droal 1 ampolla/8 h y Nolotil 1 ampolla/8 h.

El 24 de marzo de 2004 presenta febrícula vespertina, tiene la herida operatoria inflamada y con dolor. Al día siguiente está mejor, sin fiebre, y es dada de alta el 26 de marzo de 2004 con tratamiento de Hibor 3.500 1 vial subcutáneo, Enamtyum 15 (1 comprimido/12 horas durante 7 días) y Nolotil si hay dolor. Se remite el informe de alta. Es citada para revisión el 29 de marzo de 2004 en consultas externas.

El día 29 de marzo de 2004 presenta antepié muy hinchado (3 cruces), afebril, curas secas.

Vuelve a ser revisada el 21 de abril de 2004. Presenta herida limpia, pero no cierra. Pauta cura oclusiva. Está afebril. Camina con apoyo.

Según informe presentado por la reclamante, el 28 de junio de 2004 acude a la consulta privada del Dr. ppppp, quien hace el juicio clínico de: realineación metatarsal en fase de recuperación, con alteraciones tróficas y úlcera en dorso de 4º metatarsiano de pie derecho. Hace limpieza y cura local, colocando apósito de Varihesive, aconsejando cambio de apósito en una semana y cura con Blastoestimulina crema. Mantener tratamiento con antibioterapia al menos una semana.

El 5 de julio de 2004 vuelve a consulta del Dr. bbbbb. Se realiza estudio radiológico del pie. Se solicita gammagrafía ósea con Galio y Tecnecio 99. En esa fecha persiste la herida en dorso del pie que precisa curas periódicas, sin exudado purulento. También toman muestras para cultivo, que es positivo para difteroides aerobio y estafilococo epidermicis coagulasa negativo.

El 25 de agosto de 2004 consta que es revisada en consulta y se solicita estudio radiológico.



El 20 de septiembre de 2004 el Dr. bbbbb emite un informe con los juicios clínicos de: Secuelas de fractura-luxación MTT-F; Artroplastia de resección de base F1 2º dedo; *hallux valgus* (Keller-Brandes pie dcho.); Alineación metatarsal; Metatarsalgia. Resume los antecedentes de la fractura de F1 de 2º dedo de pie izquierdo, de cuyas secuelas es operada el 14 de diciembre de 2001. Señala que durante la evolución del postoperatorio de la intervención del 23 de marzo de 2004 presenta sospecha de infección de herida quirúrgica con cultivo positivo para estafilococo epidermis coagulasa negativo y difteromorfo aerobio, iniciándose tratamiento antibiótico específico hasta cierre de la herida; que en la actualidad persiste dolor metatarsal fundamentalmente en 4º y 5º radio, caminando la paciente con cojera y bastón. Y aconseja que dadas las dos intervenciones realizadas, considerando agotadas las posibilidades quirúrgicas [en ese centro], sea valorada preferentemente en el Servicio de Cirugía del pie de la Clínica hhhhhh2. Se solicita consulta y es citada el 7 de febrero de 2005 en ese centro, emitiéndose la correspondiente orden de asistencia.

Con fecha 18 de octubre de 2004, el Servicio de Medicina Nuclear del Hospital hhhhhh3 realiza un informe del estudio con Galio 67, indicando que se observa aumento de actividad a nivel aproximado de articulación metatarso-falángica de pie derecho, que se confirma tanto en fase vascular como en imágenes tardías, por lo que puede existir proceso infeccioso en esa focalización.

El 27 de noviembre de 2004 es revisada en consulta por el Dr. bbbbb y se realiza control radiológico.

El 3 de marzo de 2005 el Dr. bbbbb emite un informe resumiendo la evolución. En dicho informe se indica que es intervenida el día 23 de marzo de 2004, cursando el postoperatorio con edema en dorso del pie y dehiscencia de herida con exudado seroso del cual se toma cultivo, y se instaura tratamiento antibiótico específico hasta el cierre de las heridas, descartándose posteriormente mediante Gammagrafía ósea la existencia de infección ósea. Señala que en la actualidad presenta: tumefacción de dorso del pie: Distrofia simpático-refleja; cicatrices dolorosas dorsales, pseudohipertrofias; cicatriz en zona de *hallux valgus* dolorosa; deformidad de dedos 2º, 3º, 4º y 5º dolorosa; disminución de potencia flexora de 1º dedo y de movilidad metatarso-falángica de 1º dedo; disminución de extensión de dedos 2º, 3º, 4º y 5º, con extensión de 2º y 3º dedos casi nulos; metatarsalgia 2º, 3º, 4º y 5º metatarsiano.



Tercero.- La interesada acompaña a su reclamación, junto a determinados documentos que obran en la historia clínica, los siguientes:

- Informe de la clínica traumatológica, de 28 de junio de 2004.
- Informe clínico del Servicio de Traumatología y Ortopedia, de fecha 20 de septiembre de 2004.
- Informe del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital hhhhhh3, fechado el 18 de octubre de 2004.
- Informe Clínico del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, datado el 3 de marzo de 2005.

Cuarto.- Previo requerimiento de la Administración, consta en el expediente el acta de comparecencia en la cual la interesada otorga la representación al letrado actuante.

Quinto.- Al expediente se ha incorporado, además de la historia clínica remitida por el Hospital hhhhh, los informes médicos que se relacionan seguidamente:

- Informe clínico del Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de fecha 5 de mayo de 2005.
- Informe de la Inspección Médica, fechado el 22 de septiembre de 2005.
- Dictamen médico realizado, con fecha 28 de noviembre de 2005, a instancia de la compañía aseguradora.

Sexto.- Mediante escrito de fecha 20 de diciembre de 2005, el Servicio de Inspección comunica a la Gerencia de Salud de Área que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil considera que no procede acceder a la solicitud de indemnización.

Séptimo.- Concedido el trámite de audiencia, la parte reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que reitera su petición inicial y rechaza los informes médicos aportados en la instrucción del procedimiento, por considerar que los mismos no son objetivos ni imparciales.



Octavo.- Con fecha 23 de enero de 2007, el Director General de Desarrollo Sanitario formula propuesta desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

Noveno.- Con fecha 6 de febrero de 2007, la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula la propuesta de orden desestimando la reclamación interpuesta.

Décimo.- El 16 de febrero de 2007, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden desestimatoria por considerarla ajustada a derecho.

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.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, 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.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que la interesada presenta la reclamación (31 de marzo de 2005) hasta que se formula la propuesta de orden (6 de febrero de 2007). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a 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.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos. Asimismo hay que recordar que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 41.1 y 47 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

Por último, constan en el expediente documentos aportados por la reclamante que, sin ser originales, no aparecen debidamente compulsados. Se debería requerir siempre por parte del instructor que todos los documentos se presenten en debida forma, al efecto de acreditar suficientemente los datos que recogen.

De igual forma determinados documentos aportados por la interesada no obran en la historia clínica remitida, cuestión ésta reprochable. No obstante, a la vista de los datos obrantes en el expediente, se procede al análisis de fondo de la cuestión.

3ª.- Concurren en la parte 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.

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, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

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.

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por Dña. xxxxx, representada por D. yyyyyy, por considerar que las secuelas que padece en su pie derecho se derivan de la negligente asistencia sanitaria prestada en el Hospital hhhhh.

La interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.



6ª.- Entrando en el fondo del asunto, ha quedado acreditado que las lesiones sufridas por la reclamante traen causa directa de la intervención quirúrgica a la que ha sido sometida –*hallux valgus*–, siendo considerada como una complicación posible de la misma, tal como afirman los informes médicos obrantes en el expediente.

Ello obliga a analizar si la actuación médica fue adecuada a la *lex artis ad hoc*, y, en caso afirmativo, si la paciente tenía o no la obligación de soportar los daños sufridos.

Según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis ad hoc* (no siendo el daño antijurídico), mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis ad hoc*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

En primer lugar, respecto a las actuaciones médicas practicadas, la Inspección Médica afirma que se tomaron las precauciones necesarias para prevenir las complicaciones propias de la intervención, pese a lo cual se produjeron algunas de ellas. Así, señala en su informe lo siguiente:

“Se tomaron las medidas habituales para prevenir la infección operatoria según Protocolo del Servicio, utilizando antibióticos pre y postoperatorios intravenosos, así como heparina subcutánea y antiinflamatorios para prevenir complicaciones postoperatorias. Se realizaron curas y cultivos, con prescripción de antibioterapia específica para tratar la infección.

»La asistencia prestada a la paciente fue correcta. La causa de las secuelas postoperatorias presentadas son la infección de la herida quirúrgica y la distrofia simpático-refleja, que son riesgos típicos de la intervención realizada y de los que la reclamante fue informada antes de la intervención. Estas complicaciones se trataron de prevenir en lo posible con los tratamientos pre y postoperatorios realizados”.

Por su parte, en el dictamen médico realizado a instancia de la compañía aseguradora se señala que, ante la patología que presentaba la paciente, ésta “fue correctamente estudiada mediante RX y exploración clínica, siendo



diagnosticada de *hallux valgus* + metatarsalgia. Se intentó tratamiento conservador mediante plantillas de descarga retrocapital con escasa mejoría por lo que se le ofreció tratamiento quirúrgico. (...) Se indicó cirugía mediante técnica de Keller-Brandes y realineación metatarsal; dicha indicación no es incorrecta". Se estima asimismo adecuado el control ambulatorio tras la cirugía, citándole para sucesivas curas y realizando estudios de imagen mediante RX y gammagrafía, así como toma de cultivo y tratamiento antibiótico específico. Y concluye que "las secuelas que presenta la paciente son consecuencia de la intervención quirúrgica, pero no pueden achacarse las mismas a una deficiente actuación médica".

En definitiva, las actuaciones sanitarias practicadas por los facultativos fueron adecuadas a la patología que presentaba la paciente.

En segundo lugar, teniendo en cuenta que los daños padecidos son complicaciones de la intervención quirúrgica a la que ha sido sometida la paciente, es preciso analizar si ésta tenía la obligación de soportar el daño, lo que exige analizar el contenido de la información que le ha sido proporcionada.

La obligación de soportar el daño sólo surgirá cuando por parte de los servicios sanitarios se haya proporcionado con carácter previo la información relativa a dicho riesgo. En caso contrario, la lesión ha de calificarse como antijurídica y por tanto indemnizable.

Analizada la documentación obrante en el expediente, cabe afirmar que la paciente fue correctamente informada. Aparece firmado el consentimiento informado –específico para *hallux valgus*– en el que se relacionan las complicaciones que, como consecuencia de la operación, posteriormente ha sufrido la interesada: la tumefacción mantenida (Sudeck) y la infección de herida quirúrgica –tratadas mediante curas y tratamiento antibiótico específico– la pérdida de movilidad y potencia flexora del primer dedo son consecuencias propias de la técnica de Keller-Brandes; el déficit de movilidad, las deformidades de dedos menores y la persistencia de la metatarsalgia son complicaciones infrecuentes aunque posibles tras una técnica exigente como es la realineación metatarsal. Y la presencia de cicatrices dolorosas o hipertróficas apenas es controlable por el cirujano, como señala el dictamen médico.

En conclusión, las actuaciones sanitarias practicadas por los facultativos fueron conformes con la *lex artis ad hoc*, por lo que procede desestimar la



reclamación planteada, sin que, por ello, resulte necesario analizar el importe de los daños reclamados.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx, representada por D. yyyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh.

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