



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 3 de agosto de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. aaaaa y Dña. bbbbb*, 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 17 de noviembre de 2005 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. aaaaa y Dña. bbbbb, representadas por Dña. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. mmmmm*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 22 de noviembre de 2005, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 1039/2005, 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. Quijano González.

Primero.- Con fecha 15 de diciembre de 2002, Dña. aaaaa y Dña. bbbbb, representadas por Dña. yyyyy, presentan una reclamación de indemnización de daños y perjuicios, en el registro de la Gerencia Regional de



Salud de Castilla y León, por responsabilidad patrimonial debido a la deficiente asistencia sanitaria prestada a su madre, Dña. mmmmm, fallecida en el Hospital hhhhh.

Las interesadas exponen en su reclamación que su madre “es intervenida por una rotura de cadera el 6 de diciembre en el Hospital hhhhh, a los dos días de la intervención comienza a tener picos febriles. El tratamiento de la fiebre se limita a antipiréticos y no se indaga en el origen de la misma, por ello no se realizan las pruebas diagnósticas destinadas a esclarecer la etiología de la fiebre como hubiera sido una actuación médica diligente.

»No es típica la aparición de la fiebre tras una intervención quirúrgica, de hecho la fiebre es uno de los síntomas elementales de infección.

»A pesar de continuar durante varios días con picos febriles, se siguen sin adoptar medidas serias para averiguar su procedencia. El 28 de diciembre realizan ecografía y descubren una colección líquida intraabdominal, sin embargo ya es demasiado tarde porque el estado de la enferma está tan deteriorado que no se puede hacer nada, de hecho fallece dos días más tarde.

»En el único informe que posee la familia se afirma que el ecocardiograma y la radiografía eran normales, sin embargo resulta difícil de creer y que una infección de tal calibre se formara en tan poco tiempo.

»Aunque fuera así, y como se afirma en el único documento que poseemos se dice que tras una analítica apareció un «cultivo positivo en la punta del catéter central venoso para enterococo fecales», por tanto aunque la infección no proviniese de la propia intervención si podemos afirmar que es una infección intrahospitalaria y por tanto un hecho imputable a la Administración”.

Acompañan a su escrito una copia del informe médico emitido por el Subdirector del Área Médica del Hospital hhhhh, la escritura de poder para pleitos, el documento nacional de identidad de las dos reclamantes y una copia del libro de familia de sus padres, donde aparecen como hijas.

Segundo.- Al expediente administrativo se ha incorporado la siguiente documentación:



I.- Historia clínica de Dña. mmmmm del Hospital hhhhh: paciente de 72 años que ingresa el 5 de diciembre de 2001 por sufrir una fractura del tercio proximal del fémur derecho. Entre sus antecedentes patológicos se incluye artritis reumatoide corticodependiente muy evolucionada, tratada durante aproximadamente diez años en el hospital, inmunodepresión y enfermedad hematológica de base, entre otros.

II.- Informe del Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital hhhhh, de fecha 4 de marzo de 2003, en el que se señala:

“La intervención quirúrgica transcurrió de forma satisfactoria, obteniéndose osteosíntesis estable que posibilitó movilización inmediata de la enferma y carga parcial en báscula en el postoperatorio inmediato. La profilaxis antibiótica y antitrombótica se complementó con tratamiento farmacológico y media elástica.

»En el segundo día del postoperatorio inmediato la enferma fue sometida a una primera cura realizada personalmente por este cirujano sin hallazgos patológicos. Igualmente presentó diversos picos febriles y alteraciones analíticas que propiciaron interconsulta al Servicio de Medicina Interna que adoptó todas las medidas oportunas. La evolución clínica de la enferma desde el punto de vista traumatológico fue enteramente satisfactoria por lo que ante la complejidad del cuadro clínico de la enferma por sus diversas patologías de base se solicitó Pase de Servicio a Medicina Interna, el cual fue aceptado con fecha 14/12/01 (...).”

III.- Informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital hhhhh, emitido en fecha 13 de marzo de 2003, en el que consta:

“A partir del día 11-12-01 vimos a la paciente a diario conjuntamente con Servicio de Traumatología, y a partir del día 14-12-01 aceptamos pase de Servicio de nuestra especialidad, permaneciendo la paciente ingresada en Servicio de Traumatología.

»La evolución en los días siguientes fue mala, con fiebre alta en agujas irregular, y no a diario, con afectación de estado general, con varias tandas de hemocultivos en esos días siempre negativos. Episodio de disnea intensa con broncoestenosis, e insuficiencia respiratoria que etiquetamos



de probable embolismo pulmonar, y pusimos tratamiento en ese sentido, con mejoría de su función respiratoria. Las radiografías de tórax eran normales. Apareció un cultivo en la punta del catéter de la vía central positivo para enterococo fecalis, en un número de colonias menos 1000 U.F.C., por probable contaminación y que no creo responsable en modo alguno de su cuadro (...)”.

IV.- Informe emitido por la Inspección Médica, de fecha 14 de julio de 2003, en cuyas conclusiones se manifiesta:

“Doña mmmmm era una mujer de edad avanzada, con enfermedades crónicas (artritis reumatoide y síndrome mielodisplásico) y que tomaba corticoides permanentemente. (...) La enferma sufrió una caída y se fracturó la cadera (...). Es intervenida exponiendo previamente a la familia las posibles complicaciones. La familia firma y por tanto consiente la intervención y conoce los riesgos.

»Tras la operación, las otras enfermedades de la paciente se agravan y aparece un síndrome febril del que no llega a conocerse el origen. Esto no es nada nuevo, ya que anteriormente la enferma había estado ingresada por el mismo motivo sin llegar a detectarse la causa.

»Se intenta achacar la etiología del síndrome febril a un enterococcus faecalis, pero no queda demostrado que esta bacteria haya producido infección a la paciente, tan sólo que probablemente colonizaba la punta del catéter. De todos modos se tomaron todas las medidas profilácticas pertinentes y en hemocultivos posteriores no se detectó crecimiento bacteriano alguno, finalmente la paciente fallece por una colección líquida abdominal que intentó solucionarse pero el mal estado de la paciente no lo permitió”.

V.- Informe del especialista de Anestesiología y Reanimación del Hospital hhhhh, de fecha 19 de mayo de 2003, en el que se señala que “en la tarde del día 29/12/01 fui avisada por el Cirujano de Guardia para la valoración en la planta de la paciente mmmmm, quien de acuerdo con las pruebas de imagen realizadas, precisaba intervención urgente (laparotomía) para la evacuación de colección intraabdominal. (...) de acuerdo con el Cirujano de Guardia se decide la suspensión de la intervención quirúrgica. Se informa a la familia de la gravedad de la paciente y se traslada en ventilación mecánica a la Unidad de Reanimación a las 0:45 del día 30/12/01. Se realizó analítica de



ingreso y a los 30 minutos de su ingreso sufre parada cardiaca en asistolia, falleciendo la paciente a pesar de las medidas de reanimación avanzada”.

VI.- Informe de la Unidad de Reanimación del Hospital hhhhh, de fecha 30 de diciembre de 2001, en el que se señala, dentro de los antecedentes personales, que “el postoperatorio se complicó con neumonía nosocomial, hiponatremia severa y síndrome febril. Se realizó TAC abdominal, objetivándose colección intraabdominal, por lo que se indica intervención quirúrgica de urgencia. En la inducción anestésica sufrió parada cardiaca, que respondió a medidas de RCP avanzada y se trasladó a la Unidad de Reanimación sin realizarse la intervención quirúrgica”.

Tercero.- Mediante sendas resoluciones de fecha 3 de febrero de 2004, se concede trámite de audiencia a las reclamantes, notificadas el 12 de febrero; éstas presentan, el 2 de marzo de 2004, un escrito de alegaciones en el que reiteran sus pretensiones.

Cuarto.- Con fecha 15 de junio de 2005, la Dirección General de Desarrollo Sanitario remite a la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León un informe-propuesta de carácter desestimatorio.

Mediante escrito de 10 de octubre de 2005, la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León formula la propuesta de orden, de carácter desestimatorio, por entender que no puede establecerse una relación de causa a efecto entre la actuación de la Administración sanitaria, que ha sido conforme a la *lex artis ad hoc*, y el fallecimiento de la madre de las reclamantes.

Quinto.- El 24 de octubre de 2005 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden indicada.

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 de la Presidenta del Consejo Consultivo de Castilla y León de 29 de noviembre de 2005, se requiere a la Administración para que complete el expediente con un informe complementario de la



Inspección Médica, informe de la compañía aseguradora, así como nuevo trámite de audiencia, suspendiéndose el plazo para la emisión de dictamen. Dicha solicitud es reiterada con fecha 16 de junio de 2006.

Séptimo.- Con fecha 20 de julio de 2006, tiene entrada en el registro del Consejo la documentación requerida. En la misma consta el informe complementario de la Inspección Médica de fecha 17 de enero de 2006, la acreditación del nuevo trámite de audiencia realizado y las alegaciones vertidas durante el mismo, e información sobre la inexistencia de informe médico expedido por la compañía aseguradora de la Administración sanitaria.

Octavo.- Mediante Acuerdo de la Presidenta del Consejo Consultivo de Castilla y León de 27 de julio de 2006, se levanta la suspensión del plazo para la emisión del preceptivo 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.

3ª.- Concurren en las interesadas los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. 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.

No obstante, es preciso destacar negativamente que se ha producido una demora injustificada en la tramitación del presente expediente, puesto que la reclamación fue formulada en diciembre de 2002, el trámite de audiencia fue concedido en febrero de 2004 y la propuesta de orden fue emitida en octubre de 2005. Este retraso 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.

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, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, 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 (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), 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.

Además, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de daños y perjuicios formulada por Dña. aaaaa y Dña. bbbbb, representadas por Dña. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. mmmmm, fallecida.

Las interesadas han 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, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, esto es, antes de transcurrir un año desde la fecha del hecho causante.

6ª.- En cuanto al fondo de la cuestión planteada, estima este Consejo Consultivo, al igual que los órganos que han informado a lo largo del procedimiento, que procede desestimar la reclamación en los términos y por las razones que procedemos a exponer y analizar.



Es necesario destacar, en primer lugar, que, al tratarse de una responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación, como regla general, 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.

En el presente caso, las interesadas alegan en su escrito de reclamación que ha existido una deficiente asistencia sanitaria, al entender que la neumonía nosocomial que se le diagnosticó a su madre fue contraída en el ámbito hospitalario, concretamente durante su estancia en el Hospital hhhhh.

Hay que tener en cuenta que, conforme a la doctrina del Tribunal Supremo, el hecho de que la responsabilidad de la Administración sea objetiva no convierte a la misma en responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple hecho de que ocurran en sus instalaciones.

Así, en Sentencia, entre otras, de fecha 5 de junio de 1998, ha declarado que el "concepto de relación causal se resiste a ser definido apriorísticamente con carácter general, supuesto que cualquier acaecimiento lesivo –y así ocurre en el presente caso– se presenta normalmente no ya como el efecto de una sola causa, sino más bien, como el resultado de un complejo de hechos y condiciones que pueden ser autónomos entre sí o dependientes unos de otros, dotados sin duda, en su individualidad, en mayor o menor medida, de un cierto poder causal. El problema se reduce a fijar entonces qué hecho o condición puede ser considerado como relevante por sí mismo para producir el resultado final. De las soluciones brindadas por la doctrina la teoría de la condición o de la equivalencia de las causas que durante tanto tiempo predominó en el Derecho Penal, según la cual es causa del daño toda circunstancia que de no haber transcurrido hubiera dado lugar a otro resultado, está hoy sensiblemente abandonada. La doctrina administrativista se inclina más por la tesis de la causalidad adecuada, que consiste en determinar si la concurrencia del daño era de esperar en la esfera del curso normal de los acontecimientos, o si, por el contrario, queda fuera de este posible cálculo, de tal forma que sólo en el primer caso el resultado se corresponde con la actuación que lo originó es adecuado a ésta, se encuentra en relación causal con ella y sirve como fundamento del deber de indemnizar. Esta causa adecuada o causa eficiente exige un presupuesto, una *conditio sine qua non*, esto es, un acto o un hecho sin el cual es inconcebible que otro hecho o evento se considere consecuencia o



efecto del primero. Ahora bien, esta condición, por sí sola, no basta para definir la causalidad adecuada. Es necesario además que resulte normalmente idónea para determinar aquel evento o resultado teniendo en consideración todas las circunstancias del caso; esto es, que exista una adecuación objetiva entre acto y evento, lo que se ha llamado la verosimilitud del nexo. Sólo cuando sea así, dicha condición alcanza la categoría de causa adecuada, causa eficiente o causa próxima y verdadera del daño (*in iure non remota causas, sed proxima spectatur*). De esta forma quedan excluidos tanto los actos indiferentes como los inadecuados o inidóneos y los absolutamente extraordinarios determinantes de Fuerza Mayor”.

La cuestión se centra, por tanto, en determinar en primer término si ha existido o no dicha infección nosocomial, así como la etiología de la misma.

Al respecto, ha de tenerse en cuenta que la neumonía nosocomial, según el informe de la Inspección Médica de fecha 17 de enero de 2006, puede ser producida por tres tipos de mecanismos:

- Microaspiración de las vías aéreas de contenido orofaríngeo y/o gástrico colonizado por bacterias.
- Inoculación directa de microorganismos a las vías aéreas a través de aerosoles generalmente originados por la contaminación bacteriana de grupos de terapia respiratoria.
- Infecciones pulmonares causadas por la diseminación hematógena de focos sépticos localizados en otras partes del organismo.

En el caso que nos ocupa el diagnóstico de neumonía se produce el día 26 de diciembre de 2001, momento en el que se detecta en la radiografía de tórax una imagen de posible condensación que borra hemidiafragma derecho y a la auscultación pulmonar se perciben roncus diseminados y algún crepitante en base derecha.

Asimismo, señala la Inspección Médica que la “posible neumonía basal derecha” no llegó a confirmarse como tal durante la estancia hospitalaria de la paciente, y la neumonía también pudo haberse debido, entre otras causas, a un tromboembolismo pulmonar, como señala el doctor dddd en su informe de 13



de marzo de 2003, así como que en ningún momento se afirma categóricamente tal diagnóstico de neumonía nosocomial.

Por tanto, a la luz de los informes médicos obrantes en el expediente, no queda acreditada la existencia de neumonía nosocomial en el presente caso.

Por otra parte, aun en el caso de que se partiera de su existencia, la Inspección Médica informa de que el motivo inmediato del óbito de la paciente fue un cuadro de abdomen agudo producido por una colección intraabdominal, que se intentó operar de urgencia pero que en la inducción anestésica se produjo una parada cardiorrespiratoria, que, si bien inicialmente respondió a maniobras de resucitación pulmonar avanzada, en poco tiempo dio lugar a un desequilibrio hemodinámico con alteración hidroelectrolítica que fue la causa básica de la muerte. Habiendo operado, en su caso, como causa intermedia la neumonía nosocomial.

Por último, de los informes médicos obrantes en el expediente, tal y como pone de manifiesto la Inspección Médica, no ha quedado probado que haya existido infección; en todo caso podríamos hablar de una colonización de la punta del catéter por *enterococcus faecalis*, sin que éste diera muestras de diseminación a lo largo del torrente sanguíneo y, por tanto, causara infección en algún lugar del organismo o en la propia sangre. El *enterococcus faecalis* es un germen comensal habitual presente en el ámbito intra y extrahospitalario, su difusión puede producirse por el personal sanitario, transmisión entre pacientes, fómites, alimentos; si a esto se añade el consumo de corticoides y el estado de inmunodepresión de la paciente no resulta extraño que pudiera colonizarse por cualquier microorganismo. Achcarlo a la limpieza y asepsia de las instalaciones del hospital ya no podría determinarse, al ser un microorganismo que se presenta en multitud de lugares y con el que convivimos constantemente; tampoco podríamos descartar que la paciente fuera portadora del mismo previamente, ya que se trata de un colonizador habitual de orofaringe. Asimismo, se deja constancia de que "en todo caso éste microorganismo no parece haber sido causante de infección si nos atenemos a las cifras que se encontraron en su cultivo ya que no existió una diseminación hematógona".

En consecuencia, hemos de entender que la paciente recibió una asistencia sanitaria correcta, dentro de las posibilidades existentes en una medicina de medios y no de resultados, quedando acreditado que el



tratamiento instaurado y las actuaciones seguidas al respecto eran adecuadas, dado su estado general según la *lex artis ad hoc*.

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. aaaaa y Dña. bbbbb, representadas por Dña. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. mmmmm.

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