



Sr. S. de Vega, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero
Sra. Ares González, Consejera
Sr. Herrera Campo, Consejero y
ponente

Sr. Píriz Urueña, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 1 de diciembre de 2022, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyy*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 578/2022

I ANTECEDENTES DE HECHO

El día 21 de octubre de 2022 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxxx.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 27 de octubre de 2022, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 578/2022, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de este, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por 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. Herrera Campo.

Primero.- El 17 de abril de 2018 Dña. yyyy presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración autonómica, debido a los daños y perjuicios sufridos por la deficiente asistencia sanitaria recibida durante la cesárea que se le realizó el 18 de abril de 2017 en el Complejo Asistencial de xxxx. Afirma que durante el parto contrajo una infección que no fue debidamente tratada y que motivó, tras recibir altas el 21 y 22 de



abril, que tuviera que ser ingresada en la UCI por "sepsis con hipotensión" entre el 24 de abril y el 19 de junio de 2017.

No cuantifica los daños reclamados, y difiere su valoración a un momento posterior, en que anuncia que aportará un informe pericial.

Adjunta copia de informes médicos y documentación clínica.

Segundo.- Obra en el expediente, además de la historia clínica de la paciente, informes del jefe de Servicio de Urgencias y jefe de Servicio de Obstetricia-Ginecología, ambos del Complejo Asistencial de xxxx, de 30 de abril y 17 de mayo de 2018, respectivamente; un informe de la Inspección Médica fechado el 12 de junio de 2019 (si bien en el pie de firma figura 12 de mayo de 2019), en el que se propone desestimar la reclamación; y un dictamen médico pericial realizado por una especialista en Obstetricia y Ginecología a instancia de la compañía aseguradora de la Administración el 21 de agosto de 2019 (en adelante, dictamen pericial), que concluye que la asistencia prestada "no fue acorde a la lex artis ad hoc, únicamente por no poderse asegurar que se realizase la profilaxis antibiótica durante la cesárea".

El 12 de diciembre de 2019 el jefe de Servicio de Inspección y Evaluación de Centros solicita informe complementario del jefe de Servicio de Ginecología del Complejo Asistencial de xxxx, "en el que claramente se pronuncie sobre las siguientes cuestiones:

»1.- Si se administró profilaxis antibiótica a la paciente en la cesárea que se le practicó el día 18 de abril de 2017 a las 05:30 horas en el Complejo Asistencial de xxxx, con aportación de la documentación clínica acreditativa de esta circunstancia.

»2.- En caso de no ser imprescindible la administración de profilaxis antibiótica en la cesárea, o no haber indicación en este caso, aportación del protocolo y/o literatura médica que recoja estos extremos".

El 11 de febrero de 2020 se emite el informe solicitado en el que se señala que "Consultada la historia clínica del paciente no se detalla la administración de antibiótico profiláctico. Sí consta la orden médica de tratamiento profiláctico por rotura prematura de membranas según protocolo habitual". Y se añade que "Consultada bibliografía se puede establecer la recomendación de profilaxis antibiótica en dichas intervenciones, no descritas



en ningún caso como imprescindible. sino que se reconocen los pros y contras de dicho tratamiento”.

El 12 de marzo de 2020 se emite un dictamen pericial de valoración del daño corporal, a instancia de la aseguradora de la Administración, en el que, tras valorar las lesiones temporales y secuelas padecidos, concluye que “la ausencia de profilaxis antibiótica ha supuesto una pérdida de oportunidad de haber evitado la endometritis, y en consecuencia las secuelas derivadas del proceso infeccioso, que se cifra en un 60 %”.

Tercero.- Mediante oficio de 14 de mayo de 2021 se concede trámite de audiencia a la interesada, que el 15 de junio siguiente presenta un escrito en el que cuantifica los daños sufridos en 163.463,22 euros, de acuerdo con un informe médico pericial de 11 de junio de 2021, que aporta.

Cuarto.- El 7 de octubre de 2022 se formula propuesta de orden estimatoria parcial de la reclamación, por la que se reconoce a la interesada una indemnización de 68.351,52 euros, correspondiente al 60 % de los daños y perjuicios valorados por la Administración (113.919,20 euros).

Quinto.- El 14 de octubre de 2022 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden.

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. Corresponde 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 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las



Administraciones Públicas (en adelante, LPAC), con las especialidades que se recogen en relación con los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

No obstante, ha transcurrido un excesivo tiempo desde que se presenta la reclamación (17 de abril de 2018) hasta que se formula la propuesta de orden (7 de octubre de 2022). Esta circunstancia, además de un incumplimiento del plazo máximo de resolución previsto en el artículo 91.3 de la LPAC, constituye 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 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), como los de eficacia, agilidad, 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; y 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 20.1 y 29 de la LPAC.

3ª.- La reclamante está legitimada para interponer la reclamación, de acuerdo con el artículo 4 de la LPAC.

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 interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 67.1 de la LPAC.

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 32 y siguientes de la LRJSP, a la que además se remite el artículo 81 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo y a la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos: a) existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) antijuridicidad 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) 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) 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; y e) ausencia de fuerza mayor. Asimismo, se exige 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*, solo 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 este 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 (recogida, entre otras, por la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo de Valladolid del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 21 de mayo de 2018, que alude a las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, y otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre 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".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte el criterio de la propuesta de orden de estimar parcialmente la reclamación, a la vista del contenido de los informes médicos, en particular, del dictamen pericial emitido a instancia de la aseguradora de la Administración que, por su claridad y contundencia, funda tal conclusión.

Los hechos que dieron lugar a la reclamación son, en síntesis, los siguientes:

- La interesada acudió el 18 de abril de 2017 al Complejo Asistencial de xxxx por rotura prematura de membranas. Se le practicó una cesárea y nació un varón. El 21 de abril se le dio el alta hospitalaria.

- El 22 de abril acudió a Urgencias por presentar fiebre. Con el diagnóstico mastitis puerperal izquierda, se la remitió a su domicilio con



tratamiento con Cloxacilina, Paracetamol, Ibuprofeno; inhibiéndose además la lactancia con Cabergolina.

- El 23 de abril acudió a su domicilio un médico de su Centro de Salud, al referir la reclamante vómitos y diarrea. Se sigue etiquetando de síndrome febril postparto, mastitis y diarrea (de nueva aparición), por lo que al tratamiento ya prescrito se añaden antieméticos y omeprazol.

- El día 24 se la derivó a Urgencias por persistencia de los síntomas. Ingresó en la UCI por shock séptico puerperal, y fue operada de urgencia el 25 de abril. Permaneció en la UCI hasta el 19 de junio. Fue dada de alta en el hospital el 14 de julio de 2017.

Tal y como expone el dictamen pericial, se trata de un "caso de shock séptico postparto, 6 días después de una cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal, sin incidencias intra-ni postoperatorias". Y analiza las dos cuestiones que se plantean en la reclamación: por un lado, la asistencia y el seguimiento realizado antes y después de la cesárea, y por otro lado, la asistencia prestada durante el ingreso posterior en Urgencias. Extremos a cuyo análisis se procede a continuación.

A) En primer lugar, se cuestiona la corrección de la asistencia médica prestada durante el embarazo y la cesárea, dada la aparición de una infección grave en el postparto.

El informe de la Inspección Médica se refiere a la asistencia médica prestada, y afirma que, conforme a los protocolos habituales, la paciente siguió revisiones periódicas desde el inicio de su gestación en el Centro de Salud y en el Servicio de Ginecología y Obstetricia hospitalario. Se controló la evolución del embarazo, y la amenaza de parto prematuro (en la semana 33+4), que precisó de ingreso hospitalario, se resolvió con tratamiento médico. Y, tras ingresar en el Hospital en la semana 40 de gestación por una rotura prematura de membranas, teniendo en cuenta las recomendaciones e indicaciones de la práctica médica y el tiempo de gestación, se indujo el parto, por lo que "En este caso ante una irregular dinámica uterina, y la sospecha de pérdida de bienestar fetal, se practicó cesárea y nació un varón de 3.400 gr y un índice de APGAR 6/8". El informe de la Inspección afirma que "Todos los controles del embarazo e ingresos hospitalarios se ajustaron a las normas y protocolos habituales. La actuación, tras la rotura espontánea de membranas (...), se ajustó a las indicaciones contempladas en los protocolos



obstétricos. La realización de cesárea evitó el sufrimiento fetal y permitió el nacimiento con normalidad”.

La evolución posterior a la cesárea no presentó complicaciones en el Hospital, por lo que se le dio el alta “para pasar a su domicilio bajo el control y supervisión del Servicio de Hospitalización a Domicilio, incluido en la cartera de servicios especializados del Hospital”. La Inspección Médica manifiesta que “En los dos días que permaneció en su domicilio, bajo el seguimiento del Servicio de Hospitalización, recibió la asistencia sanitaria y los controles oportunos. Estos son los que permitieron detectar el signo de alarma que supone la fiebre y por lo que fue enviada al servicio de Urgencias para ser valorada por los profesionales de Ginecología y Obstetricia”.

El informe de Inspección asevera que “En ningún momento se produjo un vacío asistencial, ni falta de control, por lo que la detección de dos complicaciones aparecidas (mastitis y fiebre puerperal, infección derivada en sepsis) se hizo en el menor tiempo posible y en base a la actuación coordinada de los Servicios de Atención primaria y especializada, con la vigilancia especial y específica en el proceso de transición, del Sº de Hospitalización a domicilio.

»La mastitis es una complicación frecuente, de diagnóstico clínico en la que no existe ningún dato analítico específico.

»En las revisiones por Ginecología no existía ningún dato clínico que hiciera sospechar de la infección en la zona quirúrgica.

»Los signos de alerta que pueden alertar de la progresión a sepsis, también fueron objeto de vigilancia. La clínica evolutiva al proceso séptico se desarrolló de forma insidiosa, sin una sintomatología florida como frecuente. La persistencia de la fiebre motivó su reingreso al hospital, y en ese momento, es cuando se detecta analíticamente la presencia de reacción inflamatoria. Estos datos claves no se detectan hasta el momento de inicio de la septicemia”.

El dictamen pericial aportado por la aseguradora de la Administración coincide con el anterior informe al señalar que “No se ha encontrado ninguna incorrección durante el seguimiento de la paciente previo y posterior a la cesárea:



»- El protocolo de prevención de la sepsis neonatal precoz durante el parto no contempla la profilaxis antibiótica hasta pasadas 12h desde la rotura de la bolsa (en este caso el nacimiento se produjo 5h después de dicha rotura).

»- La paciente no presentó fiebre, leucocitosis ni signo alguno de infección durante el ingreso hospitalario.

»- Ante la aparición de fiebre con foco aparentemente mamario (ya que la paciente presentaba únicamente un enrojecimiento de la mama izquierda, sin síntomas en ninguna otra localización), sin alteraciones del estado general, se decidió con buen criterio aplicar antitérmicos, antibióticos y realizar un control estrecho con visitas diarias, con la recomendación de acudir a Urgencias ante la aparición de cambios importantes.

No obstante ello, este dictamen pericial pone el énfasis en la omisión de administración de profilaxis antibiótica. Así, señala que "a pesar de haberse solicitado expresamente para la emisión del presente informe, falta un dato fundamental en la historia clínica, que es la administración de profilaxis antibiótica durante la cesárea. Esto abre dos posibilidades:

»- Que se realizase la profilaxis pero, por error, no se registrase. En este sentido, las hojas de quirófano que se aportan al expediente no contienen un apartado específico para profilaxis antibiótica, por lo que, o bien no se consignó, o bien se hizo en algún otro documento que no se ha adjuntado. Además, habría que tener en cuenta la urgencia con la que se realizó la cesárea, por riesgo de pérdida de bienestar fetal, que podría explicar la omisión de este dato. En cualquier caso, se trataría de un error administrativo, pero no médico, ya que el tratamiento sí se habría proporcionado.

»- Que no se realizase la profilaxis. Si bien es cierto que esta medida obligatoria no previene el 100 %, sino el 60-70 % de las complicaciones infecciosas puerperales, podría guardar una relación causal con la sepsis puerperal desarrollada en los días posteriores".

Como se ha indicado en los antecedentes de hecho, el Servicio de Obstetricia y Ginecología, en el informe complementario solicitado, señala que no se detalla en la historia clínica de la paciente la administración de antibiótico profiláctico, y sí consta la orden médica de tratamiento profiláctico por rotura prematura de membranas según protocolo habitual.



Se trata, por ello, y así lo admite la propuesta de orden, de un aspecto de singular importancia en este caso, ya que, como la Inspección Médica señala en su informe, "La sepsis puerperal es una de las complicaciones más graves que se pueden presentar tras el parto en la que la causa primigenia, existencia de una infección, puede tener diversos orígenes, diferentes localizaciones, distintos focos y por supuesto, distintos patógenos implicados (generalmente polimicrobiana procedente del tracto genitourinario).

»Aunque en las últimas décadas haya disminuido su frecuencia, sigue siendo objeto de vigilancia en la puerpera. Como en cualquier proceso médico, y mucho más en uno quirúrgico, nunca existe el riesgo cero.

»Por otra parte coexisten factores patológicos personales maternos, unos previos y otros surgidos en el desarrollo del embarazo y parto. Todos ellos pueden favorecer la aparición de complicaciones de este tipo, y la evolución a la forma más grave de la misma".

Es por ello, que, el informe de la aseguradora de la Administración de 12 de marzo de 2020 pone de manifiesto, tras el informe complementario solicitado al Servicio de Ginecología y Obstetricia, la relevancia de que no exista anotación en la historia clínica de que se haya administrado antibiótico profiláctico para la intervención, y su incidencia sobre la complicación infecciosa sufrida por la reclamante. Afirma que "Existe relación de causalidad entre la intervención y la no administración de antibiótico para el desarrollo del proceso abdominal, ya que se cumple:

»- Criterio etiológico: es concordante.

»- Criterio cuantitativo o de proporcionalidad: existe relación entre la intensidad del hecho lesivo, y las lesiones del paciente.

»- Criterio de topográfico o de localización: la lesión surge en la zona de la intervención.

»- Criterio cronológico: se cumple.

»- Criterio de continuidad sintomática: coherencia evolutiva de los signos desde sus primeras manifestaciones.



»- Integridad anterior: se cumple por estar previamente asintomática, salvo las lesiones propias derivadas de la cesárea.

Y añade que, "En relación con el efecto de la profilaxis antibiótica sobre la incidencia de infecciones tras intervención cesárea, según un estudio de revisión Cochrane, sobre 95 estudios que evaluaron el efecto de los antibióticos en la prevención de la infección, la profilaxis antibiótica sistemática está recomendada, ya que permite una reducción del riesgo de incidencia de endometritis en un 60-70 % (2), lo que significa que en ausencia del uso de antibióticos el riesgo de incidencia de infección es un 30-40 % más elevado".

Por ello, concluye que "la ausencia de profilaxis antibiótica ha supuesto una pérdida de oportunidad de haber evitado la endometritis, y en consecuencia las secuelas derivadas del proceso infeccioso, que se cifra en un 60 %".

Tal pérdida de oportunidad, admitida y ponderada en los informes médicos de la aseguradora de la Administración, permite concluir de forma indubitada, y así lo hace la propuesta de orden, que existe responsabilidad de la Administración por los daños sufridos por la reclamante.

B) En segundo lugar, se alega tratamiento incorrecto de sus dolencias tras el alta después de la cesárea y posteriormente, cuando acudió en varias ocasiones a Urgencias. Sobre ello, el dictamen pericial afirma lo siguiente:

»- La paciente fue correctamente derivada a Urgencias el primer día de su control domiciliario, por mastitis puerperal y fiebre de 39 °C.

»- Las constantes de la paciente cuando fue atendida en Urgencias se encontraban dentro de la normalidad, salvo la fiebre, ya conocida, y que había disminuido hasta 37,2°, y una leve taquicardia (105 lpm) que podía explicarse tanto por la mastitis incipiente como por la anemia ya conocida de la paciente, mientras que la tensión arterial era rigurosamente normal (119/83 mm Hg).

»- La exploración reveló signos de mastitis izquierda, sin observarse ninguna anomalía en la herida de la cesárea, que presentaba buen aspecto.



»- En estas circunstancias, no era necesario solicitar un hemograma o una PCR, dado el buen estado general de la paciente y lo incipiente del cuadro, y si se hubieran realizado estas pruebas, aunque pudieran haber resultado alteradas, la actitud terapéutica habría sido la misma: tratamiento oral domiciliario y vigilancia sintomática.

»- Por lo tanto, y en contra de lo expuesto en la reclamación, la asistencia en el servicio de Urgencias fue correcta.

»- La paciente continuó bajo el control del servicio de hospitalización domiciliaria en las horas posteriores a la visita a Urgencias. Durante ese tiempo se constató una mejoría del cuadro mamario, pero empeoramiento del estado general y persistencia de la fiebre, a pesar del tratamiento antibiótico y antitérmico, lo cual motivó la segunda derivación a Urgencias. Las condiciones de la paciente en ese momento se habían modificado respecto a lo observado 48 horas antes: (...)

»Se trata, por lo tanto, de un cuadro dinámico, como todo proceso infeccioso, en el que no es posible prever la evolución de antemano ni tiene sentido actuar ante toda infección incipiente de la misma forma que ante una sepsis. A veces, como en este caso, se trata de un cuadro de muy rápida evolución a pesar de instaurarse las medidas adecuadas”.

El dictamen pericial concluye que “Durante su estancia en UCI se le realizan varias intervenciones como consecuencia de la intervención de histerectomía y desarrollando una polineuropatía del enfermo grave de la que se ha recuperado haciendo vida normal”.

En el mismo sentido se pronuncia la Inspección Médica en su informe: “Durante su estancia en la UCI, en la que ingresó con una grave situación de shock, se actuó de forma intensiva para tratar la urgencia que suponía el mismo y, de forma simultánea, se practicaron pruebas analíticas, de imagen y cultivos para buscar el origen de la grave situación. Ante la mala evolución de la paciente y el informe del TAC, el Servicio de Ginecología en consenso con los médicos de la UCI, se decidió laparotomía de Urgencia. La paciente se encontraba consciente y orientada por lo que se le pudo informar y dar su consentimiento. La existencia de absceso de pared abdominal y líquido ascítico amarillento, así como situación del útero, precisó histerectomía total con salpinguectomía. En este caso la indicación no ofrece duda, por lo que la secuela es inevitable. Así mismo, la sección ureteral es una complicación frecuente en este tipo de cirugía que se resolvió en acto quirúrgico posterior.



»La evolución clínica durante el tiempo que permaneció en la UCI fue tórpida y con complicaciones sobrevenidas que fueron solventándose de forma rápida y con todos los medios personales y materiales de forma coordinada. Las complicaciones surgidas en ese tiempo, derivadas de la cirugía o de la propia patología son las descritas en esas situaciones complejas. En la toma de decisiones participaron los médicos de la Unidad, de forma conjunta con otros los especialistas que intervinieron, especialmente de Ginecología y Obstetricia”.

A la vista de lo expuesto en los informes médicos, puede concluirse que la actividad asistencial y la actuación de los facultativos durante el proceso asistencial se ajustó a la *lex artis ad hoc*, salvo en lo relativo a la profilaxis antibiótica, cuya administración no consta en la historia clínica. Por ello, teniendo en cuenta la grave incidencia que en estos casos tiene la ausencia de profilaxis antibiótica y que la materialización de la complicación infecciosa producida tuvo su origen en su falta de administración, la conclusión no puede ser otra que la Administración debe responder por los daños derivados de tal omisión.

6ª.- Respecto al importe de la indemnización, el artículo 34.2 de la LRJSP establece que “La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios y de la Seguridad Social”.

De acuerdo con ello, para la cuantificación de la indemnización se atiende a los baremos indemnizatorios recogidos en el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre (TRLRC), tras la modificación realizada por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, y sus respectivas actualizaciones, utilizados con carácter orientativo y no vinculante, tal y como se ha pronunciado reiteradamente sobre esta cuestión el Tribunal Supremo.



En el presente supuesto, se trata de una paciente de 41 años (en el momento de los hechos) que reclama por daños sufridos en el año 2017, por lo que, como acertadamente señala la propuesta de orden, deben tenerse en cuenta los baremos establecidos para dicho año 2017 (según señala la propuesta, la interesada realiza el cálculo atendiendo a los baremos fijados para el año 2021). Dichos baremos se recogen en la web http://www.dgsfp.mineco.es/es/Regulacion/DocumentosRegulacion/Tablas_indemnizatorias_2017.pdf#search=%22indemnizaciones%20actualizadas%20del%20sistema%20para%20valoraci%C3%B3n%22

Expuesto lo anterior, existe discrepancia en la valoración de algunos daños entre el informe pericial realizado a instancia de la aseguradora de la Administración y el pericial aportado por la reclamante.

A) En cuanto a las lesiones temporales, coinciden ambos informes en la valoración del perjuicio personal muy grave (salvo el error de cálculo que se señala a continuación), grave y moderado (los informes descartan la existencia de perjuicio básico). Así, procedería indemnizar:

a) 57 días por perjuicio personal muy grave (ingreso en UCI): desde 24 de abril, fecha en que la reclamante ingresó en la UCI, hasta el 19 de junio de 2017, en que recibió el alta, ambos incluidos (el informe aportado por la reclamante fija en 57 los días de ingreso, mientras que el informe de la aseguradora de la Administración y la propuesta de orden los cifra, por error, en 56). La valoración por este concepto asciende a 5.714,25 euros (57 días a 100,25 euros/día).

b) 25 días por perjuicio personal grave (hospitalización en planta): desde el 20 de junio hasta el 14 de julio de 2017, fecha en que recibió el alta hospitalaria, ambos incluidos. En este aspecto coinciden ambos informes periciales. La valoración por este concepto asciende a 1.879,50 euros (25 días a 75,18 euros/día).

c) 97 días por perjuicio personal moderado: del 15 de julio al 19 de octubre de 2017, fecha en la que se considera estabilizada la secuela de neuropatía. También existe conformidad entre ambos informes periciales sobre este extremo. La valoración por este concepto asciende a 5.056,61 euros (97 días a 52,13 euros/día).

Coinciden también los informes médico-periciales en la clasificación de las intervenciones quirúrgicas realizadas a la paciente. El



informe pericial de la aseguradora, además, añade el código identificativo de la cirugía (contemplado en el documento "Clasificación terminológica y codificación de actos y técnicas médicas" de la Organización Médica Colegial, que se ha tomado como referencia para la clasificación), así como la horquilla de indemnizaciones aplicables:

- 0814 - Traqueotomía (24 de mayo de 2017). Grupo IV (802,00 - 952,38 euros).

- 1202 - Friedrich de herida quirúrgica abdominal (24 de mayo de 2017), (cobertura de defecto cicatrices incluye extirpación o desbridamiento y cierre directo). Grupo 0 (401,00 euros).

- 1202 - Friedrich de cúpula vaginal (24 de mayo de 2017), (cobertura de defecto cicatrices incluye extirpación o desbridamiento y cierre directo). Grupo 0 (401,00 euros).

- 3211 - Histerectomía doble salpinguectomía (25 de mayo de 2017). Grupo V (952,38 - 1102,75 euros).

- 1175 - Ureterocistostomía unilateral (7 de junio de 2017), (Implante de uréter+doble J). Grupo VI (802,00 - 952,38 euros).

Sin embargo, se advierte que el informe pericial de la aseguradora, tras clasificar, en su página 7, la ureterocistostomía unilateral (código 1175) en el grupo VI (con la misma horquilla prevista para el grupo IV), lo incluye en sus conclusiones en el grupo IV (y le atribuye el código 1174, código que no figura en el documento" de la Organización Médica Colegial antes citado). Sobre la base de las conclusiones, la propuesta de orden clasifica dicha cirugía como grupo IV.

Por ello, al existir una aparente confusión sobre la clasificación de esta última cirugía y, en consecuencia, sobre su valoración, se debe aclarar tal extremo y cifrar la indemnización por tal concepto antes de dictar resolución.

Por otra parte, la propuesta de orden realiza una valoración de cada intervención quirúrgica pero no justifica el criterio adoptado para atribuir, dentro de las horquillas de valoración, la valoración mínima a todas las cirugías. Sin prejuzgar las cantidades propuestas, este Consejo se limita a



advertir de la necesidad de completar la propuesta de orden con la necesaria motivación de las indemnizaciones que se conceden por tales conceptos.

B) En cuanto a las secuelas, los informes periciales coinciden en valorar en un total de 49 puntos las secuelas psicofísicas de la reclamante, por lo que se considera adecuada. La valoración económica de estas secuelas asciende a 98.106,34 euros, según el baremo de 2017.

En cuanto al perjuicio estético, la reclamante valora dicho perjuicio en 21 puntos, ya que, según el informe pericial que aporta, presenta "cicatrices quirúrgicas en abdomen y de traqueotomía, así como estrías llamativas en muslos y costado".

No obstante, el informe de la aseguradora de la Administración admite como perjuicio estético únicamente la "Cicatriz de traqueostomía que corresponde con un perjuicio ligero (1-6 pts)", que valora en 3 puntos. Y descarta valorar como perjuicio la "Cicatriz de Pfannenstiel de cesárea y de histerectomía", al señalar que "la cicatriz sería la misma si no hubiese tenido el absceso, además es una cicatriz que va oculta por la ropa interior". Justificación que este Consejo considera adecuada, a la vista del artículo 102 del TRLRC.

Aunque el informe de la aseguradora nada señala sobre las estrías, que la reclamante considera resarcibles, tampoco el informe pericial que esta aporta atribuye la causa de dichas estrías a la actuación médica, por lo que, ante la ausencia de prueba sobre ello, no cabe calificar aquellas como secuela.

Los 3 puntos por perjuicio estético se valoran en 2.480,21 euros.

C) En cuanto al perjuicio por pérdida de calidad de vida por secuelas, la reclamante solicita también una indemnización por este concepto, con base en el informe pericial que aporta, "por presentar secuelas de más de seis puntos y haber perdido la posibilidad de llevar a cabo actividades específicas que tengan especial trascendencia en su desarrollo personal".

Sin embargo, más allá de esta afirmación genérica, que transcribe parte del contenido del artículo 108.5 del TRLRC, el informe no aporta ninguna justificación que permita apreciar, siquiera indiciariamente, la concurrencia de estas limitaciones.



Por último, tal y como recoge el informe pericial de la aseguradora y la propuesta de orden, al apreciarse una pérdida de oportunidad ponderada en un 60 %, la indemnización a abonar debe ascender al 60 % de la valoración total del daño.

En todo caso, la cuantía indemnizatoria deberá actualizarse a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme prevé el artículo 34.3 de la LRJSP.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución estimatoria parcial, en los términos expuestos en el Dictamen, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxxx.

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