



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero y
Ponente

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 21 de diciembre de 2006, 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 8 de noviembre de 2006 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. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 9 de noviembre de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 1052/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, 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.- En el informe de la Inspección Médica se describe la "secuencia de los hechos" en los siguientes términos:

"La paciente Dña. xxxxx inicia consultas en el Servicio de



Oftalmología del Hospital hhhhh el día 19/2/2002. En esta consulta se recogen antecedentes de hipertensión arterial a tratamiento y de β -talasemia, no refiriendo diabetes ni alergias medicamentosas; la paciente se diagnostica de catarata bilateral más acusada en ojo derecho. El día 29/10/2002 se realiza estudio preoperatorio y el 10/11/2002 la paciente ingresa en el Hospital hhhhh firmando el documento de consentimiento informado para intervención de catarata en el cual se advierte, entre otros, de los riesgos de infección grave o panoftalmia que puede ocasionar la pérdida ocular. En este día se pauta protocolo de catarata (que incluye la administración tópica de Gentamicina al 1% en ojo derecho cada 6 horas iniciada a las 20 horas del día de ingreso), dieta sosa y administración de la medicación antihipertensiva de la paciente. El día 11/11/2002 se interviene a la paciente por la Dra. ddddd con anestesia peribulbar practicándose facoemulsificación e implante de lente intraocular en cámara posterior sin que se produjeran incidencias durante el acto quirúrgico. El día 12/11/2002 se produce el alta hospitalaria con indicación de reposo relativo sin agacharse ni hacer esfuerzos, curas en ojo con Tobradex y Antiedema, así como acudir a revisión de oftalmología a los 8 días.

»La tarde del día 14/11/2002 la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh, según se recoge en hoja de urgencias, remitida por el Dr. ppppp por presentar endoftalmitis post-quirúrgica. En la exploración presenta inyección cilio-conjuntival, intensa reacción inflamatoria en cámara anterior con hipopión, fibrina en unión intracameraral y LIO, disminución de agudeza visual, intenso dolor ocular y pupila perezosa; siendo solicitada placa ocular con la que se descarta cuerpo extraño. La paciente queda ingresada en el Servicio de Oftalmología con el diagnóstico de endoftalmitis postquirúrgica y se inicia protocolo de endoftalmitis post-quirúrgica aplicándose este día inyección intravítrea de Vancomicina 1 mg y Ceftazidima 2 mg en ojo derecho y añadiendo antibióticos por vía tópica Vancomicina reforzada y Gentamicina reforzada cada hora. Al día siguiente se continúa apreciando fibrina en cámara anterior e hipopión, se toman muestras de humor acuoso que se remite a microbiología, que las informa el día 19/11/2002 sin crecimiento de gérmenes, y se aplica tratamiento vía subtenoniana en el que se administra Celestone, Vancomicina y Gentamicina. El día 18/11/2002 se propone a la paciente tratamiento de vitrectomía. Previo curso de hoja de interconsulta a anestesia y firma de documento de consentimiento informado, se realiza la intervención el día 20/11/2002 vía pars plana por la Dra. mmmmm efectuando técnica habitual; apreciando durante la misma importantes condensaciones vítreas,



deseptelización y necrosis retiniana, siendo además administrada Ceftazidima y Vancomicina intravítreo y remitida muestra para microbiología (en los que no se registró crecimiento de hongos). En la evolución posterior se anotan los resultados del cultivo negativo, la exploración del polo anterior continúa sin cambios no presentando hipopión desde el día 18, no se visualiza fondo de ojo, la ecografía no aprecia desprendimientos y no se percibe la luz. El día 25/11/2002 se produce el alta hospitalaria con recomendaciones terapéuticas de tratamiento antibiótico por vía oral con Baycip y tratamiento tópico pautándose revisión a los diez días.

»En la revisión del día 5/12/2002 la paciente continúa refiriendo pérdida de percepción en ojo derecho en el que presenta muchos dolores precisando la noche anterior un Nolotil, siendo informada de la necesidad de realizar una evisceración del ojo. Ingresa de nuevo en el Hospital hhhhh el 19/12/2002 precisando premedicación por estar muy nerviosa y el día 20/12/2002 es intervenida bajo anestesia general realizándose la evisceración sin complicaciones. La evolución posterior es favorable siendo alta hospitalaria el día 21/12/2002. El estudio anatomopatológico del globo ocular extirpado refleja la existencia de estructuras replegadas y desorganizadas que presentan focalmente acúmulo de material granular, entremezclado con leucocitos polimorfonucleares neutrófilos sin que se aprecien granulomas ni otros datos de especificidad, siendo el diagnóstico final el de globo ocular fragmentado y desorganizado con focos de inflamación aguda, resultando las tinciones PAS realizadas negativas para demostración de estructuras micóticas.

»La paciente continúa realizando revisiones en Servicio de Oftalmología siendo la evolución de la evisceración favorable y presentando una agudeza visual en ojo izquierdo de 0,125 pero prefiriendo esperar para intervenirse”.

Segundo.- El 10 de septiembre de 2003 D. yyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxx, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a ésta en el Hospital hhhhh, por considerar que la extirpación del globo ocular derecho vino motivada por una infección, “endofalmitis ocular postquirúrgica”, tras la operación de catarata practicada en dicho hospital, considerando responsable a la Administración autonómica, al ser la responsabilidad de ésta objetiva. Valora los daños en 120.000 euros, cuyo



importe concluye reclamando. Acompaña a la reclamación diversa documentación médica relativa a la asistencia sanitaria prestada a Dña. xxxxx en el Hospital hhhhh y fotocopia compulsada del poder notarial acreditativo de la representación en que interviene D. yyyyy.

Tercero.- En el expediente constan, además de la historia clínica de Dña. xxxxx, diversos informes de unidades médicas y profesionales:

- Informe de la Dra. ddddd, médico adjunto, del Servicio de Oftalmología del Hospital hhhhh, de fecha 25 de septiembre de 2003.

- Informe del Dr. ccccc, Jefe de la Sección de Medicina Preventiva del Hospital hhhhh, de fecha 14 de octubre de 2003.

- Informe de 25 de marzo de 2004 de la Inspección Médica, emitido por D. iiiii.

- Informe pericial realizado a instancia de la empresa aseguradora sssss por la Dra. ggggg, especialista en oftalmología, de fecha 22 de junio de 2004.

Cuarto.- Consta en el expediente el parte de reclamación del seguro de responsabilidad civil, así como un escrito dirigido a la Gerencia de Salud del Área de xxxxx en el que se comunica que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil estudió la reclamación sobre indemnización de daños, determinando finalmente rehusarla.

Quinto.- El 6 de agosto de 2004 se concede el trámite de audiencia a la parte reclamante (notificado el 10 de septiembre de 2004), de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, a efectos de que formule las alegaciones y presente los documentos que estime oportunos.

El 17 de septiembre de 2004 la parte reclamante presenta un escrito en el que manifiesta haber interpuesto ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Sede en



Valladolid, recurso contencioso-administrativo contra la desestimación por silencio administrativo de la reclamación interpuesta.

Sexto.- El 11 de febrero de 2005 se recibe una comunicación del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, advirtiendo de la interposición de un recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de la interesada y requiriendo la remisión del expediente, la cual se efectúa el 15 de febrero de 2005.

Séptimo.- Con fecha 26 de septiembre de 2006, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de resolución del expediente, formulada en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

Octavo.- El 13 de octubre de 2006 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución indicada.

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.

3ª.- Concurren en la parte reclamante 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.

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, nexos causales que implican 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.- La parte 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, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. En efecto, consta que lo hizo el 10 de noviembre de 2003, dentro, pues, del plazo indicado en dicho precepto, toda vez que la última intervención, evisceración, tiene lugar el 20 de diciembre de 2002.

6ª.- Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte el criterio de la propuesta de resolución de 26 de septiembre de 2006, del Director General de Administración e Infraestructuras, reflejado en sus fundamentos de derecho, que conduce a desestimar la reclamación presentada.

Este Consejo considera que la propuesta ha hecho una acertada aplicación al caso de la teoría de la *lex artis*, que desde hace años constituye un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 y 3623/2003).

Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, Sentencia de



26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están 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* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, 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* (no siendo el daño antijurídico), 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.

La doctrina expuesta, aplicada al caso que nos ocupa, conduce a la desestimación de la solicitud de la interesada.

Así, ha de señalarse que si bien la parte reclamante se limita a invocar la responsabilidad objetiva de la Administración sanitaria, sin cuestionar la sujeción o no de ésta a la *lex artis*, este Consejo considera probado que las actuaciones del personal sanitario que atendió al paciente fueron correctas, sujetándose en todo momento a las reglas de la *lex artis ad hoc*.

La conclusión anterior se basa en el examen de la documentación obrante en el expediente, particularmente de los diferentes informes médicos, de entre los que interesa destacar las consideraciones que a continuación se señalan respecto de los siguientes aspectos:

a) El contagio de la infección padecido por la paciente en el ojo derecho tras la intervención de catarata que le es practicada el día 11 de noviembre de 2002 en el Hospital hhhhh:

- En el informe de la Inspección Médica:



“El riesgo de infección intraocular es un riesgo conocido de la cirugía de catarata con una frecuencia de aparición baja (en el documento de consentimiento informado se indica que junto con la hemorragia expulsiva ocurren en menos del 1% de las intervenciones pudiendo ocasionar la pérdida ocular) pero habitualmente de consecuencias catastróficas para la visión del ojo afecto. Este riesgo le había sido advertido al paciente mediante el documento de consentimiento informado específico para la cirugía de catarata que obra en la historia clínica.

»(...).

»El germen responsable de esta endoftalmitis no pudo ser aislado en los cultivos de humor acuoso realizados pero dada la forma clínica de la endoftalmitis sufrida, de acuerdo a los múltiples estudios publicados en esta materia, el germen más probable sería un Staphylococcus, gérmenes que pueden ser aislados en la propia flora periorbitaria de los pacientes. Quedando descartados los hongos, como agentes causantes de la infección, dadas sus características clínicas y los resultados negativos para los mismos en el estudio anatomopatológico de la evisceración.

»La contaminación del interior del ojo durante la cirugía de cataratas se produjo a pesar de adoptarse todas las medidas necesarias tendientes a reducir el número de gérmenes de la flora conjuntival y periorbitaria de la paciente: desinfección con povidona yodada del campo quirúrgico y aplicación de quimiorrofilaxis antibiótica perioperatoria mediante gentamicina local. Sin que se produjesen contratiempos en el acto quirúrgico que pudiesen asociarse al paso de la simple contaminación a endoftalmitis y sin que tampoco la paciente presentase, a priori, factores personales conocidos que pudiesen suponer una mayor susceptibilidad a la infección”.

- Y en el informe de la doctora ggggg:

“En este caso, el acto quirúrgico se desarrolló de manera satisfactoria y sin complicaciones. Sin embargo, tres días después de la intervención, la paciente acude a urgencias con síntomas derivados de la presencia de una endoftalmitis postquirúrgica.

»(...).



»Las medidas de profilaxis para disminuir el riesgo de infección deben estar orientadas en disminuir la carga bacteriana de la superficie ocular. Hasta la fecha no existe ningún tratamiento que esterilice por completo la superficie ocular y que pueda garantizar la ausencia de contaminación. Si bien se puede conseguir una disminución del número de gérmenes, la esterilización completa no se ha conseguido. (...).

»De lo anteriormente expuesto se deduce que se adoptaron las medidas posibles para disminuir el riesgo de infección”.

b) Diagnóstico y tratamiento de la endoftalmitis:

- En el informe de la Inspección Médica:

“La endoftalmitis tiene un pronóstico visual malo en un 60% de los casos a pesar del tratamiento, con un amplio abanico de secuelas como son: desprendimientos de retina, membranas retinianas, edema macular etc.; pudiendo, incluso, llegando a poder hacerse necesaria la enucleación del globo ocular. En el tratamiento de esta patología es fundamental su diagnóstico precoz y el inicio del tratamiento antibiótico de forma inmediata. (...) Este tratamiento se completa con la vitrectomía....

»(...).

»La endoftalmitis padecida fue diagnosticada y tratada por el Servicio de Oftalmología del Hospital hhhhh de forma precoz. Tratamiento que incluyó tanto al administración de antibiototerapia vía intravítreo como vitrectomía pars plana. A pesar de dicho tratamiento, no se consigue curar la infección haciendo preciso la evisceración del globo ocular derecho para su control”.

- Y en el informe de la doctora ggggg:

“El diagnóstico de endoftalmitis se realizó en el momento en que acudió al servicio de urgencias. De inmediato se procedió a su ingreso y se puso en marcha el protocolo para estos casos con la toma de muestras y pauta de tratamiento. A pesar de que el tratamiento administrado



fue el adecuado, la respuesta no fue la deseada y la rápida evolución del cuadro hizo necesario realizar una vitrectomía.

»(...).

»El diagnóstico se hizo de forma precoz y el tratamiento aplicado fue adecuado.

»Como consecuencia de la mala evolución de la endoftalmitis se produjo la pérdida de visión del OD y fue necesario realizar su evisceración.

»La paciente conocía los riesgos y posibles consecuencias que podían derivarse de la intervención ya que figuran descritas en el consentimiento informado firmado por él previo a la cirugía”.

Dichos juicios, que tienen la garantía de haber sido emitidos por profesionales médicos, especialmente el realizado en el ejercicio de la Inspección Médica que, aunque encuadrada en el aparato administrativo del SACyL, actúa con independencia y objetividad, permiten concluir que en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante se observó en todo momento la *lex artis ad hoc* por los servicios médicos del Hospital hhhhh.

Respetada, pues, la *lex artis* en la asistencia prestada al reclamante, el daño sufrido no tiene carácter antijurídico, conforme a todo lo expuesto más arriba, no resultando aquél imputable a la Administración sanitaria en sede de responsabilidad patrimonial.

Esta conclusión, en consecuencia, conduce directamente a desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

7ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la parte interesada ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la resolución presunta por silencio administrativo, denegatoria de su reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

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. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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