



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 Ciudad Rodrigo (Salamanca) el día 30 de noviembre de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. 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 D. xxxxx, representado 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 1064/2006, 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.- D. xxxxx, paciente de 22 años de edad, acude el 8 de septiembre de 1996 al P.A.C. de xxxxx a las 5h00. En el informe de Atención Urgente consta como motivo de consulta: intoxicación etílica grave, fractura luxación rodilla izquierda, heridas en nariz y frente. Con impresión diagnóstica de luxación y posible fractura rodilla izquierda, intoxicación etílica grave y herida incisa en nariz y erosiones, se le realiza tratamiento de urgencia y se le



deriva en ambulancia al Hospital hhhhh, en cuyo Servicio de Urgencias es recibido a las 6h26.

En la Historia Clínica de urgencias del hospital hhhhh consta: traumatismo en nariz y rodilla izquierda tras la caída de un escenario. Intoxicación etílica aguda. Se le realizan la exploración y pruebas pertinentes, presentando:

- Intoxicación etílica aguda.
- Heridas en nariz y frente.
- Extremidad izquierda: en rodilla deformidad, pérdida de la congruencia articular (fémur, rótula, tibia).
- Exploración vasculo-nerviosa: hematoma en hueso poplíteo con equimosis. Incapacidad movilización de la rodilla y anestesia distal de pié (en calcetín); sensibilidad dolorosa conservada desde maleolo aproximadamente hacia proximal. Paresia completa musculatura intrínseca y extrínseca de pié. Los dedos conservan coloración con retorno venoso lento pero existente.

En RX se detecta:

- Huesos propios: no lesiones óseas.
- Rodilla izda: fractura polar superior de rótula, luxación anterior femoro-tibial.
- Tórax: no alteraciones de interés.

Con juicio clínico de luxación anterior femoro-tibial más compromiso vasculonervioso de rodilla izquierda y fractura polar superior de rótula, se procede por el traumatólogo de guardia a la reducción de la luxación e inmovilización con férula de yeso. La reducción se realizó sin anestesia dada la urgencia causada por el estado deficitario vasculo-nervioso de la extremidad, así como por el etilismo agudo que presentaba.

Ingresado en Traumatología, se le pauta medicación, mantener vía, profilaxis antitetánica, vigilancia de coloración de los dedos, control de constantes, hielo local... A las 10 horas se constata buena coloración de dedos



con retorno venoso +, continuando disminuida sensibilidad en pulpejos de dedos y disminuida la fuerza en dedos.

Posteriormente empieza con un cuadro de compromiso vascular. Se valoró con el cirujano, realizándose Doppler, no apreciándose vascularización pedia ni tibial, por lo que se deriva a Cirugía Vascular de Hospital xxxx a las 12h35 del 8 de septiembre.

A su llegada al Hospital xxxx de xxxx es atendido en el Servicio de Urgencias por el médico residente de guardia del Servicio de Cirugía Vascular, quien diagnostica una isquemia de extremidad inferior izquierda y avisa al Cirujano Vascular de guardia. El paciente presenta una trombosis arterial poplítea, trombosis venosa profunda postraumática y parálisis motora de la extremidad por elongación del nervio ciático de extremidad inferior izquierda (EII), secundaria a luxación anterior de rodilla.

Solicitada analítica, ECG y una arteriografía, a las 17,00 horas pasa a quirófano. Se le realiza un By-pass fémoro poplíteo con vena safena interna invertida de extremidad inferior derecha. Tras la intervención, de cuatro horas de duración, se le prescribió tratamiento antibiótico.

Durante el postoperatorio, los días 9 y 10 de septiembre, se produce una pérdida importante de sangre, precisando transfusión de varias unidades de concentrado de hematíes. Se envía la punta de drenaje para análisis microbiológico, cuyo resultado fue la presencia de estafilococo epidérmidis.

El 10 de septiembre de 1996 es visto además en el Servicio de Neurología. Se solicita TAC craneal y ECO abdominal, que son normales.

El 12 de septiembre persiste el edema, se le amplían las heridas de fasciotomías anterior y posterior para evitar el aumento excesivo de la presión en las celdas musculares de la pierna. Presenta un cuadro febril de 37.4° C. El by-pass, según el informe del cirujano vascular, funciona con normalidad.

El 13 de septiembre de 1996 persiste el cuadro febril, el dolor intenso a la palpación de masas musculares gemelares con necrosis parcelar de estos músculos. Se solicita de forma urgente tinción de GRAM del exudado, que indica la presencia de gérmenes esporulados de distintos tamaños. Se añade al tratamiento antibiótico penicilina y clindamicina, y se traslada al paciente de



forma urgente al Hospital qqqqq de xxxxx para su tratamiento en la cámara hiperbárica.

En el momento de su ingreso en este centro hospitalario, el paciente presenta edema y celulitis importante en extremidad inferior izquierda, aislándose mediante tinción de GRAM bacilos gram negativos múltiples, por lo que se inició un nuevo tratamiento. El 18 de septiembre se reciben cultivos positivos para pseudomonas aeruginosa sensible al tratamiento instaurado, Enterococcus faecium y Acinobacter anitratus, por lo que se añade Teicoplanina.

Recibe 10 sesiones de cámara hiperbárica y el 23 de septiembre se le realiza limpieza quirúrgica, aislándose en los nuevos cultivos Enterobacter cloacae, Pseudomonas aeruginosas y Enterococo faecalis, cambiándose el tratamiento.

En los cultivos del 7 de octubre de 1996 se aísla únicamente Pseudomonas aeruginosas resistentes a la Ciprofloxacina, por lo que se añade Trobamicina y Metronidazol.

El 14 de octubre de 1996 se le traslada al Hospital wwwww de xxxxx, donde, desde el día de su ingreso, es sometido a curas de las extremidades y cultivos de la zona, reajustándose el tratamiento antibiótico oportuno.

El 2 de febrero de 2000 reingresa para una intervención programada de artrodesis de tobillo, más alargamiento del tendón de Aquiles (pié equino izdo. secundario a síndrome compartimental). El 3 de marzo se le realiza artrodesis de tobillo osteosintetizada con placa y tornillos, alargamiento tendinoso de Aquiles, tibial posterior y flexor del primer dedo. La evolución es favorable y es dado de alta el 11 de febrero, con indicación de revisión en consulta externa.

El 16 de noviembre de 2000 ingresa de nuevo para la retirada de material de osteosíntesis de peroné por presentar fístula a ese nivel. En los hallazgos operatorios consta: "artrodesis de tobillo izdo. consolidada, con signos de osteolitis alrededor de los tornillos. Fístula cutánea a la altura del tercio medio de placa. La evolución es buena, se aísla proteus mirabilis". Se le pauta el tratamiento adecuado y se le da de alta hospitalaria el 5 de diciembre de 2000, con indicación de revisión en consulta externa.

Realizadas las revisiones pautadas en el 2001, se observa una buena evolución en el proceso.



Segundo.- Previos escritos en los que se pone en conocimiento de la Administración la intención de reclamar (el primero de ellos registrado de entrada el 16 de febrero de 2001, folio número 330 del expediente), el 7 de abril de 2003 D. yyyyy, en nombre y representación de D. xxxxx, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial por importe de 521.725'27 euros al considerar que en la asistencia sanitaria prestada su representado sufrió "la tardanza del servicio médico y cuando finalmente lo atienden, lo hacen inadecuadamente dejando la pierna en peor estado, ya que se producen una serie de daños musculares, vasculares y nerviosos que con una adecuada atención eran evitables, debido a estos daños producidos por una reducción de una luxación sin anestesia y muy traumática, al joven le realizan una intervención quirúrgica que se caracteriza por su tardanza desde el diagnóstico hasta la intervención y porque en ella adquirió unos virus que sólo se encuentran en el medio hospitalario y que son muy virulentos. Concluyendo, xxxxx con tan sólo 23 años de edad, sufre una lesión que tratada adecuadamente no produce ninguna secuela, ni tampoco las intervenciones derivadas de la desastrosa manipulación inicial de la rodilla (...)". Aporta, además del correspondiente apoderamiento, un informe de valoración de los daños elaborado por el Dr. jjjjj.

Tercero.- Mediante escrito notificado el 16 de junio de 2003 se pone en conocimiento del interesado los extremos a los que se refiere el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Cuarto.- Se incorporan al expediente, además de la historia clínica de los Hospitales hhhhh y xxxx correspondiente al reclamante, los siguientes informes:

- El emitido el 27 de junio de 2003 por el Dr. mmmmm, Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh.

- El del Dr. fffff, Jefe del Servicio de Traumatología del citado centro hospitalario hhhhh, de fecha 30 de junio de 2003.

- El del Dr. bbbbb, de 1 de julio de 2003, del mismo Servicio de Traumatología.

- El del Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar del Hospital xxxx de xxxx, de fecha 29 de diciembre de 2003.



- El de la Inspección Médica de xxxx, de fecha 26 de enero de 2006, en el que se concluye que "la actuación sanitaria ha sido correcta", así como que "no ha existido una defectuosa asistencia por parte de los servicios sanitarios del Hospital xxxx de xxxx".

- El de fecha 11 de febrero de 2004 de la Inspección Médica de xxxxx, en el que se pone de manifiesto que "la atención sanitaria prestada a D. xxxxx tanto en el P.A.C. como en cada uno de los Hospitales del Sistema Público de Salud en que fue atendido fue la adecuada. Asistencia sanitaria que se prestó sin demora, a la vista de la documentación anterior".

Quinto.- Con fecha 11 de noviembre de 2005, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León admite el recurso planteado por el interesado contra la desestimación presunta de la reclamación por responsabilidad patrimonial, notificándolo a la Consejería de Sanidad, a la que solicita una copia del expediente.

Sexto.- Notificado al interesado el correspondiente trámite de audiencia, 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 y justificaciones que estimen oportunos, éste tiene vista del expediente mediante comparecencia personal el 17 de enero de 2006, sin que hasta la fecha conste que haya realizado alegación alguna.

Séptimo.- El 28 de junio de 2006 la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula propuesta desestimatoria de la reclamación planteada.

Octavo.- El 3 de octubre de 2006 se formula la propuesta del Orden de la Consejería de Sanidad por la que se desestima la reclamación presentada.

Noveno.- El 10 de octubre de 2006 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta 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 el 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.

No es ajeno este Consejo a la polémica que puede suscitar el caso analizado en relación con la atribución de la competencia para resolver el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haberse iniciado antes de la fecha de efectividad del traspaso de competencias a la Comunidad de Castilla y León –1 de enero de 2002, conforme a la letra k) del Acuerdo de traspaso aprobado por el Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre–.

La competencia de la Administración autonómica para resolver el expediente de referencia se fundamenta en recientes sentencias del Tribunal Supremo (entre ellas, las de 16 de febrero de 2004, 8 de marzo de 2004 y 29 de marzo de 2004), que vienen a sentar un criterio distinto al que mantuvo ese Alto Tribunal, entre otras, en su sentencia de 9 de julio de 2003, y en consecuencia el criterio también mantenido por este Consejo Consultivo en su dictamen 55/2003, de 22 de enero de 2004, ya que estos últimos sentaban la doctrina de que los servicios de salud de las Comunidades Autónomas no asumían las deudas derivadas de supuestos de responsabilidad patrimonial



reclamadas antes del 30 de junio de 2001, incluso cuando la demanda contra la entidad gestora se interponga en el año 2002, puesto que el órgano competente para conocer de la reclamación *"es aquél que dio lugar a que se interpusiera la demanda"*. Aplicada esta conclusión a expedientes de responsabilidad patrimonial sanitaria iniciados antes de 30 de junio de 2001, resultaba que era la Administración del Estado (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Ministerio de Sanidad) la competente para resolver.

La reciente jurisprudencia citada considera, sin embargo, que "ha de entenderse que la actuación administrativa en los supuestos de falta de resolución expresa, una vez producido el traspaso a la Comunidad Autónoma de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud –INSALUD–, ha de atribuirse a esta Administración, por lo que, a su vez, la competencia para conocer de los procesos que se susciten en dichos supuestos debe atribuirse a la correspondiente Sala de lo Contencioso – Administrativo de los Tribunales Superiores de Justicia."

En cualquier caso, este Consejo entiende que habiéndose efectuado la tramitación del procedimiento por la Administración Autonómica y habiendo formulado ésta la propuesta de resolución, en el estado actual de la cuestión competencial, cabe la resolución por el Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León (en igual sentido se ha manifestado este Órgano Consultivo en los Dictámenes 66/2003, de 22 de enero de 2004, ó 384/2006, de 11 de mayo de 2006).

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 3.583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002), 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 supuesto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.



El interesado 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, aunque la fecha del alta hospitalaria tras la última intervención practicada el 17 de noviembre de 2000 se produjo el 5 de diciembre de ese mismo año, el interesado ha presentado ante la Administración sanitaria diferentes escritos manifestando su intención de reclamar los daños y perjuicios causados, el primero de ellos registrado de entrada el 16 de febrero de 2001 (folio número 330 del expediente), por lo que ha de considerarse que fue presentado dentro del plazo legal para reclamar.

6ª.- En cuanto al fondo del asunto que se dirime en el presente expediente, a la vista de éste y otros casos similares, resulta necesario fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad administrativa a la que se imputa el daño. Este criterio básico o *lex artis ad hoc* se basa en que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Así lo ha manifestado el Tribunal Supremo al señalar que al implicar la asistencia sanitaria la existencia de una obligación de medios, no de resultados (Sentencias del Tribunal Supremo de 9 de diciembre de 1998 y 11 de mayo de 1999), en ocasiones la jurisprudencia (Sentencia sala 3ª del Tribunal Supremo de 10 de febrero de 1998) ha hecho depender la obligación de indemnizar de la vulneración o no de la *"lex artis ad hoc"*. En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de diciembre de 2001 razona que cuando del servicio sanitario o médico se trata el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a las propias dolencias del paciente.

La anterior tendencia objetivadora no puede, sin embargo, hacernos olvidar que cuando nos encontramos en presencia de una actividad



administrativa como la que nos ocupa, esto es, una prestación pública en el ámbito sanitario, una traducción mecánica del principio de objetividad en la construcción del instituto resarcitorio puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia sino incluso a la propia y concreta función del instituto indemnizatorio. De hecho, la jurisprudencia ha repetido incansablemente que este instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (Sentencias de 7 de febrero de 1998, 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002).

Puede fácilmente entenderse que la naturaleza de la actividad administrativa que nos ocupa en la que convergen la acción de la propia Administración pero también el estado físico del usuario del servicio y en el mismo el curso natural de procesos que la ciencia o la técnica, en el momento actual de los conocimientos, no puede evitar o minorar con la producción final de un resultado que se nos presenta como inevitable o imprevisible. La exigencia de una responsabilidad patrimonial a la Administración en estos supuestos parece una deducción que olvida que, en el ámbito de la acción prestacional sanitaria, la obligación no puede concebirse como una obligación de resultado, la sanación completa del individuo, sino de medios. No pudiendo ampararse esa construcción tampoco en los derechos reconocidos en los artículos 41 y 43 de nuestra norma suprema, pues en esta se consagra un derecho a la protección de la salud, no un derecho a la salud, éste último de imposible garantía. Una construcción objetiva que anude la responsabilidad atendiendo a la identificación de una actuación, actividad o inactividad, administrativa en el orden causal fáctico del resultado no parece compatible así ahora con la nueva redacción, por Ley 4/1999, del artículo 141 de la Ley 30/1992 (...) responde, como ya ha señalado el Tribunal Supremo (así, véase la Sentencia de 31 de mayo de 1999) a una interpretación también acogida en nuestra doctrina.

Una lectura distinta del sistema de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas convertiría al mismo en una suerte de aseguramiento universal no ya de todos los riesgos sociales, tesis expresamente rechazada por nuestra jurisprudencia, sino incluso del actuar irreversible de procesos naturales inevitables.

Por ello, de acuerdo con la línea jurisprudencial consolidada por el Tribunal Supremo y acuñada por la doctrina del Consejo de Estado, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente



la existencia de una lesión, que supondría llevar la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis ad hoc* respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado.

7ª.- En el asunto sometido a consulta será necesario determinar si la asistencia sanitaria prestada al reclamante por los Hospitales hhhhh y xxxx fue o no ajustada a la *lex artis ad hoc*, debiendo ponderarse para ello si las actuaciones llevadas a cabo en los mismos fueron o no las adecuadas.

El reclamante alude en sus sucesivos escritos a varios elementos constitutivos, a su juicio, de la mala asistencia sanitaria recibida: el retraso en la asistencia prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx, la falta de empleo de anestesia en la reducción de la luxación que le fue practicada en el mismo centro hospitalario, el retraso en la práctica de la intervención quirúrgica a la que fue sometido en el Hospital xxxx de xxxx, así como la responsabilidad de la administración sanitaria en las infecciones sufridas con posterioridad a esta intervención.

Respecto al primero de los motivos expuestos (el retraso en la asistencia prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx), es preciso poner de manifiesto que el informe de la Inspección Médica de xxxxx (folios número 348 y siguientes del expediente) se señala que "se puede deducir que no existió demora en diagnóstico y tratamiento en ningún momento. Acudió a las 5 al PAC de xxxxx (caída a las 4). Llegó a las 6,25 a Urgencias, donde se realizó, tras las exploraciones y pruebas complementarias pertinentes, reducción de la luxación. A las 8,30 (según se refiere en la reclamación) ya estaba en planta (lo que supone que ya se le había realizado la reducción e inmovilización con férula de yeso). A las 10 horas se constata recuperación de flujo vascular, y a las 12,30 horas, tras las pruebas oportunas se remite a Cirugía Vasculor de xxxx".

En cuanto a la falta de anestesia para practicar la reducción de la luxación de rodilla que se le realizó en el Hospital hhhhh, el mismo informe señala que "la actitud terapéutica en la luxación de rodilla con compromiso



vasculo-nervioso severo es la reducción inmediata. La reducción se realizó en el Servicio de Urgencias. Dado que el paciente presentaba una intoxicación etílica aguda se realizó sin anestesia, y tal y como consta en el informe de traumatología «dado el estado de relajación por etilismo agudo, permitió la reducción con simple tracción sobre la extremidad en el único intento de reducción que se realizó».

Como se sigue exponiendo, “la intoxicación etílica es una contraindicación absoluta para anestesia, por «estómago lleno». Si se realiza anestesia, al producir la relajación muscular se produce vómito/aspiración endopulmonar produciéndose quemaduras pulmonares (alveolo) que dan lugar al Síndrome de Mendelson. Proceso muy grave, como consecuencia del ph ácido del estómago, que deriva en alveolitis química, que se acompaña de sobreinfección bacteriana. Es contraindicación así mismo para raquianestesia, ya que ante cualquier complicación de ésta (parada cardiaca, bloqueo epidural completo, hipotensión...) se necesitaría intubar al paciente teniendo las consecuencias referidas.”

Se concluye que “en una luxación de rodilla con un estado deficitario vásculo nervioso la reducción urgente es la actitud terapéutica a seguir, con anestesia o sin ella. Más en este caso que la intoxicación etílica no permitía realizarla”.

En cuanto a las alegaciones realizadas por el reclamante sobre la asistencia sanitaria prestada por el Hospital xxxx de xxxx, relativas a la tardanza en practicar la intervención y al agravamiento de su situación como consecuencia de la adquisición de gérmenes hospitalarios durante el proceso, el informe de la Inspección Médica de xxxx (folios número 843 y siguientes del expediente) expone lo siguiente:

“El tiempo transcurrido desde su llegada al Hospital xxxx de xxxx y la intervención quirúrgica no fue exagerado (...) El paciente presentaba una trombosis arterial poplítea, trombosis venosa profunda postraumática y parálisis motora de la extremidad por elongación del nervio ciático de Extremidad Inferior Izquierda (EII), secundaria a luxación anterior de rodilla. Fue necesaria antes de la intervención quirúrgica la realización de pruebas diagnósticas, realizando, como así figura en la historia clínica, una arteriografía previa a la intervención, así como las exploraciones y pruebas complementarias habituales”. Esta opinión también es sostenida por la Inspección Médica de



xxxxx, que señala que “no existió demora en la atención sanitaria, el tiempo transcurrido hasta la intervención fue el necesario para realizar las exploraciones y pruebas complementarias pertinentes (incluida arteriografía) previas a la intervención”.

En cuanto a la adquisición de gérmenes exclusivamente hospitalarios, la Inspección Médica de xxxx sostiene que “existió una adecuada protección antibiótica siguiendo los protocolos vigentes (...) ante el informe microbiológico en el que figura la presencia de bacilos esporulados a nivel de partes blandas, se instaura tratamiento antibiótico específico, trasladando al paciente de forma urgente al Hospital qqqqq de xxxxx para recibir tratamiento de oxigenoterapia en cámara hiperbárica, por no existir ésta en el Hospital xxxxx de xxxx.

» (...) al producirse una herida abierta en un medio potencialmente contaminado (plaza de un pueblo con polvo) y con la circunstancia añadida de compromiso vascular con isquemia y necrosis tisular, es asumible atribuir la infección por gérmenes esporulados o que ésta se ocasionara como consecuencia de la lesión traumática abierta”.

A la vista de lo expuesto, podemos concluir que, según los informes que figuran en el expediente y la historia clínica del paciente, la asistencia médica prestada a D. xxxxx fue en todo momento la correcta y adecuada a la *lex artis*, sin que el reclamante, sobre el que recae la carga de la prueba de acuerdo con los viejos aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori* y con el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aporte pruebas que sustenten sus pretensiones.

8ª.- 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.

Por último, nos vemos igualmente en la obligación de señalar que la tardanza en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial –no justificada, puesto que hemos de recordar que desde que fue interpuesta la reclamación ha transcurrido con creces el plazo de seis meses que tiene la



Administración para resolver-, trae consigo molestias y posibles perjuicios al interesado.

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 D. xxxxx, representado 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.