



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. ffffff Costales, Consejero  
y Ponente

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

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 12 de abril de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por 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 13 de marzo de 2007 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 15 de marzo de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 213/2007, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. ffffff Costales.

**Primero.-** En reclamación interpuesta el 2 de agosto de 2005 ante la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en xxxxx, D. xxxxx reclama



la responsabilidad de la Administración sanitaria por los daños derivados de la cirugía y por el tratamiento asistencial consecuente.

Valora los daños sufridos a los efectos de su indemnización en la cantidad de 87.051,94 euros.

**Segundo.-** El reclamante, nacido el 15 de marzo de 1968, acude el día 28 de junio de 2003 al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh2 tras haber sufrido una caída accidental desde gran altura. Se le realiza un estudio radiológico y se le diagnostica una luxación de codo izquierdo y una fractura conminuta de pilón tibial derecho. A consecuencia de ello al paciente se le realiza la reducción ortopédica y una inmovilización, siendo trasladado posteriormente al Hospital hhhhh el día 2 de julio de 2003.

Tras el ingreso del paciente en el Hospital hhhhh se confirman los diagnósticos de fractura-luxación de tobillo derecho y luxación de codo izquierdo con fractura de cúpula radial. Se le realiza estudio preoperatorio para la intervención quirúrgica del paciente, siendo apto.

El interesado es intervenido quirúrgicamente el día 8 de julio de 2003, bajo anestesia general, practicándose una reducción y osteosíntesis de pilón tibial con una placa y tornillo y aguja de Kirschner, así como la extirpación de la cúpula radial izquierda.

El día 9 de julio de 2003 se inicia la administración de antibióticos con Augmentine 2 g por vía intravenosa, cada 24 horas, que se mantiene hasta el día 14 de julio de 2005. La evolución postoperatoria es favorable con repetidos controles radiológicos satisfactorios, produciéndose el alta hospitalaria el 24 de julio de 2003 tras la retirada del yeso del miembro superior.

El paciente es revisado el 14 de agosto de 2003, se le cambia la bota de yeso y se encuentran aceptables los controles radiológicos. El 18 de septiembre pasa una nueva consulta en la que se retira el yeso y se indica que procede la rehabilitación. Según el informe emitido por el facultativo interviniente en estas dos consultas el paciente presenta una herida cicatrizada y sin ninguna alteración.



El día 21 de septiembre de 2003, acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh al presentar dehiscencia de sutura distal con expulsión de pequeña cantidad de secreción purulenta, no apreciándose trayecto fistuloso. Se considera que padece una infección cutánea localizada con edema en pierna y sin signos de infección, procediéndose a pautar órdenes médicas generales, limpieza de cicatriz costrosa y curas de herida.

El día 23 de septiembre de 2003 es examinado en el Servicio de Rehabilitación del Hospital hhhhh. Explorándole la movilidad del tobillo se le aprecia una tumefacción periarticular, ulceración y falta de cierre al nivel de herida quirúrgica. En esta consulta no se autoriza aún el apoyo y se le pauta termoterapia más cinesiterapia. En este día también es consultado por el traumatólogo.

El día 3 de octubre de 2003 es examinado por el médico rehabilitador, quien aprecia mayor dehiscencia e infección en la herida quirúrgica, indicando que el paciente está realizando limpieza y curas de la herida, se le explora la movilidad del tobillo y se le indica que procede el apoyo-contacto y apoyo parcial progresivo a partir del 10 de octubre de 2003. En esta consulta se le vuelve a prescribir un nuevo tratamiento antibiótico.

El paciente vuelve a ser revisado por el médico rehabilitador el 31 de octubre y el 21 de noviembre de 2003, fecha en la que le suspende la rehabilitación y se solicita control radiológico y consulta con un traumatólogo.

El día 25 de noviembre de 2005 es revisado por el traumatólogo, que encuentra un tobillo con buen aspecto, poca movilidad y sin dolor, apreciando en la radiología diastasis en fractura proximal con poco callo. Determina la rehabilitación sin carga durante seis meses y se programa revisión para enero.

El día 13 de diciembre de 2003 el paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh por presentar una expulsión de contenido purulento a través de la herida quirúrgica, realizándose una cura y recogiendo muestra para un cultivo, se le pauta nuevo tratamiento medicamentoso. El resultado de dicho cultivo se informa el día 18 de diciembre de 2003 como el crecimiento de un *Estafilococo aureus* coagulasa-positivo, sensible, entre otros, a la amoxicilina más ácido clavulánico y resistente a: penicilina, oxacilina, ampicilina, eritromicina, clindomicina y norfloxacilina. Se suspende el



tratamiento rehabilitador y se realiza una consulta con el especialista de traumatología. El traumatólogo aprecia una úlcera en la herida quirúrgica con exudado purulento y mantiene el tratamiento con antibióticos, realizándose un nuevo cultivo que es informado como "sin crecimiento bacteriano".

El día 8 de enero de 2004 el paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh4 siendo valorado por el traumatólogo de guardia quien señala como impresión diagnóstica, la fístula crónica más dehiscencia de herida quirúrgica sobre fractura de pilón tibial derecho. Se observa una secreción sero-acuosa y la visión de placa de osteosíntesis. Se pauta un nuevo tratamiento, se practica cura y vendaje, así como la revisión en el Hospital hhhhh para su control evolutivo y la valoración de la posible retirada del material de la osteosíntesis ante la posibilidad de osteomielitis/pseudoartrosis.

El día 13 de enero de 2004 es revisado por el traumatólogo del Hospital hhhhh, apreciándose una úlcera con exudado al nivel de la herida quirúrgica con visualización de la placa de la osteosíntesis, tomándose nuevo cultivo de exudado de herida. Este nuevo cultivo se informa con el crecimiento de un regular número de colonias de un organismo que se identifica como estreptococo del grupo viridans, sensibles, entre otros a la amoxicilina más ácido clavulánico. El resultado de este cultivo se valora en la consulta con el traumatólogo, con fecha 22 de enero de 2004, pautándose Augmentine.

El paciente acude a su médico general, quien, en fecha 10 de marzo de 2004, lo remite al especialista de traumatología del Centro de Especialidades Periféricas hhhhh3. Allí es consultado el día 20 de abril de 2004, señalándose que presenta una pérdida de movilidad de tobillo derecho y la no consolidación de la síntesis en tibia, indicando que presenta la destrucción completa de la articulación del tobillo con fuertes dolores y cojera y remitiendo al paciente a consultas externas del Hospital hhhhh4.

El 28 de abril de 2004 ingresa, a través del Servicio de Urgencias, en la planta de traumatología del Hospital hhhhh. Se le pauta tratamiento antibiótico y se le realiza un estudio de gammagrafía ósea en la que se aprecia una osteoartritis en el tobillo derecho de naturaleza inflamatoria y/o infecciosa. También se le realiza estudio TAC en el que se observa fractura oblicua de la tibia con extensión intraarticular, con un ligero hundimiento de la parte superior de la superficie articular distal de la tibia, existiendo un pequeño



escalón de la superficie articular, también se observa fractura conminuta de la metáfisis distal del peroné. Se toman muestras de cultivo en el que crece un *Staphylococcus epidermidis* pautando tratamiento farmacéutico, con buena evolución, programándose ablación de material de osteosíntesis.

La intervención, que se realiza el día 18 de mayo de 2004, retira el material de osteosíntesis (placa, 8 tornillos y aguja), procediendo al lavado abundante de la zona con betadine, agua oxigenada y sueros y realizando friedreich de los bordes de la herida con la posterior sutura de la misma. La evolución postoperatoria es favorable, si bien presenta rasch cutáneo que es atribuido a la Rifampicina. El alta hospitalaria se produce el 26 de mayo de 2004 con resultados previos de cultivos negativos.

El paciente reingresa para una limpieza quirúrgica en el Hospital hhhhh4 el 23 de julio de 2004, siendo de nuevo intervenido quirúrgicamente el día 28 de julio de 2004 realizándose una limpieza y curetaje óseo. Durante el ingreso los cultivos realizados son negativos y el alta hospitalaria tiene lugar el 13 de agosto de 2004.

En el informe del alta se señala como diagnóstico la infección postquirúrgica osteomielítica en el tobillo derecho. Tras el alta el paciente es revisado en la consulta externa de traumatología del Hospital hhhhh4, teniendo una evolución favorable.

**Tercero.-** Al expediente se ha incorporado la historia clínica del paciente, así como informes de unidades médicas y profesionales, de los que se relacionan:

- Informe de la Inspección Médica, de fecha 10 de marzo de 2006, firmado por el coordinador médico del Área de Inspección hhhhh4, D. mmmmm, en el que se señalan, entres otras, las siguientes conclusiones:

“(…) El tipo de cirugía practicada consistió en una cirugía limpia con implante de material extraño. Circunstancia esta última que facilita el desarrollo de una infección de sitio quirúrgico, por la cual en este tipo de cirugía suele recomendarse la administración de profilaxis antibiótica perioperatoria. En este caso sí se produce la administración de pauta antibiótica con carácter



profiláctico, cuya administración se inició un día después de la cirugía y no con el carácter previo a la misma con el que suele recomendarse”.

»(...). De esta intervención realizada en el Hospital hhhhh no consta la existencia de documento de consentimiento informado firmado por el paciente en el que se le advierte de los posibles riesgos de infección quirúrgica”.

- Informe del doctor D. fffff, director técnico de la división sanitaria de ssssss, “dictaminando en asesoramiento técnico de la Gerencia regional de Salud de Castilla y León”, en el que se señala:

“(…). En lo referido a la incidencia de infecciones, la información aportada por el Servicio de Medicina Preventiva del centro implicado (HSJD) no aporta ningún dato de anormalidad, especial colonización de materiales, incumplimiento de medidas de seguridad, ni especial incidencia de infecciones en el período estudiado. Sin embargo, sabemos por la Historia Clínica que NO se practicó profilaxis antibiótica pre o intra operatoria. Sólo se inició ese tratamiento en el inmediato postoperatorio, precisamente la parte de dicha actuación preventiva sobre la que no existe acuerdo ni estadística que lo respalde. Aunque se trataba de cirugía sucia, la contusión y la conminación aportan un mayor riesgo de infección que en una fractura normal (...). Concluimos, por tanto, sobre la necesidad de profilaxis antibiótica PRE o INTRA operatoria, cosa no cumplida en el caso del estudio. Es más, la innecesaria cobertura con antibióticos a partir de la intervención es muy probable que haya sido la responsable de la manifestación tardía de la infección, con la consiguiente prolongación del periodo curativo.

»(...), existe una clara prolongación del tiempo empleado en consolidar esta secuela que es indudablemente imputable a la infección de la herida quirúrgica, no sólo por su presentación y las dificultades en combatirla (todos los gérmenes fueron sensibles a los antibióticos empleados, pero sin éxito) sino por el modo en que se manifestó y la demora en hacerlo que llevaron a una orientación diagnóstica inicialmente desorientada y errónea, sin duda imputable al tratamiento antibiótico empírico sólo postoperatorio”

Señalando por último las consecuencias de la falta de tratamiento previo antibiótico:



“Sabemos por la HC que el paciente recibe el alta hospitalaria el día 24.07.2003 para iniciar rehabilitación el 18.09.2003 y comenzar el apoyo el 03.10.2003. De no haber concurrido el proceso infeccioso, en 90 días más se habría alcanzado la consolidación del proceso; presumiblemente en la primera quincena de enero de 2004. Todo el resto de tiempo de evolución posterior hasta la situación final que debemos marcarla en el último alta hospitalaria el 13.08.2004, debe considerarse causado por la infección; un total de siete meses; 213 días al tratarse 2004 de un año bisiesto. De todo ese tiempo, debemos detraer un período de estancia hospitalaria no esperable sin la concurrencia de la complicación; del 28.04.2004 al 26.05.2004 (29 días) y del 23.07.2004 al 13.08.2004 (22 días más) fecha del fin de nuestro cómputo. Esos dos ingresos fueron motivados por sendas intervenciones quirúrgicas que le supusieron al paciente más tiempo de impediencia dentro del calculado (unos 30 días impeditivos). Con todo ello, restan 132 de baja no impeditiva dentro de todo el período de consolidación (...)”.

- Informe del doctor D. ggggg, fechado el 19 de octubre de 2006, sobre el estado del paciente a esa fecha. Manifiesta que “según consta en su historial médico hospitalario, fue revisado en consulta externa de traumatología, el día 21 de septiembre de 2006. Persiste déficit de movilidad a nivel de tobillo derecho, con una flexión dorsal de 10º y una flexión planta a 20º (...)”.

**Cuarto.-** Se procede al trámite de audiencia tanto al reclamante, que no formula alegaciones, como al Hospital hhhhh. La representación del hospital, en el momento de serle comunicado el inicio del expediente, formula observaciones y presenta diferentes certificados y documentos sobre medidas de esterilización de sus instalaciones y servicios. No presenta nuevas alegaciones con posterioridad.

**Quinto.-** Consta la interposición de un recurso contencioso-administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, desconociendo la situación procesal del mismo.

**Sexto.-** Con fecha 7 de febrero de 2007, el Director General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud firma la propuesta de resolución del expediente, considerando que debe estimarse parcialmente la reclamación.



**Séptimo.-** El 19 de febrero de 2007 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden indicada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

## **II CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

**1ª.-** El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, en la resolución que se dicte debe añadirse el correspondiente pie de recurso, en virtud de lo dispuesto en el artículo 8.3 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa. Además, hay que añadir la posibilidad de interponer recurso de reposición conforme a los artículos 116 y siguientes de la mencionada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y 61.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

**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.

**4ª.-** El artículo 106.2 de la Constitución establece que “los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (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), la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1008/2005, de 1 de diciembre; 1134/2005, de 12 de enero de 2006; 59/2006, de 19 de enero; y 300/2006, de 23 de marzo), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.



e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

**5ª.-** El 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.

**6ª.-** Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de orden del Director General de Administración e Infraestructuras, que conduce a estimar parcialmente la reclamación del interesado.

No obstante como la falta de profilaxis antibiótica previa a la intervención quirúrgica deviene en una falta de diligencia en el conjunto de la asistencia sanitaria, la resolución debe ser de completa estimación, aunque limitada a los daños producidos únicamente por la referida omisión imprudente.

La Inspección y el informe del Dr. ffffff aluden a la recomendación de profilaxis preoperatoria, cosa que no se produjo hasta un día después de la cirugía, lo que ha podido incidir en el desarrollo de la infección y posterior tortuoso cuadro que ha presentado el paciente.

La Sentencia de 26 de febrero de 2004 afirma que “aun cuando la falta de consentimiento informado constituye una mala praxis, no puede *per se* dar lugar a responsabilidad patrimonial si del acto médico no se deriva daño alguno para el recurrente y así lo precisa la sentencia de 26 de marzo de 2002 que resuelve el recurso de casación para la unificación de la doctrina en la que se afirma que para que exista responsabilidad es imprescindible que del acto médico se derive un daño antijurídico porque si no se produce éste, la falta de consentimiento informado no genera responsabilidad, tal y como acontece en el caso de autos (...)”.

Este Consejo Consultivo no se aparta del criterio jurisprudencial en esta materia, al ser flexibles en cuanto al contenido de los documentos de consentimiento informado, cuando lo que se pretende es realizar una



intervención que va destinada a mejorar la salud del paciente, y no a poner a éste en una situación de temor tal que le llevaría a rechazar aquélla, de tan exhaustivos y amenazantes como se exponen los riesgos (doctrina contenida, por todos, en el Dictamen 127/2004, de 18 de marzo).

En este caso ha quedado constatado que la actuación de los profesionales ha sido diligente y correcta, y los medios utilizados los adecuados a la patología. No obstante, a pesar de haberse contado con una actuación profesional adecuada, lo cierto es que la falta de una profilaxis asistencial previa determina una falta de diligencia en el conjunto de la actuación sanitaria.

En cuanto al daño producido debe concretarse en un aumento de los días necesarios para su curación, únicamente derivados de las complicaciones del proceso infeccioso. Como indica el Dr. ffffff, "existe una clara prolongación del tiempo empleado en consolidar esta secuela que es indudablemente imputable a la infección de la herida quirúrgica, no sólo por su presentación y las dificultades en combatirla (todos los gérmenes fueron sensibles a los antibióticos empleados, pero sin éxito) sino por el modo en que se manifestó y la demora en hacerlo que llevaron a una orientación diagnóstica inicialmente desorientada y errónea, sin duda imputable al tratamiento antibiótico empírico sólo postoperatorio".

En este punto cabe recordar algunos aspectos de la teoría de la *lex artis* en la actuación médica. Como es sabido, 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 o 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 –incluso de profilaxis y asepsia–, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria perfecta en sus consecuencias. 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 tratamientos no quirúrgicos 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.

Una vez reconocido por la Administración el retraso de la curación, por falta de una inicial profilaxis antibiótica, es al reclamante a quien corresponde la carga probatoria de que los daños permanentes son consecuencia de la mala praxis. Y es en este ámbito donde no ha aportado pruebas que confirmen sus tesis y que permitan afirmar con una cierta seguridad que la falta de organización y defectos de funcionamiento del hospital ocasionaron la infección durante la intervención, o que fue mal diagnosticada o tratada, con vulneración de la *lex artis*, y estos daños fueron más allá del mero retraso curativo, siendo los ocasionantes de los daños permanentes.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002 (Sala de lo Contencioso-Administrativo), tomando doctrina de la propia Sala, establece:

“(…) en nuestra Sentencia de 22 de diciembre de 2001 (recurso de casación 8406/97) declaramos que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir (...), de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la



Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto”.

**7ª.-** En la medida en que la falta de profilaxis antibiótica previa determina una falta de diligencia en el conjunto de la actuación sanitaria, debe dictarse resolución estimatoria de la reclamación presentada.

Respecto a la cuantía de la indemnización, la petición del reclamante asciende a la cuantía de 87.051,94 euros, no obstante no están acreditadas en el expediente administrativo las partidas objeto de la indemnización, ni todas tienen que ver con la causa del daño, por lo que no es posible acreditar ni hacer valoración alguna sobre ellas.

Por ello deberá fijarse la indemnización definitivamente en expediente contradictorio, pero valorándose únicamente los daños procedentes de la falta de administración de una pauta antibiótica previa con carácter profiláctico, consistente fundamentalmente en una dilación en su curación, valorando el daño moral producido por el tortuoso proceso terapéutico que causa, así como por la falta de consentimiento informado, y no las secuelas producidas por la correcta asistencia posterior que nada tienen que ver con la negligencia omisiva acaecida, y que se acomodan a la *lex artis ad hoc*.

Ello sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad, de acuerdo con lo previsto en el artículo 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

**8ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que el interesado ha interpuesto un 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 estimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh.

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