



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, 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 28 de agosto de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por 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 22 de enero de 2008, 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. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que fue prestada a su hermana, Dña. xxxx1, en el Hospital de xxxx2.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 24 de enero de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 73/2008, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Madrid López.

**Primero.-** El 4 de septiembre de 2006, Dña. xxxxx presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su hermana, Dña. xxxx1, el 5 de septiembre de 2005, tras la intervención quirúrgica para la colocación de una prótesis de rodilla, a la que fue sometida el 5 de agosto anterior en el Hospital de xxxx2.



Afirma en su escrito que se ha producido un resultado desproporcionado, puesto que la paciente ingresó para ser sometida a una operación de prótesis de rodilla y falleció un mes más tarde, sin haber recibido el alta, a causa de un cuadro infeccioso. Y añade que “no existe prueba alguna que permita atribuir el resultado dañoso (fallecimiento de la usuaria) a otra causa distinta de la intervención, sin que quepa duda que la paciente sufrió una infección nosocomial (...), es decir, contraída en el centro hospitalario, que le ocasionó la muerte”. Por ello, solicita como indemnización la cantidad de 23.291,73 euros.

Acompaña a su reclamación una copia compulsada del libro de familia, en el que consta que la reclamante es hermana de la fallecida, y copia simple del anverso del D.N.I. de ambas.

**Segundo.-** Al expediente se incorpora, además de la historia clínica de la paciente, la siguiente documentación:

- Informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de fecha 4 de octubre de 2006, realizado como contestación a la queja presentada por la reclamante en el Servicio de Atención al Paciente el mes anterior.

- Informe de la Inspección Médica, de 3 de enero de 2007.

- Dictamen médico realizado, con fecha 3 de abril de 2007, a instancia de la compañía aseguradora de la Administración.

**Tercero.-** Concedido el trámite de audiencia, la reclamante presenta un escrito en el que alega que “no consta traza alguna de que en el quirófano en el que fue intervenida la fallecida se adoptasen las medidas de asepsia pertinentes, consistentes en pruebas microbiológicas periódicas y previas a la operación”. Consideran que “no puede afirmarse sin más que la intervención quirúrgica no sea un factor causal del fallecimiento de la paciente, sin disponer del resultado de dichas pruebas, que no obra en el expediente”. Por ello, reiteran su petición inicial.

**Cuarto.-** Consta en el expediente la interposición por parte de la interesada de un recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, así como su



admisión a trámite y la remisión del expediente al Juzgado de lo Contencioso Administrativo nº 2 de xxx3 el 20 de noviembre de 2007.

**Quinto.-** El Director General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud emite, con fecha 19 de noviembre de 2007, informe-propuesta de carácter desestimatorio.

**Sexto.-** Con fecha 4 de diciembre de 2007, la Dirección General de Administración e Infraestructuras del citado organismo formula una propuesta de orden desestimatoria de la reclamación interpuesta.

**Séptimo.-** El 20 de diciembre de 2007, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente 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.

**Octavo.-** Mediante Acuerdo del Presidente del Consejo Consultivo de Castilla y León, de 12 de febrero de 2008, se acuerda recabar un informe escrito de institución, entidad o persona con notoria competencia técnica en la materia, sobre aspectos concretos del expediente.

En la misma fecha se solicita de la Consejería de Sanidad que se complete el expediente con la documentación que permita conocer el estado en el que se encuentra el proceso judicial que se sigue, ante el Juzgado de lo Contencioso Administrativo, contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Asimismo, se suspende el plazo para la emisión del dictamen.

**Noveno.-** El 4 de abril de 2008 tiene entrada en el Consejo Consultivo un informe del Servicio de Normativa y Procedimiento, de fecha 26 de marzo de 2008, sobre el estado en el que se encuentra el proceso contencioso administrativo interpuesto contra la desestimación por silencio administrativo de la reclamación.

El 7 de mayo de 2008, se recibe un informe de catedrático experto de la Facultad de Medicina de la Universidad de xxx3, fechado el 30 de abril de



2008, en relación con los aspectos concretos del expediente para cuya aclaración se solicitó.

Recibida dicha documentación, se reanuda el plazo para la emisión del 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, cabe poner de manifiesto que el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (4 de septiembre de 2006) hasta que la solicitud de dictamen ha tenido entrada en ese Consejo Consultivo (22 de enero de 2008) supone una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

**3ª.-** Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. 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 citada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la también citada Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado así como la de este Consejo Consultivo, 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 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.



No obstante, la jurisprudencia ha venido modulando 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 el mismo que se pueda producir.

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 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 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*, 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 -por no ser éste 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.

Quiere con ello decirse que incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que, la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias, hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.



**5ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por Dña. xxxxx por el fallecimiento de su hermana debido a la infección nosocomial producida tras la intervención de prótesis de rodilla a la que ésta fue sometida.

La reclamación se ha formulado en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. Consta que se interpuso el 4 de septiembre de 2006 y el óbito se produjo el 5 de septiembre de 2005.

**6ª.-** En cuanto al fondo del asunto, de acuerdo con el informe de la Inspección Médica y con el dictamen médico, la asistencia médica prestada a la paciente aconteció de la siguiente manera:

El 4 de agosto de 2005, Dña. xxxx1, a la sazón de 75 años, ingresó en el Hospital de xxxx2 para ser sometida a una intervención quirúrgica programada de colocación de una prótesis total de rodilla. Consta (folio 161 de la historia clínica) que se consignaron como órdenes médicas la preparación del campo quirúrgico, dieta absoluta desde las 23 horas, Zantac + Orfidal pautados por Anestesia una hora antes de ir al quirófano, Clexane 40 cada 24 horas, Vancomicina IV -1 gramo antes de la intervención, 1 gramo a las 12 horas y 1 gramo a las 24 horas de la intervención-, Nolotil si precisa y Ranitidina.

La intervención se realizó el 5 de agosto sin complicaciones ni incidencias, estando el tiempo de isquemia y de cirugía dentro de la normalidad. Tras la intervención, la paciente subió a planta con sonda vesical, se le retiró el redon de la herida, no volviendo a manchar el vendaje.

El 6 de agosto se anotó en el parte de enfermería que la paciente tenía diarrea y que se le pautó dieta astringente (folio 197). A las 7 horas del día siguiente se indicó que estaba muy adormilada y sudorosa, refiriendo el acompañante que llevaba 24 horas así. Valorada por el médico de guardia se le realizó un electrocardiograma, se solicitó un estudio analítico de sangre y orina, se modificó la dieta y se solicitó interconsulta urgente con Medicina Interna. Los resultados analíticos hicieron sospechar de shock séptico/hipovolémico, por lo que se puso suero fisiológico a chorro y O2 por Ventimask a 10%, y se solicitó interconsulta con UCI donde ingresó a las 12:30 horas.



El 8 de agosto se anotó como diagnóstico sepsis de probable origen urinario. Valorada la rodilla derecha por traumatología, no se advirtieron datos de infección. Ese mismo día se realizó nueva gastroscopia que se informó como hemorragia digestiva alta secundaria a ulceraciones gástricas, y exploración deficiente por abundantes restos alimentarios más posos de café.

El 9 de agosto, la impresión diagnóstica en UCI era de shock séptico de foco no aclarado, bacteriuria, intervención quirúrgica de prótesis de rodilla derecha y hemorragia digestiva alta con úlcera gástrica esclerosada. En ese día se informó telefónicamente del crecimiento de un estafilococo en hemocultivo, del cual se emitió informe escrito el 10 de agosto, en el que se indicaba el cultivo positivo de un *Staphylococcus epidermidis*, señalándose la valoración clínica como criterio para decidir si es patógeno o contaminante; además se informó del estudio de su sensibilidad en el que, entre otras, se reflejaba que lo era a la teicoplanina, antibiótico que se estaba administrando en ese momento a la enferma.

La evolución posterior de la paciente se mantuvo sin que se localizara el foco de sepsis, manteniendo la herida quirúrgica buen aspecto sin inflamación de bordes ni aspecto infeccioso, y resultando los cultivos tomados de la herida negativos.

El 27 de agosto se produjo un empeoramiento clínico, hemodinámica y gasométrico con secreciones, a nivel respiratorio, purulentas y radiología con infiltrados pulmonares, sospechándose infección nosocomial respiratoria. El empeoramiento se mantuvo a pesar de las actuaciones realizadas, se agravó la insuficiencia renal y entró en fallo hemodinámico. El 2 de septiembre se estableció un mal pronóstico, falleciendo la enferma finalmente el 5 de septiembre de 2005.

Una vez expuestos los hechos, la reclamante alega que se ha producido un resultado desproporcionado, puesto que la paciente ingresó para ser sometida a una operación de prótesis de rodilla en el Hospital de xxxx2 y falleció un mes después, sin haber recibido el alta, a causa de un cuadro infeccioso; y que "no existe prueba alguna que permita atribuir el resultado dañoso (fallecimiento de la usuaria) a otra causa distinta de la intervención, sin que quepa duda que la paciente sufrió una infección nosocomial (...), es decir, contraída en el centro hospitalario, que le ocasionó la muerte".





Los diversos informes médicos discrepan de las alegaciones contenidas en la reclamación, argumentando, por un lado, que es dudoso que se trate de una infección nosocomial y, por otro, que tampoco está claro el foco infeccioso.

En relación con el primer aspecto, el dictamen médico señala que “las infecciones nosocomiales son aquellas adquiridas en el hospital o en centros que agrupan enfermos. Hace referencia a aquellas infecciones que se presentan a partir de las 48-72 horas del ingreso del paciente. Sin embargo, el hecho de que las mismas se desarrollen en el medio hospitalario, no presupone que los gérmenes que las producen sean necesariamente de adquisición en el interior del hospital. En muchas ocasiones se trata de gérmenes colonizadores habituales del individuo sano que, aprovechando determinadas circunstancias (intrínsecas -situación inmunológica, cambio de flora- o extrínsecas -ispositivos intravasculares, sondas urinarias,...-), se convierten en patógenos”.

Pues bien, el dictamen médico manifiesta que el cuadro de shock que motivó el ingreso de la paciente en la UCI se produjo antes de transcurrir las primeras 72 horas desde su ingreso hospitalario. Considera que no es posible establecer con certeza el origen nosocomial de la infección, puesto que la paciente presentó en la tarde-noche del día 6 de agosto, es decir, antes de las 72 horas del ingreso, los primeros síntomas relacionados con el cuadro infeccioso que condujo a la paciente a la UCI.

La Inspección Médica también muestra sus dudas al respecto. Estima que podría estimarse nosocomial si se considerara que los primeros síntomas del shock séptico se iniciaron sobre las 7 de la mañana del día 7, cuando la enfermera avisó al médico de guardia, es decir, 48 horas después del ingreso. Pero si se estimase que el origen del shock fue abdominal, como se estuvo sospechando por los facultativos de la UCI, los primeros síntomas consistentes en diarreas líquidas se habrían producido el día 6, por lo que no podría hablarse de infección hospitalaria.

En relación con el origen de la infección, lo que resulta claro es que no se trató de una infección de la herida quirúrgica, puesto que los cultivos de la herida resultaron negativos. En cualquier caso, la Inspección Médica afirma que se siguieron las actuaciones de profilaxis exigidas para la realización de



intervenciones quirúrgicas y que, además del tratamiento previo a la intervención, se utilizó antibioterapia profiláctica.

Sin embargo, según el dictamen médico, el foco no queda claro en ningún momento, pero la orientación inicial -en cuanto a que el foco inicial parece urinario y/o abdominal- resulta coherente con el cuadro clínico y los resultados de las exploraciones practicadas a la paciente.

El único germen que se consiguió aislar en la paciente fue el *Staphylococcus epidermidis*, que, según los informes médicos, es un colonizador habitual del ser humano y no requiere su adquisición en el entorno hospitalario, aunque la invasividad asociada a la actividad médica, absolutamente inherente a ella en casos como el analizado y por tanto inevitable, puede hacer que pasen de ser simples colonizadores a patógenos. En el presente caso, no queda claro que pueda ser el germen responsable del shock séptico, pues no llega a confirmarse su papel de patógeno o simple contaminante del hemocultivo.

En definitiva, no es posible afirmar que la infección tuviera origen hospitalario, habida cuenta el momento en que comenzaron a manifestarse los primeros síntomas; y tampoco que el germen aislado sea el único responsable del shock séptico que provocó el fallecimiento de la paciente, ni que dicho germen fuera patógeno y no endógeno. Además, la fallecida se encontraba tratada con antibióticos, lo que determinaba que tuviera una precariedad inmunodefensiva, que indudablemente pudo constituir un factor predisponente del desarrollo de la infección y de una respuesta insuficiente del organismo ante gérmenes especialmente resistentes existentes en los hospitales.

Tales dudas, no obstante las numerosas pruebas realizadas a la paciente, permiten afirmar que el óbito pudo producirse como consecuencia de las limitaciones de la ciencia, excluyendo así la concurrencia de mala praxis o de daño desproporcionado. Por lo que no se aprecia responsabilidad de la Administración por la asistencia prestada. En un sentido similar, se pronunció el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, en Sentencia de 28 de abril de 2003, en un asunto semejante.

Tales conclusiones se ven ratificadas por el informe pericial emitido a solicitud de este Consejo Consultivo, que concluye que las actuaciones



sanitarias fueron adecuadas al estado de la paciente y que, no obstante el desgraciado desenlace, los profesionales actuaron movidos por el objetivo de descubrir el foco infeccioso -finalidad que, sin embargo, no se logró-.

A la luz de todo lo expuesto y teniendo en cuenta los datos y las consideraciones recogidos en los informes obrantes en el expediente, no ha quedado acreditado que existiera una actuación inadecuada en la asistencia sanitaria, pudiendo concluirse que los profesionales médicos actuaron en todo caso conforme a la *lex artis ad hoc*, prestando al paciente una asistencia médica correcta. Por lo que procede desestimar la reclamación planteada.

**7ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que el interesado ha interpuesto recurso contencioso administrativo contra la desestimación, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso o en otro 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, debe ponerse de manifiesto nuevamente que la demora injustificada en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial, con la consiguiente ausencia de causas expresas denegatorias de su reclamación -la desestimación se produce por silencio administrativo-, ha llevado al interesado a acudir a la vía judicial, con los gastos que esto conlleva de procurador y abogado, entre otros. Si bien es cierto que el cumplimiento por parte de la Administración de su obligación de resolver en plazo no hubiera impedido, en este caso, que el interesado acudiera a la vía judicial, también lo es que los argumentos en que se fundamenta la desestimación es posible que le hubieran hecho desistir de esta opción.

### **III CONCLUSIONES**

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



**CONSEJO  
CONSULTIVO**  
DE CASTILLA Y LEÓN

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que fue prestada a su hermana, ya fallecida, Dña. xxxx1, en el Hospital de xxxx2.

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