



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero
Sr. Fernández Costales, Consejero y
Ponente
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 20 de enero de 2011, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxx1, D. xxxx2 y Dña. xxxx3*, 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 16 de diciembre de 2010 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. xxxx1, D. xxxx2 y Dña. xxxx3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su cónyuge y madre respectivamente, Dña. vvvvv, en el Hospital hhhhh de xxxxx.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 21 de diciembre de 2010, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 1.572/2010, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Fernández Costales.

Primero.- El 30 de enero de 2009 D. xxxx1, D. xxxx2 y Dña. xxxx3 presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido a la defectuosa asistencia prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx a su cónyuge y



madre respectivamente, Dña. vvvvv, que acabó en su fallecimiento el día 31 de enero de 2008.

En dicho escrito señalan que Dña. vvvvv falleció a la edad de 74 años, a causa del agravamiento producido en su estado de salud a consecuencia de una infección de origen hospitalario. Esa infección fue la que llevó a la paciente a la muerte por *shock* séptico, infección que contrajo en el Hospital hhhhh de xxxxx. Por tanto, de este fatal resultado debe responder el Servicio Público de Salud, ya que es su responsabilidad mantener las instalaciones y edificios en perfecto estado de salubridad e higiene, de tal forma que se eviten este tipo de infecciones hospitalarias ajenas a los padecimientos de los enfermos.

Consideran que se trata de un supuesto de responsabilidad patrimonial y reclaman, por ello, una indemnización de 150.000 euros.

Acompañan a su escrito diversos informes médicos y documentación clínica relativos a la paciente. A requerimiento de la Administración aportan copia del Libro de Familia.

Segundo.- Al expediente se incorporan, además de la historia clínica y documentación sobre recomendaciones y protocolos de actuación, los siguientes informes del Hospital hhhhh de xxxxx, todos ellos del año 2009: del Servicio de Otorrinolaringología de 25 de marzo y 14 de abril, de las Secciones de Medicina Intensiva y de Digestivo de 25 y 26 de marzo respectivamente y de los Servicios de Admisión, de Medicina Preventiva y de Medicina Interna de 15 de mayo, 21 de mayo y 8 de junio. Obran asimismo en el expediente informe de la Inspección Médica de 1 de julio y dictamen médico de la compañía aseguradora de 11 de agosto.

Tercero.- Por escrito de 15 de diciembre de 2009 el Jefe de Servicio de Inspección de la Gerencia Regional de Salud comunica el rechazo de la petición indemnizatoria por la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil.

Cuarto.- Concedido trámite de audiencia a los reclamantes, el 4 de febrero de 2010 presentan escrito de alegaciones en el que reiteran la pretensión indemnizatoria.



Quinto.- El 18 de octubre la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Sexto.- El 24 de noviembre de 2010 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente dicha propuesta.

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, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (30 de enero de 2009) hasta que se formula la propuesta de orden (18 de octubre de 2010). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley



30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

3ª.- Concurren en los reclamantes los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la 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.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

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.

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 modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquel que 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 estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que está, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser 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.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 16 de marzo de 2005 y de 7 y 20 de marzo y 20 de diciembre de 2007), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte el criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación de los interesados.

De los informes obrantes en el expediente cabe concluir, en el sentido en el que informa la Inspección Médica, que no ha existido en este caso una actuación médica contraria a la *normopraxis* que determine la responsabilidad patrimonial de la Administración, pues en todo momento se actuó de acuerdo a la *lex artis* por parte de los facultativos, con los medios disponibles a su alcance y conocimientos.

Del expediente resulta que la paciente acudió a Urgencias del Hospital hhhh de xxxxx el 30 de noviembre de 2007 por presentar un aumento de fatiga de varios días de evolución. En este Servicio se le realizó exploración, analítica y radiografía de tórax y fue ingresada en Medicina Interna. Debido a un empeoramiento de su estado de salud, la paciente fue trasladada a la UCI diagnosticada de insuficiencia cardíaca y anemia e insuficiencia respiratoria



crónica. En dicho Servicio se procedió a la intubación de la paciente, en el que se inició tratamiento empírico antibiótico y se le realizó una fibrobroncoscopia, obteniéndose secreciones purulentas para cultivo. El cuadro clínico de la paciente evolucionó negativamente con un *distress* respiratorio, con afectación renal, hemodinámica y agravamiento general. Durante todo este tiempo se tomaron a la paciente muestras para cultivo de aspiraciones bronquiales, hemocultivos y catéteres vasculares y se mantuvo a la paciente durante estas pausas sin cobertura antibiótica, para evitar de esta forma resistencia a los antibióticos en el caso de que los resultados de los cultivos fueran positivos; y si así fuera se aplicarían los antibióticos específicos. Debido a la intubación prolongada se hizo precisa la realización de una traqueostomía. Los resultados del cultivo de bacterias informaron de la existencia de *Acinetobacter baumannii*, germen multiresistente, el hemocultivo dio positivo para *Enterococcus faecalis* y el cultivo de catéter vascular fue positivo para *Staphylococcus epidermidis*. Ante estos hallazgos, se instauró a la paciente el tratamiento antibiótico correspondiente. Se procedió al aislamiento de contacto por germen multiresistente y se aplicaron las medidas que se establece en el protocolo de actuación para el control y seguimiento de los pacientes infectados o colonizados por *Acinetobacter Baumannii* multiresistente. De las pruebas realizadas el 28 de enero de 2008 resulta que aplicado el tratamiento prescrito el germen había desaparecido. Pese a ello, la situación de la enferma continuó siendo muy grave y el 31 de enero de 2008 falleció.

La Inspección Médica señala en su informe que este tipo de complicaciones -infección nosocomial- es consecuencia de la estancia hospitalaria; es un riesgo en potencia de todo paciente ingresado y así está descrito en la literatura médica. Destaca no obstante que, en este caso, el riesgo era mayor, al estar potenciado por la obesidad mórbida de la paciente, estancia prolongada en la UCI, conexión a ventilación mecánica así como por la administración de medicación de amplio espectro y mantenida. El dictamen emitido a instancia de la aseguradora también destaca la presencia en la paciente de factores de predisposición a la infección. Igualmente el informe de 21 de mayo de 2009 del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital señala que "la paciente presenta dos factores endógenos importantes desde el punto de vista epidemiológico que favorecen la aparición de infecciones nosocomiales, como son la obesidad mórbida y la diabetes mellitus. Asimismo presenta factores exógenos de predisposición a la infección nosocomial como son la



estancia en la UCI, la antibioterapia prolongada y de amplio espectro, los corticoides y la ventilación mecánica”.

Por otra parte, según resulta también de todos los informes obrantes en el expediente, el seguimiento y tratamiento posterior de la infección fue acorde con lo descrito en los protocolos y en la literatura médica. Los resultados de los cultivos realizados tras la adopción de las medidas de aislamiento, y una vez instaurado el tratamiento antibiótico específico, fueron negativos.

Por otra parte, como señala el dictamen médico “según el informe de Medicina Preventiva sólo hubo este caso de esta infección en aquellas fechas, lo que pone de manifiesto la utilidad y eficacia de las medidas preventivas realizadas en el centro hospitalario en aquel momento”.

El informe del Servicio de Medicina Intensiva, frente a la alegación de los reclamantes sobre las deficiencias en las medidas de aislamiento, señala también que se tomaron las medidas de aislamiento necesarias para impedir la difusión de la infección a otros enfermos. Tales medidas eran las consensuadas con el Servicio de Medicina Preventiva y las propias de la Unidad que figuran en el expediente y que se realizaron adecuadamente.

A este respecto en el informe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital hhhhh de xxxxx se detallan las medidas de vigilancia y control de las infecciones tanto nosocomiales como comunitarias, de las que señala que se realiza una vigilancia sistemática y diaria y concluye que las medidas adoptadas por la UCI para minimizar el riesgo de infección nosocomial en sus pacientes son correctas y acordes con las instrucciones, normas y recomendaciones vigentes en los protocolos de actuación del Hospital hhhhh de xxxxx.

Las conclusiones contenidas en los referidos informes no resultan desvirtuadas por las alegaciones de los reclamantes, que aunque cuestionan la asistencia médica practicada y con ello la observancia de la *lex artis*, no han sido avaladas por informe alguno.

Por todo ello puede considerarse, al acoger dichos argumentos, que no existen razones objetivas que permitan constatar que la actuación de los profesionales haya sido negligente e incorrecta, ni que los medios utilizados hayan sido inadecuados, por lo que no cabe apreciar responsabilidad



patrimonial de la Administración Pública, pues según resulta de la documentación que integra el expediente, la asistencia sanitaria se ha desarrollado conforme a los protocolos médicos y la *lex artis ad hoc*, en función de los conocimientos y estado de la ciencia médica al tiempo de acaecer los hechos.

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 por D. xxxx1, D. xxxx2 y Dña. xxxx3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su cónyuge y madre respectivamente, Dña. vvvvv, en el Hospital hhhhh de xxxxx.

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