



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Rey Martínez, Consejero y
Ponente

Sr. Velasco Rodríguez, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 27 de septiembre de 2012, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxx*, 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 29 de agosto de 2012 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo, ya fallecido, D. xxxx1, en el Hospital hhhh de xxxx1.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 3 de septiembre de 2012, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 536/2012, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 55 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por el Decreto 17/2012, de 3 de mayo. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Rey Martínez.

Primero.- El 9 de junio de 2010 Dña. xxxx presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido al fallecimiento de su esposo D. xxxx1 el 14 de junio de 2009 en el Hospital hhhh de xxxx1.



En su escrito expone que el paciente, de 62 años de edad, ingresó en el citado Hospital el 23 de abril de 2009 a causa de un traumatismo torácico y, tras varios tratamientos e ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, contrajo una neumonía nosocomial grave por *Stenotrophomonas* y *Pseudomonas aeruginosa* e infección asociada a catéter por *Candida parapsilosis*, que agravó su traumatismo torácico y provocó un fracaso multiorgánico y su consecuente muerte.

Considera que no es de recibo que en dicho centro hospitalario el paciente haya de soportar tales infecciones, derivadas de una deficiente asistencia sanitaria.

Solicita una indemnización de 104.837,52 euros, incrementada en un 10% de factor corrección, por lo que la cantidad total reclamada asciende a 115.321,27 euros. Adjunta copias de informes médicos y del Libro de Familia.

Segundo.- Al expediente se incorpora, además de la historia clínica, informes de las Unidades de Cuidados Intensivos y de Medicina Preventiva y Salud Pública del Complejo Asistencial de xxxx1 que atendió al paciente, dictamen médico elaborado a instancia de la compañía aseguradora e informe de la Inspección Médica de 27 de octubre de 2010, que concluye que no existen razones para atribuir responsabilidad alguna a los profesionales o al funcionamiento de la Administración Sanitaria. La muerte del paciente debe considerarse como una consecuencia del politraumatismo que lo llevó al hospital y carece de relación con una actuación médica inadecuada, por lo que no se encuentra fundamento para la indemnización solicitada.

Tercero.- Consta en el expediente escrito de 11 de abril de 2011 del Servicio de Inspección, en el que comunica el rechazo de la petición indemnizatoria por la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil.

Cuarto.- Concedido trámite de audiencia a la reclamante, presenta un escrito en el que, tras las alegaciones oportunas, reitera la pretensión indemnizatoria.

Quinto.- El 22 de marzo de 2012 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.



Sexto.- El 25 de julio de 2012 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

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 Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.f) del Acuerdo de 31 de mayo de 2012, del Pleno del Consejo, por el que se determina la 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 (9 de junio de 2010) hasta que se formula la propuesta de orden (22 de marzo de 2012). 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 la 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.

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. Consta que se presentó el 9 de junio de 2010, es decir, antes de transcurrir un año desde que se produjo el fallecimiento, que tuvo lugar el 14 de junio de 2009.

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 (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero, 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3.583/2002; y 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003) y de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1.008/2005, de 1 de diciembre; 1.134/2005, 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, nexos causales que implican la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

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

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 aquél 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.

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 planteada, ya que de la documentación obrante en el expediente se desprende que no concurre la actuación negligente que se imputa a los servicios sanitarios públicos.

Es necesario destacar que, como se ha señalado, al tratarse de responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación es de medios y no de resultados, lo que supone la utilización de aquellas medidas que conozca la ciencia médica y que se encuentren a disposición del profesional sanitario en el lugar donde se produce el tratamiento.

Alega la reclamante que las infecciones sufridas derivan de una deficiente asistencia sanitaria.

El informe de la Inspección Médica avala la adecuación de las actuaciones sanitarias llevadas a cabo y, en este sentido, señala que el paciente fue trasladado al Hospital hhhh tras sufrir un politraumatismo torácico al caérsele un tractor sobre el tórax. Ingresado en la UCI en un pésimo estado, precisó medidas terapéuticas intensas tales como ventilación mecánica, intubación y antibioterapia masiva, lo que lo hacía portador de riesgo de infección nosocomial. La incapacidad para mantener una mecánica respiratoria



autónoma provocó una mala situación clínica marcada ya desde su inicio por el grave deterioro de la función pulmonar que obligó a la práctica de traqueotomía mediante intubación. Se realizaron drenajes respiratorios torácicos, se añadieron diuréticos en su tratamiento, se realizaron tratamientos antibióticos continuos, que se modificaron por estudios microbiológicos de aspirados así como de lesiones e infecciones recurrentes que iban apareciendo.

Añade que no se han detectado causas ajenas a los factores de riesgo descritos que hayan sido responsables del resultado de la sobreinfección nosocomial. En efecto, el informe del Servicio de Medicina Preventiva obrante en el expediente de 23 de junio de 2010 señala que en el Hospital existe un sistema de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial coordinado por el Servicio de Medicina Preventiva. En el Servicio de UCI el sistema de vigilancia es activo y diario, a excepción de vacaciones y fines de semana; se realizan controles de calidad de bioseguridad ambiental con carácter trimestral y, por lo que respecta al año 2009, se efectuaron los días 10 de febrero, 22 y 23 de junio y 25 y 26 de agosto, de acuerdo con el protocolo de prevención para hongos oportunistas en áreas críticas. Además existen otros protocolos y programas para prevenir la infección hospitalaria en sus diversas localizaciones: higiene de manos, prevención de neumonía asociada con ventilación mecánica, proyecto bacteriemia cero etc.

La Inspección Médica considera que las neumonías asociadas a ventilación mecánica continúan siendo la infección más frecuente en los pacientes críticos, a pesar de la existencia de un gran número de estrategias farmacológicas y no farmacológicas encaminadas a su disminución, y que las sobreinfecciones intercurrentes que complican cualquier proceso grave se deben a los factores de riesgo y constituyen una de las causas más frecuentes de prolongación de la enfermedad y de muerte en este tipo de pacientes, aunque se diagnostiquen precozmente y se traten de forma adecuada. La ausencia de un contexto epidemiológico hospitalario no anula la posibilidad de aparición de casos esporádicos de infección nosocomial cuyo origen está en los factores de riesgo (politraumatizado, uso de métodos invasivos diagnósticos/terapéuticos, utilización de múltiples tratamientos antimicrobianos simultáneos, resistencias incrementadas de determinados gérmenes, estancia prolongada, ventilación mecánica, uso de accesos vasculares terapéuticos, inmovilización...). Concluye, por tanto, que no existen razones para atribuir responsabilidad alguna a los profesionales o al funcionamiento de la



Administración Sanitaria. La muerte del paciente debe considerarse como una consecuencia del politraumatismo que lo llevó al hospital y carece de relación con una actuación médica inadecuada.

En el mismo sentido se expresa el dictamen pericial obrante al señalar que la mortalidad del paciente, solamente por las fracturas costales que presentaba, era superior al 30% y, unido a la imagen de contusión precoz detectada en TAC, hacía que la mortalidad se elevara al 50%, sin patología asociada. Añade que la infección nosocomial añadida y las infecciones de catéter de vía central son complicaciones inherentes al paciente crítico que necesita soporte ventilatorio, como era el presente caso, por lo que concluye que todos los profesionales que trataron al paciente lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con la *lex artis*.

Estas afirmaciones no han sido desvirtuadas por las alegaciones de la reclamante, puesto que no han sido avaladas por informe alguno y ceden, por tanto, frente a la rotundidad con que las opiniones técnicas señaladas dictaminan a favor de la asepsia del centro hospitalario y de la corrección del tratamiento dispensado en todo momento al paciente; juicios que tienen, además, la garantía de haber sido emitidos por profesionales médicos.

Puede considerarse, por tanto, 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.

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 procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo, ya fallecido, D. xxxx1, en el Hospital hhhh de xxxx1.

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