



ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 12 de noviembre de 2005, x., actuando en su propio nombre y en el de la comunidad hereditaria de su padre x., compuesta por su viuda e hijos que cita, presentó escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS), en el que, en síntesis, expone lo siguiente.

Según el reclamante, el 5 de mayo de 2003 su padre fue ingresado en el Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" debido a una afección de corazón. Fue intervenido satisfactoriamente para la colocación de 4 stents, y causó alta el 13 siguiente. Desde esa fecha su padre comenzó a encontrarse cada vez más débil, hasta el punto de que el día 21 de agosto de 2003 es ingresado en el Hospital General "Reina Sofía", aquejado de anemia, donde le diagnosticaron la existencia de un *Staphilococcus Aureus*, aparte de disnea y edemas en miembros inferiores. Permaneció ingresado hasta el 1 de septiembre de 2003, siendo remitido a casa para ser atendido por la Unidad de Hospitalización domiciliaria, si bien a criterio de esta última reingresó en dicho hospital el 4 siguiente por persistencia de fiebre, permaneciendo allí hasta el 26 de septiembre de 2003. Según el reclamante, a partir de ese momento comienza a desarrollarse un episodio de tratamiento de las extremidades inferiores del paciente, las cuales presentaban hallazgos congruentes con la existencia de polineuropatía sensitivo motora, de compromiso axonal, de grado moderado, en estadio crónico de evolución. Señala que a fecha 26 de marzo de 2004 aún no se había atajado la sepsis por *Staphilococcus Aureus*, según demuestra el informe manuscrito de tal fecha del Servicio de Medicina Interna del referido hospital, que aporta.

Posteriormente comienzan a abordarse una serie de intervenciones quirúrgicas, todas ellas satisfactorias en cuanto a su evolución, consistentes en diversas amputaciones de las extremidades inferiores del paciente, realizadas en el Hospital "Virgen de la Arrixaca" en las siguientes fechas:

-29 de abril de 2004, la extremidad inferior izquierda.

-16 de junio de 2004, el antepié derecho.

-17 de julio de 2004, supracondilea de la extremidad inferior derecha.

En esas fechas aún no había remitido la sepsis, siendo tratada por los Servicios de Cardiología e Infecciosas del mismo Hospital, por presentar una endocarditis bacteriana, que es tratada con antibioticoterapia y corticoterapia.

Tras las referidas intervenciones es nuevamente remitido a su domicilio con estabilidad clínica y hemodinámica, y con las heridas en buen estado de cicatrización. Sin embargo, la sepsis aún no había sido controlada, y prueba de ello es que el 14 de octubre de 2004 es atendido nuevamente en Urgencias del Hospital "Virgen de la Arrixaca", remitido por su médico de familia, por presentar un importante cuadro de anemia que es tratado con dos unidades de concentrado de hematíes, siendo nuevamente enviado a su domicilio.

El día 6 de noviembre de 2004 el paciente ingresa en la UCI del Hospital General "Reina Sofía" (es un error, es en el Hospital "Morales Meseguer") procedente de su área de Medicina Interna, presentando un shock, y finalmente fallece el 12 de noviembre de 2004, con el diagnóstico de fallo multiorgánico secundario a sepsis por grampositivos.

Por todo ello, considera que su padre falleció con motivo de la endocarditis bacteriana contraída en un centro hospitalario público, debido a la falta de las debidas medidas profilácticas tendentes a evitar el contagio de virus

intrahospitalarios, pues estima que es directa la relación existente entre la intervención de corazón a la que se sometió en mayo de 2003, con la colocación de 4 stents, y la aparición de los síntomas padecidos poco tiempo después, que revelan la existencia de un hemocultivo positivo a *staphilococcus aureus* que deriva en una endocarditis bacteriana. Asimismo, es directa la relación entre la infección y la causa de la muerte por fallo multiorgánico secundario a sepsis por grampositivo. A la vista de la documentación de que dispone, descarta como causa del fallecimiento las patologías que dieron lugar a las amputaciones de las extremidades inferiores, pues de ellas se recuperó satisfactoriamente.

Por todo ello, en concepto de indemnización por daño moral por la muerte del paciente, y conforme con el baremo aplicable en materia de accidentes de circulación, solicita la cantidad de 128.104'54 euros para la comunidad hereditaria del fallecido, desglosada en las cantidades correspondientes a la viuda y los 6 hijos del paciente mayores de 25 años.

Con su escrito de reclamación aporta el Libro de Familia, diversos documentos de la historia clínica del paciente en los citados hospitales y un informe de 4 de noviembre de 2005 del Dr. x., que, a la vista de la documentación facilitada por el interesado, concluye lo siguiente:

"A. X. se encontraba afectado, desde al menos 2003, por un cuadro patológico complejo con afectación cardíaca (I.A.M., Cardiopatía Hipertensiva, Miocardiopatía Hipertrófica, Endocarditis...), Sínd. Mielodisplásico con afectación predominante de serie roja, Vasculitis necrotizante, con afectación cutánea y subcutánea y posiblemente renal y nervios periféricos, y cuadro de isquemia de miembros inferiores por el que fue preciso amputar ambas extremidades.

B. Cuando en Abril de 2004 se decide su traslado desde el Hospital General Universitario al HUVA, el paciente se encontraba afectado por una Endocarditis Bacteriana. Los sucesivos tratamientos realizados por la isquemia que presentaba en miembros inferiores tuvieron buen resultado, pudiendo ser dado de alta a su domicilio con buena evolución de ese cuadro.

C. La situación de deterioro progresivo del enfermo, con anemia intensa, mal control de la glucemia, fiebre, etc., es indicador, a nuestro juicio, de que la situación séptica se perpetuó por la existencia de la Endocarditis diagnosticada en principio, sin llegar a controlarse totalmente con los tratamientos aplicados.

*D. Los datos clínicos correspondientes al último ingreso en el Hospital General Universitario, que tuvo como motivo del alta el Exitus, confirman que éste se produjo por un cuadro de fracaso multiorgánico, relacionado con la situación séptica (*Estafilococo Aureus*) que hemos venido comentando.*

E. Por tanto, ante la ausencia de otras causas inmediatas, y ante la existencia de datos clínicos suficientes, establecemos las siguientes conclusiones provisionales:

- El cuadro que condujo a la muerte del paciente se desarrolló a causa de un proceso séptico mal controlado, sobre la base de la Endocarditis que padecía, y un fracaso multiorgánico.

- Los cuadros patológicos por los que también fue tratado a lo largo del año 2004, especialmente la amputación de ambos miembros inferiores, tuvieron un buen resultado, pudiendo el paciente regresar a su domicilio tras estos procesos, sin necesitar nuevas revisiones, por lo que descartamos cualquier nexo causal entre ellos y el fallecimiento".

SEGUNDO.- Con fecha 28 de noviembre de 2005 el Director Gerente del SMS dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación, que es notificada a las partes interesadas.

El 30 de noviembre de 2005 el órgano instructor solicita copia de la historia clínica e informes de los facultativos que atendieron al paciente en los citados hospitales.

TERCERO.- Mediante oficio de 11 de enero de 2006, el Director Gerente del Hospital "Virgen de la Arrixaca" remite copia de la historia clínica y diversos informes.

El informe de 21 de diciembre de 2005 del Dr. x., del Servicio de Cardiología, expresa lo siguiente:

"Durante el ingreso en cardiología entre el 5 y el 13 de mayo de 2003, el enfermo fue tratado de un infarto agudo mediante angioplastia primaria con implante de 4 stents en coronaria derecha. Durante dicho ingreso la única complicación presentada por el paciente fue prurito generalizado, diagnosticado por la Sección de Dermatología de prurito generalizado con neurodermitis y lesiones de rascado de un año de evolución, sin adenopatías palpables, siendo citado su alta en la consulta de dicha especialidad para controles posteriores."

Por su parte, en informe de la misma fecha, el Dr. x., del mismo Servicio de Cardiología, se ratifica en lo consignado en la historia clínica con ocasión de la asistencia prestada al paciente el 5 de mayo de 2003, adjuntando copia de la correspondiente hoja de dicha historia (folios 429 y 430 exp.).

El informe de 11 de enero de 2006 de los Dres. x, y., del Servicio de Medicina Interna, señala lo siguiente:

"Paciente con bacteriemia por Staphylococcus aureus sensible a meticilina, de adquisición comunitaria, que se complica con endocarditis infecciosa con verruga en válvula mitral y que muestra recidiva que es tratada en mayo de 2004, encontrándose al alta en remisión clínica y microbiológica tras tratamiento adecuado según protocolo."

La isquemia que presentó simultáneamente puede relacionarse como una complicación de la endocarditis bacteriana favorecida por su enfermedad de base hematológica (mielodisplasia) y cardiológica (miocardiopatía hipertrófica)."

CUARTO.- Mediante oficio de 23 de diciembre de 2005, el Director Gerente del Hospital "Reina Sofía" remitió copia de la historia clínica e informe de 21 de diciembre de 2005 de la Dra. x., del Servicio de Medicina Interna (folios 45 y 46 exp.), del que se destaca lo siguiente:

"Ingreso en Agosto 2003, tras acudir al Servicio de Urgencias por herida supurativa de primer dedo de pie derecho tras sufrir un golpe, refiriendo astenia y disnea progresiva con aparición de edemas en miembros inferiores, objetivándose en analítica anemia severa y fiebre, recibiendo tratamiento diurético, transfusión de 3 concentrados de hematíes e iniciándose tratamiento antibiótico con teicoplanina tras hemocultivos positivos a estafilococo aureus, con mejoría del cuadro y siendo trasladado, para seguimiento clínico y completar tratamiento antibiótico, por la Unidad de Hospitalización a Domicilio, con los diagnósticos al alta de:

Insuficiencia Cardiaca Congestiva

Anemia macrocítica severa con repercusión hemodinámica

Bacteriemia por estafilococo aureus

Cardiopatía isquémica

Miocardiopatía hipertrófica apical

Cardiopatía hipertensiva

Micosis digital en manos

Dado que persiste la fiebre, se decide de nuevo ingreso en hospitalización convencional y ampliar estudio, pero el enfermo, tras suspender tratamiento antibiótico y recoger hemocultivos, permanece afebril, con hemocultivos negativos, por lo que se decide alta (leer informe) y seguimiento en Consultas Externas de MI.

En las siguientes revisiones en Consultas externas, el enfermo refería estar asintomático, sin fiebre termometrada, pero en las analíticas de control persistía el aumento de los reactantes de fase aguda, llegando los resultados de serología y estudios inmunológicos, que fueron negativos.

En la última revisión, el enfermo refería que un mes antes presentó cuadro catarral que trató con un antibiótico que no recordó, presentando desde entonces cuadro de astenia importante, pérdida de apetito, pérdida de 5 kilos de peso, exacerbaciones de las lesiones cutáneas que presentaba de forma crónica con prurito, dolor en manos sin impotencia funcional ni inflamación (carpo y metacarpo-falángicas). No refería fiebre, aunque no se la había termometrado, no sudoración, apareciendo 5 días antes de acudir a la consulta lesiones purpúricas, que no

desaparecen con la presión en miembros inferiores, presentando también disestesias en calcetín, ante la sospecha de vasculitis recomiendo ingreso para repetir estudios, realizar biopsia de lesiones y EMG.

Se inició tratamiento corticoideo tras realización de biopsia, más su tratamiento habitual, alternándose periodos sin fiebre con periodos de febrícula, iniciándose tratamiento antibiótico, tras recibir un hemocultivo donde se aislaba *estafilococo aureus*, con teicoplanina, gentamicina, cefalosporina y posteriormente se le añade rifampicina, sin aparición de nuevas lesiones vasculíticas. Se realiza ecocardiografía transesofágica donde se visualiza imagen de trombo apical calcificado antiguo y sobre la misma una imagen nodular compatible con endocarditis, confirmándose con TAC y RNM cardíaca. Durante su evolución presenta isquemia de pie izquierdo, realizándose arteriografía donde se confirma trombo en tercio proximal de segunda porción de arteria poplítea izquierda; se inicia tratamiento con ciclosporina, sin mejoría, por lo que se traslada a CSVA, para realización de trombolisis.

Ante los datos clínicos, analíticos, histológicos y de imagen se llega a los siguientes diagnósticos provisionales:

-ENDOCARDITIS SUBAGUDA SOBRE TROMBO ANTIGUO POR ESTAFILOCOCO AUREUS.

-SÍNDROME MIELODISPLÁSICO CON AFECTACIÓN PREDOMINANTE DE SERIE ROJA.

-VASCULITIS NECROTIZANTE SECUNDARIA CON AFECTACIÓN CUTÁNEA Y SUBCUTÁNEA CON PROBABLE AFECTACIÓN RENAL Y DE NERVIOS PERIFÉRICOS."

QUINTO.- Mediante oficio de 10 de enero de 2006, la Directora Gerente del Hospital "Morales Meseguer" remitió copia de la historia clínica e informe de 5 de enero de 2006 del Dr. (FEA Medicina Intensiva), según el cual:

*"Revisada la Historia Clínica remitida, correspondiente a D. x., me ratifico en el Informe de Exitus de 12 de Noviembre de 2.004. Es decir, el paciente falleció por un fracaso multiorgánico, causado por una infección por cocos gram positivos, siendo la única identificación microbiológica objetiva un *Staphylococcus Haemolyticus* identificado en dos muestras de hemocultivo sobre tres extraídas el día 8 de Noviembre de 2.004."*

SEXTO.- Solicitado informe a la Inspección Médica del SMS, fue emitido el 25 de agosto de 2008, en el que, tras exponer los antecedentes clínicos y analizar el tratamiento dispensado al paciente, concluye lo siguiente:

"1. No se evidencian signos de infección nosocomial en la documentación analizada, por los siguientes hechos:

*- El paciente, el día 05/05/03 es sometido a la realización de ACTP primaria a CD e implante de 4 stents. En su ingreso en UCI, como en su posterior traslado a planta, permanece asintomático y estable hemodinámicamente (sin fiebre ni otros signos de infección), por lo que es dado de alta el 13/05/03. La inoculación directa del *Staphylococcus aureus* al colocar los stents provoca una infección aguda fulminante dada la virulencia del microorganismo y no una endocarditis subaguda diagnosticada (04/03/04), es decir, 10 meses más tarde.*

- En ambos servicios se siguen los protocolos y medidas dirigidas a prevenir las infecciones hospitalarias. Las medidas de asepsia empleadas se basan en las Recomendaciones de Eficacia Probada o Sugeridas por la Experiencia de Eickof.

2. Los hechos que orientan a una infección comunitaria son:

*- Tras su alta hospitalaria el 13/05/03, el paciente reingresó tres meses después (21/08/03) con fiebre, motivo por el que se le solicita hemocultivos al día siguiente a su ingreso, siendo positivo para el *Staphylococcus aureus* (sensible a meticilina). Ajustándose dicha infección a la definición de bacteriemia comunitaria, es decir, aquella detectada dentro de las primeras 48 horas de la hospitalización, no mediando durante ese periodo ninguna actividad asistencial que pudiera haberlo inducido.*

- Entre los antecedentes personales del paciente destacan alteraciones epiteliales (lesiones de rascado de un año de evolución), enfermedades crónicas asociadas a inmunosupresión (síndrome mielodisplásico, hepatopatía crónica, miocardiopatía hipertrófica), así como datos epidemiológicos en relación con factores de riesgo (viajes realizados a vaquerías y granjas ese verano, picaduras de pulgas en EE11...), traumatismo en primer dedo pie derecho con supuración. Todo ello favoreció el paso del microorganismo al torrente circulatorio.

3. La causa de la muerte, en definitiva, se debió a la mala evolución de la infección. La bacteriemia que podría haber sido transitoria, se alteró por la situación patológica cardíaca previa del paciente (miocardiopatía hipertrófica apical con calcificación de trombo antiguo), lo cual favoreció la colonización a distancia del *Staphylococcus aureus* provocando una endocarditis bacteriana y, a su vez, la inmunosupresión favoreció las metástasis a nivel vascular que provocó la vasculitis necrosante".

SÉPTIMO.- Por la mercantil "x", aseguradora del SMS, se aportó informe médico de 24 de noviembre de 2008, del Dr. x., que concluye lo siguiente:

"1. El paciente falleció de un shock hipovolémico secundario a una hemorragia digestiva alta y además por una sepsis por *Estafilococo hemolítico*, dentro de una enfermedad muy grave como era una vasculitis necrotizante que le llevó a varias intervenciones para amputación de miembros inferiores.

2. El paciente no falleció por una sepsis por *Estafilococo aureus*.

3. El paciente estaba curado de la endocarditis por *estafilococo aureus* que había padecido, ya que no volvió a tener problemas relacionados con esta enfermedad ni con este germen.

4. La infección por *estafilococo aureus* inicial y la sucesiva (con endocarditis) pudieron ser adquiridas fuera del hospital, ya que el paciente tenía factores de riesgo sistémicos (diabetes) y además locales (heridas de la piel) que pudieron ser la fuente de la infección. No necesariamente, por tanto, la endocarditis fue de adquisición dentro del hospital, no se encuentra esa relación entre la intervención para colocación de los stents y la bacteriemia por *estafilococo aureus*."

OCTAVO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes, el 26 de enero de 2009 el reclamante presenta escrito en el que se ratifica en su reclamación inicial, apoyándose en el informe de 19 de enero de 2009 del Dr. x., del que se destaca lo siguiente:

"A. En ningún momento se afirma que x. falleciese por una Endocarditis, sino por una sepsis causada por el *S. Aureus*. Esta infección fue tratada desde su segundo ingreso hospitalario, en agosto de 2003, recurriendo en diversas ocasiones.

B. Si la Sepsis causó o no una Endocarditis, no es motivo de esta discusión. Lo cierto es que falleció a causa de la Sepsis. La presencia de una Hemorragia digestiva la interpreto como causada por una "Ulcera de Estrés". El resultado de la endoscopia no habla concretamente de una hemorragia masiva aunque es cierto que se habla de shock por causa de la Hemorragia.

C. No consta la existencia de lesión alguna en el pie derecho, excepto una referencia indirecta. No hemos podido encontrar el diagnóstico de Panarteritis Nodosa en la documentación clínica. Las lesiones pruriginosas cutáneas eran antiguas y, al parecer, de larga evolución, no pudiendo ser interpretadas cabalmente como puerta de entrada del *Estafilococo* para producir una sepsis.

D. Por tanto, mantengo que, ante la ausencia de otras causas inmediatas, y dada la existencia de datos clínicos suficientes, pueden establecerse las conclusiones ya expresadas en el informe de 04 de Noviembre de 2005 que se amplían en las actuales CONCLUSIONES:

- El cuadro que condujo a la muerte del paciente se desarrolló a causa de un proceso séptico mal controlado, sobre la base de la Endocarditis que sobrevino, y un fracaso multiorgánico. Es la situación séptica la que causa el fracaso multiorgánico y la Endocarditis y, cualquiera de estas circunstancias, son suficientes para derivar en el éxitus.

- Los cuadros patológicos por los que también fue tratado a lo largo del año 2004, especialmente la amputación de ambos miembros inferiores, tuvieron un buen resultado, pudiendo el paciente regresar a su domicilio tras estos procesos, sin necesitar nuevas revisiones, por lo que descartamos cualquier nexo causal entre ellos y el fallecimiento.

- Posiblemente la Vasculitis causó la Neuropatía y aquélla fue causada a su vez por una reacción inmunitaria sobre la estructura vascular, ocasionada por la persistente infección."

NOVENO.- Dicho informe se trasladó a la Inspección Médica del SMS a efectos de que emitiese informe complementario, evacuado el 15 de abril de 2009, en el que se remite al emitido en su momento y añade lo siguiente:

*"La muerte de x. se produce efectivamente por una mala evolución de una infección por *Staphylococcus aureus* a pesar de ser tratada correctamente, dicha infección no cumple los criterios de nosocomial, puesto que es dado de alta asintomático el 13/05/03, reingresando 3 meses después (21/08/03) con fiebre, motivo por el que se le solicitan los hemocultivos, confirmándose *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina y detectada dentro de las 48 horas de hospitalización, no mediando durante este período actividad asistencial que pudiera haberlo inducido."*

- *Las enfermedades concomitantes padecidas por el paciente pudieron influir en esa mala respuesta al tratamiento, y reiterar que la bacteriemia, que podía haber sido transitoria, se alteró por la situación patológica cardíaca (el diagnóstico principal con el que es dado de alta fue Insuficiencia Cardiaca Congestiva, Anemia Macrocritíca severa con repercusión hemodinámica, Síndrome Mielodisplásico, Hepatopatía crónica de origen alcohólico, Bacteriemia por Estafilococo dorado, Cardiopatía isquémica, Micosis digital en manos y Miocardiopatía Hipertrófica Apical con calcificación de trombo antiguo), todo ello favoreció la colonización a distancia del *Staphylococcus*, provocando una endocarditis bacteriana y, a su vez, la inmunosupresión favoreció la metástasis a nivel vascular que provocó la vasculitis necrosante."*

DÉCIMO.- Otorgado nuevo trámite de audiencia a las partes, el 2 de junio de 2009 el reclamante presenta escrito en el que se ratifica en lo alegado en sus escritos anteriores, oponiéndose a las conclusiones del informe de la Inspección Médica.

UNDÉCIMO.- El 19 de junio de 2009 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por considerar, conforme con los informes emitidos, que no se ha acreditado la existencia de mala praxis médica o infracción a la *"lex artis ad hoc"*, por lo que no existe relación de causalidad jurídicamente adecuada entre los daños por los que se reclama indemnización y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios regionales. Propuesta de resolución que fue remitida a este Consejo Jurídico, junto al expediente y su extracto e índice reglamentarios, en solicitud de su preceptivo Dictamen, y que constituye el objeto del presente.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, concurriendo con ello el supuesto previsto en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, reguladora de este Consejo Jurídico.

SEGUNDA.- Legitimación, procedimiento y plazo.

I. Según se expresa en el primer párrafo de la reclamación objeto del presente procedimiento, el interesado reclama indemnización a título propio - es decir, como persona que experimenta el daño moral por el fallecimiento de su padre, a consecuencia, según alega, del mal funcionamiento de los servicios públicos sanitarios regionales- y, además, en nombre de la comunidad hereditaria causada por el fallecimiento de éste, compuesta, según manifiesta, por la viuda y los hijos que se citan en dicho escrito de reclamación, en el cual solicita que se abone *"a la comunidad hereditaria de x. la cantidad de 128.104,54 euros, correspondiendo a cada uno de los herederos las cantidades detalladas en el apartado V de los fundamentos de derecho"* (en el que se desglosan las cantidades que, como indemnización básica por muerte, se establecen en el baremo aplicable en materia de accidentes de circulación, correspondientes al cónyuge y los hijos del fallecido mayores de 25 años, incluido el compareciente).

Por lo que se refiere a la reclamación formulada en nombre de la referida comunidad hereditaria, debe decirse que, sin cuestionar que el compareciente, como presunto coheredero, pueda reclamar en nombre o interés de aquélla, la misma no tiene legitimación para reclamar o reconocérsele indemnización por los daños morales derivados del fallecimiento del causante, ya que, dada la naturaleza personalísima de tales daños, sólo cabe referirlos a personas físicas en su condición de parientes del fallecido, que son los que sufren personalmente tal

daño, de forma que el derecho al resarcimiento es propio de ellos y no pertenece o se integra en la herencia de aquél, ni, consiguientemente, en el patrimonio de los herederos a título de tales. Cuestión distinta es la legitimación de los herederos en su condición de parientes directos del fallecido.

Por ello, en el presente caso debe negarse legitimación activa a la comunidad hereditaria en cuyo favor reclama el compareciente, si bien procede requerirle para que acredite la debida representación de su madre y los hermanos que cita en el escrito de reclamación, representación que sólo podría ser otorgada de forma expresa y a título personal (artículo 32.4 LPAC). Todo lo anterior deberá ser consignado en la resolución que ponga fin al procedimiento, debiendo actuar en este punto conforme resulte del indicado trámite.

Por otra parte, y en todo caso, al compareciente cabe reconocerle legitimación activa para reclamar indemnización para sí mismo a título propio -como hijo, y no meramente heredero, del fallecido, según se ha dicho-, como así parece que también actúa en este procedimiento, según se desprende del escrito de reclamación.

La legitimación pasiva corresponde, en principio, a la Administración regional, por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria.

II. No hay objeción que realizar sobre la temporaneidad de la reclamación, conforme 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 (LPAC).

III. En cuanto al procedimiento tratado, se han seguido las formalidades esenciales propias de esta clase de procedimientos.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: "*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*". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "*el derecho a la protección de la salud*", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del médico ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las

reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* 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 le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (SAN, Sección 4^a, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, así, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, la STS, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente 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 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 otras dolencias del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) (ello) supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad, que podría declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que no pudieran evitar la muerte de un paciente o las lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica realizada conforme a la *lex artis*, entre otros supuestos posibles.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la Sanidad Pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios regionales y los daños por los que se reclama: falta de acreditación.

Aplicadas las precedentes Consideraciones al caso que nos ocupa, no puede considerarse acreditada la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el alegado mal funcionamiento de los servicios públicos sanitarios regionales y el daño por el que se reclama indemnización. Si bien en su escrito inicial el reclamante alegó que dicho mal funcionamiento estribó en el contagio al paciente de *Staphilococo aureus* con ocasión de la intervención quirúrgica de colocación de 4 stents realizada el 5 de mayo de 2003 en el hospital *"Virgen de la Arrixaca"*, alegando que ello se había producido por no cumplirse en la intervención las necesarias medidas

profilácticas para evitar la infección nosocomial, en los posteriores escritos de alegaciones omite toda referencia a dicha intervención como origen del contagio, y sostiene, con base en el informe pericial que aporta, que el fallecimiento de su padre se debió a "un proceso séptico mal controlado sobre la base de la endocarditis que sobrevino", con lo que viene a imputar a los servicios públicos una mala praxis en el tratamiento de dicha sepsis, debiéndose destacar que tal informe no señala ni indiciariamente en qué pudo ser inadecuado el tratamiento que, durante sus diversas asistencias hospitalarias, se dispensó al paciente para tratar la sepsis por staphilococo aureus, por lo que no cabe apreciar mala praxis en dicho tratamiento.

Por otra parte, e incidiendo en el origen del contagio, hospitalario o comunitario, de los agentes infecciosos que se advirtieron en el paciente, y aunque los informes de la Inspección Médica del SMS y de la compañía aseguradora no coinciden acerca de cuál fue el que contribuyó al fallo multiorgánico causante del fallecimiento (el primero alude al staphilococo aureus, y el segundo al staphilococo haemolyticus a que se refiere el informe transcrita en el Antecedente Sexto), lo cierto es que ello no resulta decisivo para las pretensiones del reclamante. En la primera hipótesis, el informe de la Inspección señala que "tras su alta hospitalaria el 13/05/03, el paciente reingresó tres meses después (21/08/03) con fiebre, motivo por el que se le solicita hemocultivos al día siguiente a su ingreso, siendo positivo para el *Staphylococcus aureus* (sensible a meticilina). Ajustándose dicha infección a la definición de bacteriemia comunitaria, es decir, aquella detectada dentro de las primeras 48 horas de la hospitalización, **no mediando durante ese periodo ninguna actividad asistencial que pudiera haberlo inducido.**" Asimismo señala que "entre los antecedentes personales del paciente destacan alteraciones epiteliales (lesiones de rascado de un año de evolución), enfermedades crónicas asociadas a inmunosupresión (síndrome mielodisplásico, hepatopatía crónica, miocardiopatía hipertrófica), así como datos epidemiológicos en relación con factores de riesgo (viajes realizados a vaquerías y granjas ese verano, picaduras de pulgas en EE11...), traumatismo en primer dedo pie derecho con supuración. Todo ello favoreció el paso del microorganismo al torrente circulatorio." Y, en la hipótesis del staphilococo haemolyticus, advertida esta infección en el último ingreso del paciente y con ocasión de su fallecimiento, no hay ninguna circunstancia concluyente para afirmar su origen nosocomial, vistos los informes emitidos.

Por todo lo anterior, no cabe deducir con el suficiente grado de certeza que el origen del fallecimiento del paciente fuera una infección nosocomial u hospitalaria ni, en consecuencia, puede considerarse acreditado un anormal funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, ni, en todo caso, que estuviera vinculado con la necesaria y adecuada relación de causalidad con el fallecimiento del paciente.

En consecuencia, no concurriendo los requisitos necesarios para la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración regional, procede desestimar la reclamación objeto del procedimiento de referencia.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Procede requerir al interesado para que acredite la debida representación del cónyuge e hijos del fallecido a que se refiere en el escrito de reclamación, en los términos y por las razones expresadas en la Consideración Segunda, I del presente Dictamen. Debe declararse la falta de legitimación activa de la comunidad hereditaria del fallecido, por las razones asimismo expresadas en dicha Consideración.

SEGUNDA.- No se acredita la existencia de la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en la Consideración Cuarta del presente Dictamen.

TERCERA.- En consecuencia, una vez se actúe conforme con lo indicado en la Conclusión Primera, la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.