



## ANTECEDENTES

**PRIMERO.**- Con fecha 9 de julio de 2008, x. presenta reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del Servicio Murciano de Salud.

Según el relato fáctico contenido en la reclamación, el 22 de diciembre de 2005, el paciente es intervenido quirúrgicamente bajo anestesia epidural para reparación de una rotura de menisco izquierdo mediante artroscopia. La operación se lleva a cabo en el Hospital "Mesa del Castillo", de Murcia, centro concertado con el Servicio Murciano de Salud.

Tras recuperarse de la anestesia y recibir el alta médica, en la madrugada del día siguiente, día 23, presenta fiebre alta, cefalea intensa y escalofríos, siendo atendido domiciliariamente por el SUAP, que decide su traslado al Hospital "Virgen de la Arrixaca", de Murcia.

En la exploración a que se le somete en Urgencias, se detecta desorientación, tendencia al sueño, rigidez de nuca marcada y signos positivos de meningismo, por lo que fue ingresado en la planta de Neurología, con el diagnóstico de "meningitis bacteriana".

En la visita que al día siguiente, 24 de diciembre, realiza el especialista en Neurología, anota en la hoja de evolución el siguiente juicio diagnóstico: "meningitis bacteriana post anestesia epidural". Tras 11 días hospitalizado, recibe el alta médica el 2 de enero de 2006, citándolo para revisión con el Neurólogo de zona.

El 5 de enero, obtiene la baja laboral por incapacidad temporal por contingencias comunes, con diagnóstico de "*ansiedad reactiva a proceso orgánico meningitis*", situación en la que se mantuvo, hasta el 16 de abril de 2006.

El 12 de enero de 2006 acude a su Médico de Atención Primaria, que formula una interconsulta al Servicio de Neurología, donde constan los siguientes síntomas: "tristeza, ansiedad, cefaleas, probable trastorno de la personalidad a valorar, Tr. adaptativo con síntomas mixtos F43 del CIE-10. Se pauta tratamiento con Lexatin 1,5 1-0-1 y Stilmox 0-0-1".

El 26 de enero, en consultas externas de Neurología, se le pautó lexatin. Los siguientes días 3, 13 y 27 de febrero, tuvo consulta de Neurocirugía.

El 23 de mayo de 2006, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca por intensa cefalea. En el parte de asistencia consta como antecedente: "meningitis bacteriana", y en enfermedad actual refiere: "cefalea holocraneal, en ocasiones opresiva, en otras ocasiones tipo pinchazo, etc....Cefalea de meses de evolución".

El 14 de junio de 2006, se somete a revisión en el Servicio de Neurología del Hospital "Reina Sofía" de Murcia, por cefalea de carácter vascular. Ha seguido revisiones periódicas en el indicado Servicio, hasta el año 2008, persistiendo en la actualidad las cefaleas.

Afirma el reclamante que, por los hechos expuestos, presentó una denuncia ante el Juzgado de Instrucción nº 3, de Murcia, y se incoaron Diligencias Previas 1.740/2006, que fueron archivadas por auto de 18 de diciembre de

2006. Recurrido ante la Audiencia Provincial de Murcia, dicta Auto de 9 de julio de 2007 que confirma el anterior. Esta última resolución es notificada al interesado el 18 de julio. En ambas resoluciones se sitúa la causa de la infección en alguno de los miembros del equipo que realizó la intervención y se alude a un informe emitido por el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad, en relación con un brote epidémico de meningitis post-raquianestesia, en el que se determinó que la causa de la meningitis bacteriana que le afectó fue la práctica inadecuada de las técnicas de asepsia y antisepsia y posible contaminación por un portador de la Clínica "Mesa del Castillo".

El Auto del Juzgado decretando el sobreseimiento provisional se expresa en los siguientes términos: "*x., fue intervenido quirúrgicamente el día 22 de diciembre de 2005, en el Hospital Mesa del Castillo, de Murcia de patología meniscal en rodilla izquierda, contrayendo una meningitis aguda que precisó tratamiento hospitalario durante 11 días, siendo dado de alta sin tratamiento específico, aunque ha seguido controles periódicos por su médico de cabecera y neurólogo de zona. Según consta en el informe del Médico Forense, la aparición de una meningitis bacteriana tras la aplicación de anestesia epidural, es una complicación rara de dicha técnica. El análisis microbiológico, constató que se trató de una meningitis bacteriana post anestesia epidural, por estreptococo viridans especie "mitis". Este germen se encontraba, al parecer, en la boca (mucosa orofaringea) del propio paciente o en la de algún miembro del personal, que intervino en la operación, sin que, tras la investigación realizada por los inspectores del Servicio Murciano de Salud se haya podido determinar, ni siquiera por contraste con otros casos que aparecieran en las mismas fechas, qué miembro del equipo que realizó la operación, podía estar afectado por dicho germen.*"

Para el reclamante, los daños son imputables al Servicio Murciano de Salud, que lo remitió para ser atendido a su cargo, a un centro sanitario que no reunía las condiciones mínimas de asepsia en la práctica de la raquianestesia, y que fue la causa del contagio de la meningitis bacteriana que sufrió. Sigue una indemnización de 155.000 euros, en concepto de secuelas (cefaleas, pérdida de memoria y desorientación), tiempo de estabilización lesional (más de dos años de tratamiento), y "premio doloris", con estrés postraumático.

Finalmente, concluye su escrito proponiendo prueba documental consistente en la aportación de copia de la historia clínica correspondiente a la asistencia sanitaria prestada en los diferentes hospitales y centros sanitarios públicos, así como el expediente tramitado en la Dirección General de Salud Pública incoado por los hechos relatados en la reclamación. Propone, asimismo, prueba testifical del autor del informe del Servicio de Inspección de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, incorporado al referido expediente.

El reclamante adjunta a su solicitud copia de la documentación clínica que obraba en su poder, de los partes de baja y alta médica, (del periodo en que permaneció en situación de incapacidad temporal), así como del procedimiento penal seguido por los hechos relatados.

**SEGUNDO.-** Con fecha 15 de julio de 2008, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud admite a trámite la reclamación y encarga su tramitación al Servicio Jurídico del Ente, que procede a comunicar al interesado los extremos exigidos por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC). Asimismo comunica la reclamación a la aseguradora del Servicio Murciano de Salud y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Se recaba de los Hospitales y de la Gerencia de Atención Primaria su historia clínica e informe de los profesionales que atendieron al paciente. Del mismo modo, se solicita a la Dirección General de Salud Pública que remita documentación relativa al expediente tramitado por el Servicio de Epidemiología en relación con los hechos en los que se basa la reclamación.

A la Audiencia Provincial de Murcia, por su parte, se pide copia testimoniada de las diligencias previas seguidas por los referidos hechos.

**TERCERO.-** Recabada tras diversas incidencias la documentación clínica e informes de los facultativos intervinientes, destacan los siguientes extremos:

- La atención en el Hospital "Mesa del Castillo" responde a una intervención programada por gonalgia con diagnóstico de rotura meniscal para cirugía, que se lleva a cabo por artroscopia y bajo anestesia subaracnoidea o

espinal. Tanto la operación como el postoperatorio inmediato cursan sin incidencias.

- El ingreso en el Hospital "Virgen de la Arrixaca" se produce a las pocas horas de haberse intervenido de una cirugía meniscal. El informe del facultativo del Servicio de Urgencias indica que "*El paciente refería cefalea y en exploración física se encuentra consciente y desorientado con tendencia al sueño, y signos físicos de meningismo (rigidez de nuca). Ante la sospecha de meningitis aguda, se inicia tratamiento antibiótico a las 10,30 horas. Se solicita analítica y TAC craneal; se realiza extracción de líquido cefalorraquídeo mediante punción lumbar, cuyo resultado informó, tras cultivo, de meningitis bacteriana por streptococo viridans. El paciente ingresó a cargo del Servicio de Neurología en situación de estabilidad clínica*". Este último servicio confirma el diagnóstico de "meningitis aguda por estreptococo viridans".

**CUARTO.-** El informe del Servicio de Epidemiología, realizado tras conocer la existencia de diversos casos de meningitis bacteriana asociados a intervenciones quirúrgicas efectuadas bajo raquianestesia en el Hospital Mesa del Castillo, manifiesta que:

*"En total se ha recibido notificación de cinco casos de meningitis aguda a lo largo de 2005, cuatro de meningitis bacteriana, que tras investigar la presencia de antecedentes quirúrgicos anteriores a la presentación del cuadro de meningitis, todos tenían los mismos antecedentes de intervención quirúrgica bajo raquianestesia. Según la información recibida del Hospital Mesa del Castillo, las fechas de intervención de los casos fueron 17/02/2005, 17/10/2005, 17/10/2005, 21/12/2005, y 22/12/2005.*

*Los cinco casos investigados presentaron antecedentes quirúrgicos efectuados bajo procedimientos de raquianestesia. Todos los casos fueron intervenidos mediante artroscopia, en tres de los casos, se practica una intervención de meniscectomía, en un caso se practicó la extracción de material de osteosíntesis, y en otro caso la extirpación de cuerpo libre de rodilla".*

Recoge también el informe otro del Servicio de Inspecciones de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, que plasma diversas anomalías advertidas en visita de inspección al hospital concertado. Se dice en el informe que "*el procedimiento de raquianestesia está protocolizado aunque con poca precisión respecto a los requisitos de asepsia y antisepsia, detectándose actividades de riesgo. Las conclusiones de dicha inspección fueron de meningitis bacterianas originadas por práctica inadecuada de las técnicas de asepsia y antisepsia y posible contaminación por un portador*"

**QUINTO.-** Comunicada la reclamación al Hospital Mesa del Castillo, se persona en el procedimiento, solicitando que se le diera traslado de todo lo actuado en el mismo.

**SEXTO.-** Recabado el informe del Servicio de Prestaciones Asistenciales (Inspección Médica), se emite con las siguientes conclusiones:

*"2.- El reclamante es el quinto y último caso perteneciente a un brote epidémico de 5 casos de meningitis post-raquianestesia detectado por el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad en un hospital concertado por el SMS (HMC), en un intervalo de tiempo de 10 meses (del 19/02/2005 al 23/12/2005). La coincidencia de los casos en un mismo hospital, en un único servicio, en un corto intervalo de tiempo hizo sospechar una posible violación de las técnicas de asepsia relacionadas con la raquianestesia.*

*3.- Todos los casos presentaron clínica y perfil de LCR compatibles con etiología bacteriana. Esta etiología se fundamenta en los siguientes hechos:*

a) Informe de la Inspección de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de no cumplimiento de las medidas de asepsia/antisepsia en parte del personal sanitario de quirófano (no uso de mascarillas, ni guantes, ni lavado de manos por parte del celador/auxiliar y enfermero instrumentista). Se comprobó coincidencias de profesionales en los 4 últimos casos.

b) Corto intervalo de tiempo entre los casos. Los casos 2 y 3 fueron intervenidos el mismo día. Los casos 5 y 6 fueron consecutivos (día 22/12/2005 y 23/12/2005) y en este último, el cultivo del LCR y hemocultivo fueron positivos. El corto intervalo de tiempo entre los casos podría ser una indicación clara de fuente común de contaminación.

c) La tasa de ataque (indicador de incidencia) era muy alta: 2,6 casos por 1.000 pacientes. La alta tasa de ataque en relación con la incidencia habitual (0,045 casos por 1.000 intervenidos) para esta práctica anestésica, es un indicador claro de brote epidémico con un probable denominador común.

d) El perfil del LCR era característico de meningitis bacteriana con líquido turbio y consumo importante de glucosa con proteínas altas, al que se añadía la elevación de un reactante de fase aguda, como es la PCR en sangre periférica, que caracteriza los procesos infecciosos bacterianos.

e) La toma previa de antibióticos, independientemente de la duración del tratamiento, pudo negativizar los cultivos del LCR (entre las 2 y 4 horas de iniciada una antibioticoterapia parenteral el LCR puede alcanzar la completa esterilización). Sólo en el último caso, que no recibió antibioticoterapia previa, se obtuvo crecimiento en el LCR y en el hemocultivo de *Streptococcus viridans* y *Streptococcus mitis* respectivamente.

f) Estos microorganismos son los más frecuentemente aislados en meningitis bacterianas post-raquianestesia en los últimos años. Tienen baja afinidad por las meninges causando sólo el 0.3-2.4 % de todos los casos de meningitis purulentas, por lo que se entiende que es necesario un procedimiento invasivo para llegar a meninges.

4.- Las meningitis bacterianas post-raquianestesia aunque están incluidas dentro de las meningitis nosocomiales, éstas presentan características propias, siendo los gérmenes causantes distintos de los habituales. Son *Estafilococos* y *Estreptococos* los más frecuentemente involucrados en cuadros donde se plantea una contaminación exógena desde la orofaringe del operador que no usa mascarilla, que realiza una inadecuada desinfección del paciente o debido a la contaminación de las soluciones de desinfección.

5.- En el caso particular de x. apoyan esta etiología, aparte de los datos anteriormente expuestos, los siguientes datos clínicos: a) No hubo toma previa de AINES; b) El cultivo de LCR fue positivo con crecimiento bacteriano. Se aísla en éste, *Streptococcus viridans* y en los hemocultivos *Streptococcus mitis* (grupo viridans) con igual sensibilidad antibiótica; c) la violación de las medidas de asepsia/antisepsia del procedimiento anestésico; d) la relación de proximidad en el tiempo con el resto de casos descritos en el brote epidémico: al día siguiente del caso n° 4 y a dos meses de los casos n° 2 y n° 3 que ocurren el mismo día; y e) las características del LCR (proteínas altas y consumo de glucosa) que caracterizan a las meningitis bacterianas.

*6.- La no existencia de una relación temporal con un fármaco desencadenante (principalmente AINES) y la existencia de cultivos bacterianos positivos en el LCR y hemocultivos; añadido a la existencia de un fallo de las medidas de asepsia y antisepsia en el procedimiento de raquianestesia, excluye con una alta probabilidad la etiología medicamentosa o química de la meningitis.*

*7.- También se descarta la cefalea post-punción dural (CPPD), por las características del LCR y del hemograma, la clínica (aparición de fiebre que no es habitual en la CPPD) y el uso de una aguja de punción de punta de lápiz que reduce la frecuencia de aparición de esta complicación.*

*8.- En el caso de x. existe una clara relación causa-efecto entre la violación de las medidas de asepsia en el quirófano y la producción de una meningitis bacteriana iatrógena post-raquianestesia. El paciente requirió ingreso hospitalario durante 11 días y, tras curación del episodio de meningitis aguda, permaneció en situación de incapacidad temporal durante el periodo de 76 días por "ansiedad reactiva a proceso orgánico (meningitis)" y cefalea frontal y occipital tensional episódica que requirió ingreso el 13/06/2006 siendo alta por curación o mejoría el 26/09/2006.*

*9.- Según los informes neurológicos, del centro de salud mental y centro de atención primaria, es probable que la causa o desencadenante de las cefaleas que persisten en la actualidad, no estén únicamente relacionadas con el episodio de meningitis, sino más probablemente con los antecedentes personales de insomnio, cefaleas acompañadas de mareos relacionados con estrés y crisis de ansiedad que sufría el paciente, previos al episodio de meningitis bacteriana".*

**SÉPTIMO.-** A efectos de cuantificar el daño alegado por el reclamante, se solicitó a la correduría de seguros, que emitiese dictamen pericial de valoración de daño corporal. Su conclusión es que el daño causado al reclamante puede valorarse en 10.052, 55 euros, importe en el que se incluyen los días de hospitalización (10), días impeditivos (100) y secuela. Como tal se valora en 5 puntos la agravación de patología psiquiátrica previa. Descarta calificar como secuela la cefalea, pues ésta es síntoma de la meningitis y, además, el paciente ya había consultado con anterioridad a la intervención por problemas de cefalea. Tras estudio realizado en junio de 2006 se diagnostica como cefalea tensional, por lo que se considera directamente relacionada con el cuadro psiquiátrico ya considerado.

**OCTAVO.-** Conferido trámite de audiencia a los interesados (reclamante, Hospital concertado y aseguradora del SMS), no consta que hicieran uso del mismo, al no presentar alegación o documentación adicional alguna.

Consta en el expediente un dictamen médico aportado por la aseguradora del SMS, que alcanza las siguientes conclusiones:

"1. *El paciente presentó una complicación poco frecuente pero típica tras la anestesia espinal.*

2. *El paciente fue diagnosticado y tratado de manera rápida y eficaz.*

3. *El informe del anestesiólogo afirma que se tomaron las medidas de asepsia correctas según las distintas Sociedades Científicas".*

**NOVENO.**- Consta en el expediente que por el reclamante se interpuso recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de su solicitud, que se tramita por la Sala del correspondiente orden jurisdiccional del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, con el número de procedimiento ordinario 457/2009.

**DÉCIMO.**- El 25 de marzo de 2010, el órgano instructor formula propuesta de resolución parcialmente estimatoria de la reclamación, declarando el derecho del solicitante a ser indemnizado en cuantía de 10.052,55 euros por parte del Hospital concertado en cuyas instalaciones contrajo la meningitis bacteriana.

En tal estado de tramitación y tras incorporar los preceptivos índice de documentos y extracto de secretaría, se remitió el expediente en solicitud de Dictamen mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 9 de abril de 2010.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

## CONSIDERACIONES

### **PRIMERA.- Carácter del Dictamen.**

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico.

### **SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.**

1. En cuanto a la legitimación activa, la condición de interesado del reclamante para ejercitar la acción de reclamación frente a la Administración regional, viene dada por la condición de usuario de un centro sanitario público, o de un centro privado concertado por derivación de la sanidad pública, como concurre en el presente supuesto, a tenor de lo previsto en el artículo 139.1 LPAC, en relación con el artículo 4.1 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

Respecto a la legitimación pasiva, el reclamante atribuye la infección bacteriana a la intervención de meniscectomía por artroscopia que se le practicó en el Hospital Mesa del Castillo el 22 de diciembre de 2005, siendo dicho centro de titularidad privada concertado con la Consejería de Sanidad y, por esta vinculación con el sistema regional de salud, ejerce la acción de reclamación frente al Servicio Murciano de Salud.

A este respecto conviene traer a colación nuestra doctrina en relación con los centros concertados de la sanidad pública, reproduciendo el siguiente párrafo del Dictamen núm. 136/2003:

"Esta circunstancia no altera el hecho de que el servicio que se presta es público y la titularidad del mismo la ostenta la Administración, con independencia de que se gestione por un tercero; por ello, sería injusto que el grado de responsabilidad derivado de la prestación de un servicio público dependa de la forma en que se realice el servicio por los poderes públicos, sin olvidar que los centros concertados están sujetos a la inspección y control de la autoridad sanitaria (artículo 67.5 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad). Así lo ha reconocido el Consejo de Estado, entre otros, en su Dictamen nº. 85/2002, de 31 de enero, en relación con una reclamación sobre la asistencia sanitaria prestada por un centro concertado: "el hecho de que la asistencia sanitaria disputada se haya prestado en un Hospital concertado con el INSALUD no es obstáculo para el examen de fondo de la reclamación planteada, ni para su eventual estimación, pues, en otro caso, se estaría colocando a los pacientes que son remitidos a los centros, por decisión de la Administración sanitaria, en una peor situación que el resto de los ciudadanos que permanecen en los establecimientos hospitalarios públicos".

Como plasmación de lo expuesto, la Disposición Adicional Duodécima de la LPAC, introducida por la Ley 4/1999, de 13 de enero, establece: "La responsabilidad patrimonial de las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como de las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellas, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria, y las correspondientes reclamaciones, seguirán la tramitación administrativa prevista en esta Ley, correspondiendo su revisión jurisdiccional al orden contencioso administrativo".

En el presente supuesto, queda documentada en el expediente la derivación del paciente al centro concertado por la sanidad pública (páginas 333 y ss) y consta la factura remitida por éste al Servicio Murciano de Salud, en donde se especifica como cobertura la lista de espera de cupo. En todo caso, aunque la asistencia haya sido prestada por derivación de la sanidad pública, dicho centro asistencial debe asumir la indemnización de los daños que se causen a terceros como consecuencia de las operaciones que requiera el desarrollo del servicio, excepto cuando el daño se haya producido por causas imputables a la Administración.

2. También se cumple el requisito temporal, en cuanto que la reclamación se ha presentado dentro del año previsto en el artículo 142.5 LPAC, considerando el efecto interruptivo que, respecto del plazo de prescripción del derecho a reclamar, tiene el proceso penal seguido por los mismos hechos y que finalizó por Auto 106/2007, de 9 de julio, de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Murcia, por el que se desestima el recurso de apelación interpuesto contra la desestimación de recurso de reforma que impugna el Auto de sobreseimiento provisional dictado el 18 de diciembre de 2006, por el Juzgado de Instrucción número 3 de Murcia. Y es que, aunque no consta, salvo la manifestación del actor, la fecha de notificación del Auto que resuelve la apelación al representante del interesado, su fecha permite considerar que la reclamación, presentada el 9 de julio de 2008, fue temporánea.

3. Por último, analizada la tramitación del procedimiento, se advierte que se ha seguido, en líneas generales, lo establecido por el RRP para este tipo de reclamaciones, salvo el tiempo máximo para resolver que ha rebasado ampliamente el previsto en el artículo 13.3 del citado Reglamento, al demorarse, en exceso, el informe de la Inspección Médica; en cualquier caso, se han cumplimentado las garantías de audiencia a los interesados, entre ellas las del centro sanitario concertado.

### **TERCERA.- Concurrencia de los requisitos que determinan la responsabilidad patrimonial de la Administración.**

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada 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.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y ss. 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 grupos de personas.
- b) Que el daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una 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.

Especialmente, respecto a las infecciones hospitalarias y las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ante las Administraciones Públicas sanitarias, conviene extraer tres consideraciones en las que se centra la jurisprudencia, incorporadas ya a la doctrina del Consejo Jurídico (por todos, Dictamen núm. 121/08):

1ª) La mera constancia de una infección en el contexto hospitalario no es título de imputación suficiente de responsabilidad. Ello conllevaría una radical objetivación de la responsabilidad, contraria a aquella doctrina jurisprudencial, común a todos los casos en que se pretende la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas derivada de la asistencia sanitaria, que propugna que "...frente al principio de responsabilidad objetiva que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y curativo de todas las dolencias, ha de recordarse el criterio que sostiene este Tribunal de que la responsabilidad de la Administración sanitaria es la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero no garantizador de resultado, en el sentido de que es exigible de la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales, pero en modo alguno puede determinar la existencia de una responsabilidad una actuación médica que se haya acomodado a la lex artis, es decir, al estado de la ciencia existente en aquel momento, puesto que no cabe entender que el principio de responsabilidad objetiva instaurado en el artículo 139 y siguientes de la LPAC conduce a la consecuencia que parece estimar la recurrente de hacer responsable a la Administración de cualquier circunstancia afectante al paciente con independencia de una correcta actuación y prestación de los servicios sanitarios médicos, pues apreciarlo así convertiría a la Administración en una aseguradora universal de cualquier daño" (Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de junio de 2007).

Esta doctrina, por tanto, no encuentra excepción en el ámbito de las infecciones hospitalarias, debiendo concurrir el resto de presupuestos citados con anterioridad para el surgimiento de la obligación de indemnizar.

2ª) Ha de atenderse al carácter evitable o no de la infección, es decir, si se adoptaron por la Administración sanitaria o, en este caso, por el centro concertado al que se derivó al paciente, todas las medidas posibles para evitar la infección, lo que nos conecta, inevitablemente, con el criterio de la "lex artis", que 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 sentencias (Por todas, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001). En este sentido, la *lex artis* es un criterio de normalidad de carácter relativo que se aplica "ad hoc", en relación siempre a un caso concreto, y que exige, en su aplicación al presente supuesto, la adopción por parte del servicio responsable de la adaptación de unas medidas adecuadas para evitar la contaminación.

Consecuencia de lo anterior es que si el daño alegado pudo evitarse, cabe afirmar su antijuridicidad, es decir, que el paciente no está obligado a soportarlo (artículo 141.1 LPAC).

3ª) También ha de atenderse en estos casos a aquellos principios generales de la prueba que pueden modular la distribución de su carga, tomando en consideración tanto el principio de disponibilidad y facilidad probatoria hoy consagrado en el artículo 217.6 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, como la imposibilidad de probar un hecho negativo. En aplicación de tales criterios, correspondería a la Administración sanitaria acreditar qué medidas se adoptaron en orden a evitar el contagio, pues pretender que fuera el reclamante quien hubiera de probar que aquéllas no se adoptaron le abocaría a una verdadera *probatio diabolica*.

Aplicadas las anteriores consideraciones al presente supuesto, se alcanzan las siguientes conclusiones:

1ª) Es evidente la existencia de un daño, pues el paciente requirió ingreso hospitalario durante 10 días por un episodio de meningitis aguda, que le obligó a permanecer en situación de incapacidad temporal durante 100 días más (del 5 de enero al 17 de abril de 2006) por presentar ansiedad reactiva a la meningitis, reuniendo, en consecuencia, las características exigidas por el ordenamiento como requisito para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial (individualizado, efectivo y evaluable económicamente), si bien su extensión, conceptos y cuantía reclamada serán objeto de consideración posterior.

2ª) También se desprende de las actuaciones que la infección se produjo en el ámbito hospitalario, pues así se recoge en el informe de la Inspección Sanitaria, que revela la existencia de un brote epidémico de 5 casos de meningitis post-raquianestesia, detectado por el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad en el centro concertado donde se intervino al paciente, en un intervalo de tiempo de 10 meses. El que motiva la reclamación a que se refiere este Dictamen es uno de aquellos casos.

3ª) La meningitis declarada es de etiología bacteriana, originada, según las consideraciones médicas de la Inspección Sanitaria a cuyas conclusiones nos remitimos, por la práctica inadecuada de las técnicas de asepsia y antisepsia necesarias para la realización de raquianestesia, con un posible foco infeccioso en portador que

previsiblemente es un enfermero o un celador-auxiliar.

4<sup>a</sup>) Se reconoce por la Inspección Médica en el supuesto enjuiciado, que existe una clara relación causa-efecto entre la violación de las medidas de asepsia en el quirófano y la producción de la meningitis bacteriana iatrogénica posttraumática.

5<sup>a</sup>) Por último, cabe afirmar la antijuricidad del daño, en tanto el centro concertado está compelido a prestar la asistencia sanitaria con el despliegue de todos los medios a su alcance, debiendo aplicar todas las medidas preventivas posibles para evitar la infección.

En consecuencia, determinada la concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, ha de determinarse, en última instancia, a quien corresponde asumir la responsabilidad, conforme a nuestra doctrina, citada en la propuesta de resolución, coincidiendo el Consejo Jurídico que corresponde al centro concertado la obligación de indemnizar los daños producidos al reclamante, en la cuantía establecida seguidamente.

En idénticos términos se pronuncia este Consejo Jurídico en Dictámenes 65 y 132/2009, con ocasión de sendas reclamaciones de responsabilidad patrimonial originadas en dos de los cinco casos del brote epidémico.

#### **CUARTA.- Cuantía indemnizatoria.**

El reclamante solicita una cuantía indemnizatoria de 155.000 euros, con base en las secuelas fisiológicas (cefalea, pérdida de memoria, desorientación...), tiempo de estabilización lesional (más de dos años en tratamiento) y *premio doloris*, con estrés posttraumático.

La propuesta de resolución reduce la citada cuantía indemnizatoria a 10.052,55 euros, al entender excesiva la valoración propuesta por el interesado, fundándose para ello en el informe de valoración de la correduría de la aseguradora del ente público.

Entrando a considerar la cantidad reclamada, desglosada en los distintos conceptos, se realizan las siguientes consideraciones:

##### **1. Por los días de estancia hospitalaria.**

En aplicación del sistema para valoración de daños y perjuicios causados a personas en accidentes de tráfico durante el año 2005 (Resolución de 7 de febrero de 2005 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones), resulta una cantidad diaria de 58,19 euros, que multiplicados por los 10 días correspondientes al ingreso hospitalario en el HUVA, arroja un importe de 581,9 euros.

##### **2. Por días impeditivos y no impeditivos.**

El reclamante propone dos años, sin distinguir entre días impeditivos y no impeditivos, al estimar que ese fue el período de sanidad y estabilización lesional, sin mayor precisión, y omitiendo la aportación de un informe de valoración del daño que diera un mínimo soporte técnico a dicha consideración.

El órgano instructor, por su parte, considera acreditados 100 días impeditivos, del 5 de enero al 17 de abril de 2006, conforme a los partes de baja y alta de incapacidad temporal unidos al expediente (folios 63 y ss), en los que se hace constar como patología determinante de la incapacidad la de "ansiedad reactiva a proceso orgánico (meningitis)". Siendo la cuantía diaria por este concepto de 47,28 euros diarios, según la resolución indicada, resulta la cantidad de 4.728 euros.

No se valoran días no impeditivos, pues el proceso que permanece en el tiempo tras el alta es el de cefalea de perfil vascular-tensional episódica, diagnosticada por la Sección de Neurología del Hospital Reina Sofía, en junio de 2006. Según el informe de valoración del daño que realiza la correduría de seguros, este trastorno es muy

común y guarda una fuerte relación con el estrés emocional, como respuesta fisiológica a la ansiedad, al temor o la hostilidad. Considera el perito que se encuentra directamente relacionado con el cuadro psiquiátrico que considera como secuela e incluido dentro de dicho cuadro mental, que ya se valora en el siguiente apartado como incapacidad permanente.

### 3. Secuela.

Como ya se ha adelantado, únicamente se considera secuela derivada del episodio infeccioso la de "aggravación de patología psiquiátrica previa", que se valora en 5 puntos, dentro de un rango de 1 a 10 puntos, descartándose la calificación como secuela de la cefalea, en atención a los argumentos ya indicados y a que consta en la historia clínica remitida por la Gerencia de Atención Primaria que, desde el año 2000, el paciente presentaba episodios de cefalea que motivaron que, ya en 2001, se le programara "para estudio de cefalea y mareo" con exploración neurológica completa. En cuanto a la previa existencia de la patología psiquiátrica, consta al folio 207 del expediente que dos meses antes de la intervención quirúrgica en la que adquirió la meningitis, el paciente sufrió una crisis de ansiedad que precisó tratamiento con ansiolíticos.

Atendido el valor del punto, según el momento de producción del daño (año 2005) y la edad de la víctima en dicho momento (32 años), que es de 700,55 euros, corresponde al interesado una indemnización en concepto de secuelas de 3.502,75 euros, al que cabe aplicar un factor de corrección de hasta el 10%, arrojando un total de 3.853,02 euros.

Cabe precisar, respecto de la propuesta de resolución, que el referido factor únicamente se aplica sobre la cuantía correspondiente a la incapacidad permanente, excluyendo la corrección de los importes relativos a la temporal, pues de conformidad con el baremo utilizado para la valoración del daño, para poder aplicar dicha corrección sobre la indemnización correspondiente a los días de baja sería necesario que el reclamante hubiera acreditado sus ingresos netos anuales -lo que no ha hecho-, a diferencia de los factores de corrección para las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes (Tabla IV del baremo), cuyo primer tramo (hasta un 10%) se podrá aplicar aunque no se justifiquen dichos ingresos, bastando el simple hecho de estar en edad laboral.

De todo lo anterior resulta que el importe a que debe ascender la indemnización es de 9.162,92 euros, cantidad que habrá de actualizarse a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial (artículo 141.3 LPAC).

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

## **CONCLUSIONES**

**PRIMERA**.- Procede estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada ante la Administración regional, por lo que se dictamina favorablemente la propuesta de resolución sometida a Dictamen.

**SEGUNDA**.- Procede que, en la misma resolución, se declare que corresponde al Hospital concertado la obligación de indemnizar los daños producidos al reclamante.

**TERCERA**.- La cuantía de la indemnización habrá de ajustarse a lo indicado en la Consideración Cuarta de este Dictamen.

No obstante, V.E. resolverá.