



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **326/2012**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 17 de diciembre de 2012, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social, mediante oficio registrado el día 27 de marzo de 2012, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **89/12**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 31 de enero de 2011, x,y,z,..., presentaron un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS), por el fallecimiento de x, esposo y padre, respectivamente, de los comparecientes, producido el 2 de febrero de 2010 como consecuencia, a su juicio, de la deficiente asistencia sanitaria prestada a éste en el hospital "*Virgen de la Arrixaca*", de Murcia, y que consistió, según alegan, en la no realización de una gastrostomía que estaba indicada para la alimentación del paciente, por lo cual sufrió un deterioro paulatino, todo ello unido a la adquisición de una serie de infecciones nosocomiales, que le causaron la muerte. Solicitan una indemnización de 82.000 euros para la viuda y 9.000 euros para cada uno de los siete hijos, ascendiendo a un total de 145.000 euros.

Adjuntan a su escrito copia del Libro de Familia acreditativo de su respectivo parentesco con el fallecido.

SEGUNDO.- Con fecha 9 de febrero de 2011, el Director Gerente del SMS dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación, que es notificada a los interesados, requiriéndoles asimismo para que propusiesen los medios de prueba de que pretendieran valerse.

TERCERO.- Mediante escrito presentado el 28 de marzo de 2003, los reclamantes solicitan la práctica de determinada prueba documental, relativa a la historia clínica del paciente, y la emisión de informes sobre diversos aspectos de las infecciones nosocomiales. Además, concretan su pretensión indemnizatoria en 79.257,16 euros para la viuda y 8.806,35 euros para cada uno de los hijos, sin más especificación, ascendiendo a un total de 140.901,61 euros.

CUARTO.- Mediante oficio de 25 de marzo de 2011, el Director Gerente del citado hospital remite la historia clínica

del paciente y dos informes:

- El primero de ellos, sin fecha ni firma (aunque va unido a un oficio de 28 de febrero de 2011, del Jefe del Servicio de Otorrinolaringología, en el que dice adjuntar "información" sobre los hechos a que se refiere la reclamación), después de exponer unas consideraciones generales sobre el carcinoma de hipofaringe, la nutrición parenteral y las posibles infecciones asociadas, se refiere así a la causa del fallecimiento del paciente:

"El fallecimiento de x no fue "como consecuencia de la deficiente asistencia médica...ni a la no realización de una gastrostomía que estaba indicada, por lo cual sufrió un deterioro paulatino" e "infecciones nosocomiales que le causaron la muerte", como alegan los demandantes, sino al proceso evolutivo del paciente secundario por su enfermedad y a su inmunodepresión causado por los tratamientos recibidos".

A continuación, el informe se refiere pormenorizadamente a las imputaciones realizadas en la reclamación:

"- ...deficiente asistencia médica...". No hubo en ningún instante deficiente asistencia médica. Se puede comprobar en las anotaciones del historial clínico del paciente preingreso e ingreso posterior. Durante su estancia hospitalaria, motivada por su dificultad respiratoria que precisó traqueotomía, la visita al enfermo fue diaria, con cuidados por parte de enfermería y médico. Colaboró la sección de Nutrición del Servicio de Endocrinología.

La familia (esposa e hijos), aquellos que estuvieron presentes, recibieron información detallada diariamente, así cuantas veces requirieron y en aquellos cambios clínicos que se presentaron sin solicitud de la familia. En el instante de agravamiento del enfermo, en especial en los últimos días, colaboraron los Servicios de: Medicina Interna, Neumología, Cirugía General y UCI. (Ver hoja de evolución clínica).

- La prescripción de la gastrostomía fue solicitada para facilitar la administración de nutrientes al enfermo y evitar una vía de colonización bacteriana; pero no fue causa de exitus (fallecimiento) del enfermo. Se llevó según protocolo establecido intrahospitalario: retirada de catéter y recolocación de una nueva vía y estudio bacteriológico de punta de catéter por el Servicio de Microbiología. (Ver anotaciones en su historial clínico).

-"...deterioro paulatino y...". El enfermo, desde su diagnóstico de enfermedad (carcinoma epidermoide de seno piriforme con metástasis cervical estadio T3,N1,M0), evoluciona lentamente, pero de forma progresiva, hacia un deterioro derivado del grado de malignidad del cáncer: "mucositis, colonización oral por candida secundaria a radioquimioterapia, disfagia, asistencia en urgencias, suplementos orales, ingreso en el Servicio de Oncología por anemia grado III, neutropenia grado III, nutrición enteral y parenteral, precisó intervención para colocación de sonda parenteral (PEG). Intensificación de su disfagia precisando cloruro mórfico, posible cuadro de hiperglucemia, "aparente estado regular", PET-TAC cuyo informe dice: "se visualiza lesión nodular de contornos irregulares en el lóbulo inferior derecho, que ante los antecedentes del paciente no pueden descartar etiología maligna", episodio de taquiarritmia, celulitis de pared abdominal perisonda que obliga a la retirada de la sonda enteral (PEG), esofagitis péptica, hernia hiatal por deslizamiento, gastritis duodenal crónica superficial y úlcera duodenal", según estudio esofagogastrosκόpic, disnea aguda que precisa traqueotomía de urgencia en cuello radiado, fístula faringotraqueal de probable etiología neoplásica, estancia hospitalaria, hemorragia por probable úlcera de stress, infección respiratoria y sepsis.

-"... y adquisición de una serie de infecciones nosocomiales". ¿Qué es una infección nosocomial? Es aquella que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de la salud en que la infección no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento del internado. En el estudio de la Organización Mundial de la Salud se ha demostrado que la mayor frecuencia de estas infecciones nosocomiales se dan en UCI y en las plantas quirúrgicas de los hospitales, siendo en mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada y sometidos a radioquimioterapia por presentar un sistema inmunitario más débil. Se trata de un perjuicio involuntario relacionado por la conjunción de: procedimientos quirúrgicos, días de estancia hospitalaria, edad, mecanismos de defensa del paciente y la existencia de unos gérmenes muy resistentes a los antibióticos, que crea dificultades en el tratamiento de la infección. Así pues, podemos sacar la conclusión que a mayor edad, mayor gravedad de la enfermedad, mayor número de días ingresado, mayor inmovilidad, mayor número de procedimientos (traqueotomía, catéter, infecciones bronquiales, inmovilidad en cama, déficit inmunológico), mayores riesgos de presentar infecciones nosocomiales".

- El segundo de los informes, de 2 de marzo de 2011, del Jefe de Sección de Radiología Intervencionista, expresa lo siguiente:

"Para el paciente x se recibió en esta unidad solicitud de realización de gastrostomía, fechada el 18/1/2010. La solicitud se mantuvo en espera de poder ser programada, recibándose una segunda petición dos días más tarde.

En esta Unidad disponemos de dos Salas equipadas con Arco Vascular para realizar los procedimientos de intervencionismo radiológico. En la fecha de la solicitud de realización de gastrostomía a la que se hace referencia, se estaban realizando los trabajos de sustitución del Arco Vascular de una de las Salas, por lo que sólo estaba operativa una de ellas.

Esto, unido con un aumento puntual del número de solicitudes, provocaba en estas fechas retrasos inusualmente prolongados en la realización de los procedimientos de intervencionismo radiológico.

Cuando el paciente está ingresado, la demora normal para este tipo de procedimiento suele ser de unos pocos días. Lamentamos que, por las circunstancias del momento, la solicitud de gastrostomía no pudiera ser atendida en los plazos habituales".

QUINTO.- Solicitado informe al citado hospital sobre diversos aspectos relacionados sobre las infecciones nosocomiales, mediante oficio de 7 de junio de 2011, el Director Gerente de dicho centro remitió dos informes:

- Informe de 24 de mayo de 2011, del Jefe de Servicio de Microbiología, en el que, sobre la cuestión consultada, relativa a los posibles medios de contagio y las posibles medidas que se pueden adoptar para evitar las infecciones, expresa que existen muchos tratados en la literatura científica sobre dicho tema, que la información que se solicita sobre estos extremos es muy general, amplia y compleja, por lo que es prácticamente imposible emitir un informe conciso sobre esos temas.

- Informe de 3 de junio de 2011, del Jefe del Servicio de Medicina Preventiva, que expresa lo siguiente:

"La incidencia de infecciones nosocomiales desde enero de 2009 a diciembre de 2010, de los gérmenes solicitados, es la siguiente:

- *Pseudomonas aeruginosa* . 7.58%
- *Candida albicans* 3.03%
- *Candida spp* 1.52%
- *Staphylococcus aureus* 7.58%

Resultados correspondientes a la realización en este periodo de dos estudios de prevalencia (EPINE) en el hospital, y son semejantes a los observados en otros centros hospitalarios de estas características, y a los registrados en años anteriores en este hospital.

Contagio: Estos gérmenes, en los procesos infecciosos que ocasionan, tienen dos procedencias genéricas: 1) endógena, esto es, desde el propio paciente, y 2) exógena, como consecuencia de la hospitalización o manejo del paciente: sondajes, cateterismos, intervenciones quirúrgicas, etc.

Medidas de prevención: se aplican medidas de prevención universal en todos los pacientes hospitalizados, y específicas según protocolo para cada exploración diagnóstica o tratamiento, contrastadas en la literatura médica, en reuniones científicas, etc.

En este hospital se observan tasas de infecciones nosocomiales semejantes a las registradas en otros centros de estas características".

SEXTO.- Solicitado informe a la Inspección Médica de la Consejería de Sanidad y Política Social, fue emitido el 14 de octubre de 2011, del que se destaca lo siguiente:

"Paciente diagnosticado de carcinoma tratado con radio y quimioterapia, que tras la terapéutica sufrió episodios de mucositis tratada en varias ocasiones con antifúngicos. Previamente desnutrido, precisó sonda de alimentación, nutrición parenteral, gastrostomía percutánea. Acudió a urgencias repetidas veces por diversas complicaciones relacionadas.

El último episodio reflejado en la Historia Clínica es de enero de 2010, cuando ingresa para tratamiento de disnea por edema supraglótico. Sucesivamente, tratan con antifúngicos al observar candidiasis orofaríngea, detectan fístula traqueoesofágica, inician alimentación parenteral. Surgen complicaciones digestivas y respiratorias. Actúan según la observación clínica retirando y cambiando catéteres y vías. Utilizan antibioterapia empírica que posteriormente intentan adecuar según el informe de Microbiología, a pesar de que habitualmente existe un decalaje importante entre el día de toma de la muestra y el informe definitivo de laboratorio con antibiograma.

El paciente finalmente no responde a los cuidados, solicitándose evaluación por UCI, empeorando estado general, con episodio febril (candidemia sensible, resultado que se conoce 3 días después del fallecimiento del paciente), y se produce shock que conduce al fallecimiento.

CONCLUSIONES

No se aprecia deficiencia en la asistencia sanitaria en general, ni en particular si nos atenemos a lo concretado en la fundamentación de la reclamación. No se aprecia razón para indemnización".

SÉPTIMO.- Obra en el expediente un dictamen médico, de 9 de enero de 2012, emitido por cuatro especialistas en Medicina Interna, aportado por la compañía aseguradora del SMS, que concluye lo siguiente:

"1. El paciente falleció como consecuencia de la evolución desfavorable de las complicaciones asociadas a la neoplasia maligna que padecía.

2. No puede establecerse ningún vínculo entre el retraso en la colocación de un nuevo dispositivo de alimentación gastroduodenal y el fallecimiento del paciente.

3. No hemos encontrado ningún argumento que sustente una mala práctica sanitaria en el origen de las infecciones adquiridas en el medio hospitalario.

4. El manejo médico de todas las complicaciones fue correcto y ajustado a la lex artis.

5. El paciente falleció a pesar de que se emplearon todos los recursos humanos y materiales para su tratamiento, incluyendo su ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos".

OCTAVO.- Otorgado trámite de audiencia y vista del expediente a los interesados, el 2 de febrero de 2012 comparece una de las reclamantes para tomar vista y obtener copia de documentos del expediente, sin que conste la presentación de alegaciones.

NOVENO.- El 20 de marzo de 2012 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por considerar, de acuerdo con los informes médicos emitidos en el procedimiento, que no se ha acreditado la existencia de infracción a la "*lex artis ad hoc*" en la materia, por lo que, de acuerdo con reiterada jurisprudencia, no existe la adecuada relación de causalidad, entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización, que es jurídicamente necesaria para generar la responsabilidad patrimonial administrativa.

DÉCIMO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

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, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP), en relación con el artículo 142.3 LPAC.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, los reclamantes están legitimados para solicitar indemnización por los daños alegados, de carácter moral, derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto 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), no puede oponerse objeción al respecto, vista la fecha del fallecimiento del paciente y la de la presentación de la reclamación.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos. Sin perjuicio de lo anterior, debió haberse requerido al hospital "*Virgen de La Arrixaca*" para que aclarase la fecha y autoría del informe reseñado en el Antecedente Cuarto, segundo párrafo.

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

I. 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:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- 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.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. 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 de éste 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. La *"lex artis"*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, 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"*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, 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 (...) y 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, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *"lex artis"* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, 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 administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *"lex artis"*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos.

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 entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación.

Los reclamantes imputan a la actuación de los servicios sanitarios del hospital "Virgen de La Arrixaca" una deficiente asistencia sanitaria, que consistió, según alegan, en la no realización de una gastrostomía que estaba indicada para la alimentación del paciente, por lo cual sufrió un deterioro paulatino, todo ello unido a la adquisición de una serie de infecciones nosocomiales, que le causaron la muerte.

Sin embargo, no se aporta ningún informe médico que avale tales imputaciones y, a cambio, tanto el informe del hospital reseñado en el Antecedente Cuarto, segundo párrafo, como los dictámenes realizados por la Inspección Médica y la compañía aseguradora del SMS, analizan detalladamente el proceso asistencial seguido y consideran que no se incurrió en mala praxis sanitaria alguna.

Merece destacarse lo expresado en el informe de la compañía aseguradora del SMS sobre las graves patologías del paciente, el proceso asistencial dispensado por ellas, sus complicaciones y la causa del fallecimiento:

"El paciente falleció como consecuencia de la evolución desfavorable de las complicaciones asociadas al carcinoma epidermoide del seno piriforme que le fue diagnosticado en abril del 2009.

Como en todo proceso maligno, las complicaciones asociadas pueden deberse tanto a la propia enfermedad cancerosa como a las terapias que se emplean para intentar su curación.

El último factor que condiciona el pronóstico de la enfermedad maligna, aparte del propio tumor y su tratamiento, es el estado de salud del enfermo (edad y enfermedades comórbidas,) que van a influir tanto en la respuesta al cáncer como en la tolerancia a la terapia.

No podemos olvidar que el paciente había sido fumador de larga duración, con un elevado número de cigarrillos. Este hábito tabáquico es la causa principal tanto de la neoplasia que padeció como de la broncopatía crónica (EPOC) que condicionó el curso de su enfermedad, incluso la mala evolución de la septicemia, la parada cardíaca y la escasa respuesta a las maniobras de resucitación cardiopulmonar avanzada pueden vincularse con el perjuicio crónico del consumo de tabaco.

El paciente presentó varias complicaciones asociadas al cáncer que padecía. Estas complicaciones fueron tratadas de forma correcta y precoz. No hemos encontrado ningún argumento que permita sustentar que existió una mala praxis. (...)

La infección adquirida en su último ingreso hospitalario tampoco puede asociarse a ninguna mala práctica sanitaria. Se tomaron muestras microbiológicas de las secreciones y se aplicó de forma correcta una antibioterapia de amplio espectro. En primer lugar amoxicilina-clavulánico, fármaco de elección en los casos de broncoaspiración (recordemos que en este caso se había comprobado la presencia de una fístula, es decir, comunicación de la vía digestiva con la respiratoria). Posteriormente y ante la mala evolución del proceso, se sustituyó la antibioterapia previa por otro antibiótico de amplio espectro (ciprofloxacino), con mayor cobertura para gérmenes gram negativos y estafilococos resistentes. Este cambio de antibiótico se realiza en espera de los resultados microbiológicos de los cultivos.

Por la información que disponemos, se siguieron todos los procedimientos preventivos de infección nosocomial. El informe del Servicio de Medicina Preventiva no muestra desviaciones en la incidencia de infección nosocomial durante el periodo de ingreso del enfermo, ni incrementos en la presentación de los gérmenes probablemente implicados en la infección del paciente.

El motivo principal de la reclamación se basa en la no colocación de un dispositivo para alimentación alternativo al fisiológico (gastrostomía). (...) En el caso que nos ocupa, tenemos constancia de que la técnica pudo retrasarse unos días como consecuencia de labores de mantenimiento del equipo radiológico. Durante el tiempo en el que se redujo la operatividad del equipo radiológico se mantuvieron los criterios de prioridad que se establecen habitualmente y fueron realizadas aquellas técnicas más urgentes.

La gastrostomía no puede considerarse en ningún caso una técnica urgente. La demora en la realización de la misma no supuso para el enfermo un condicionante que empeorara su pronóstico. Pretender vincular este retraso en la realización de la técnica con el fallecimiento del enfermo no se ajusta a los criterios de causalidad.

El paciente recibió durante ese periodo alimentación parenteral, es decir, endovenosa. Por tanto, todos sus requerimientos nutricionales se encontraban cubiertos. En ausencia de tránsito digestivo, la curación de la fístula era aún mas probable que con la gastrostomía.

La infección de la vía central no supuso un empeoramiento del pronóstico del enfermo, ya que fue sustituida de forma precoz y en el cultivo de la misma sólo se detectaron gérmenes de escasa virulencia para un paciente no inmunodeprimido (*staphylococcus epidermidis* y *Cándida*).

La hemorragia digestiva que presentó el paciente en el contexto de su ingreso puede vincularse con la historia previa de úlcera duodenal y con la situación de estrés a la que se encontraba sometido (úlceras de estrés), pero no puede vincularse con la ausencia de tránsito digestivo. En la endoscopia realizada el día 04/12/09 (ingreso para retirada de PEG previa) se objetivó la presencia de hernia de hiato (con esofagitis), gastritis crónica y úlcera duodenal.

En resumen, el paciente presentó varias complicaciones que, como hemos señalado con anterioridad, sólo pueden vincularse con su patología previa (EPOC) y tabaquismo durante 60 años, con su enfermedad maligna o con las consecuencias de la terapia a la que se vio sometido con el objetivo de conseguir su curación".

En definitiva, la falta de toda alegación y contradicción de la reclamante respecto de las conclusiones del informe de la Inspección Médica y de la compañía aseguradora del SMS impide que pueda considerarse debidamente acreditada la concurrencia de la adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, requisito legalmente imprescindible para declarar la responsabilidad patrimonial administrativa. En consecuencia, y conforme con lo expresado en la Consideración Tercera, no procede reconocer la responsabilidad patrimonial pretendida.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No se ha acreditado la existencia de la adecuada relación de causalidad, entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización, que es jurídicamente necesaria para generar la responsabilidad patrimonial de la Administración Regional, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta de este Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.