



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **1/2014**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 8 de enero de 2014, 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 13 de marzo de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otra, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **93/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 16 de septiembre de 2010, x, y, a través de representación letrada, presentan reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud (SMS), por los daños sufridos por su hijo menor de edad, x.

Los hechos son descritos por los reclamantes del siguiente modo: el día 13 de agosto de 2009 nació el menor x en el Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), y, según consta acreditado en su historia clínica (de la que se adjunta una copia), durante su estancia en el Servicio de Neonatología sufrió una sepsis nosocomial *Klebsiella oxytoca* y *Enterococo faecium* de origen infeccioso. Fue dado de alta el 21 de septiembre de 2009 y, a la fecha de interposición de la reclamación, aún se encuentra sometido a tratamiento, debido a las graves secuelas que le han quedado, cuya determinación todavía no puede llevarse a cabo.

A juicio de los reclamantes existe una relación de causalidad entre la actuación de los servicios sanitarios públicos y el daño que su hijo presenta, por lo que solicitan una indemnización cuya cuantificación difieren a un momento posterior, anunciando el envío de un informe médico por el que se valorarán las secuelas.

Por último, proponen prueba documental consistente en la historia clínica del menor y una serie de burofax que se remitieron al SMS, al HUVA y a la compañía aseguradora de la Administración.

SEGUNDO.- El 20 de octubre de 2010, el Director Gerente del SMS dictó Resolución de admisión a trámite, que fue notificada a las partes.

Al mismo tiempo se solicitó copia de la historia clínica del menor al HUVA, así como informes de los facultativos que lo atendieron.

TERCERO.- Desde el HUVA se remitió copia de la historia clínica del paciente, así como los siguientes informes:

a) Del facultativo especialista en Pediatría, Dr. x, del siguiente tenor:

"Siéndome requerido un informe en relación a la asistencia prestada al paciente x durante su ingreso en UCI Neonatal entre el 24/08/2009 y el 17/09/2009 (fecha de traslado a Neonatología), me remito y corroboro íntegramente la evolución y diagnósticos referidos en el informe de alta de la UCIN, si bien quisiera realizar la siguiente puntualización:

En la Sección de Neonatología de HUVA se aplican protocolos para la prevención de sepsis nosocomiales en todos los pacientes ingresados. Con la aplicación de dichos protocolos se minimiza el riesgo de sepsis nosocomiales aunque no se elimina completamente, toda vez que se trata de pacientes de muy alto riesgo de infección por su estado de inmuno depresión intrínseca a su prematuridad".

b) Del Jefe del Servicio de Neurocirugía, en el que se indica lo siguiente:

"Se trata de un recién nacido prematuro, de bajo peso (1590 gramos al nacer) que ingresó en Neonatología por sufrimiento neonatal leve, y que durante su estancia desarrolló un episodio de fiebre, aislándose en los cultivos del sangre una Klebsiella Oxytoca y después un Enterobacter Faecium.

Durante su estancia desarrolló una hidrocefalia de la que fue intervenido mediante colocación de una válvula de derivación de líquido cefalorraquídeo a peritoneo en fecha 08/09/2009, controlándose por completo dicha hidrocefalia. Posteriormente ha requerido 2 reintervenciones de la válvula, una por acodamiento del catéter a nivel suprahepático el 17/04/2020, y otra por déficit de programación de la válvula desde el exterior en fecha (16/06/2010).

Consideraciones:

Sobre el diagnóstico de infección. El niño tuvo una sepsis por Klebsiella Oxytoca y por un Enterobacter Faecium. Ambos gérmenes son pobladores endémicos de todas las UCIs y pueden penetrar en el torrente sanguíneo por los catéteres que se emplean para hidratación, nutrición y tratamiento. Al parecer, según Neonatología y UCI Neonatal no han sufrido ninguna epidemia por dichos gérmenes. Los niños prematuros tienen, a su vez, mayor susceptibilidad para contraer infecciones por el hecho de su prematuridad y por su situación de baja inmunidad, lo que los hace más vulnerables para contraer infecciones.

Sobre el diagnóstico de meningitis. El diagnóstico de la meningitis en este niño es un diagnóstico de sospecha, ya que el estudio inicial del líquido cefalorraquídeo fue normal y su cultivo negativo.

Sobre el origen de la hidrocefalia. Los hallazgos de las ecografías y de la TAC realizados al niño parecen descartar una causa congénita de su hidrocefalia. Por otra parte, la sospecha de que la hidrocefalia que padece este niño se deba a las infecciones arriba citadas se fundamenta en datos indirectos como la ausencia de hemorragia intracraneal, que es la causa más frecuente de hidrocefalia en esta edad. Esta sospecha de hidrocefalia postmeningitis viene apoyada por el hecho de que las sucesivas ecografías craneales descartaron que el niño tuviera una de estas graves hemorragias que se presentan en los niños prematuros.

NOTA: el niño está siendo revisado en el Hospital Infantil por los Servicio de Neuropediatría y Neurocirugía y está mostrando una evolución neurológica favorable. Está recibiendo tratamiento por los Servicios d Atención Temprana. Fue visto en Julio del 2010 y está citado para revisión a primeros de año 2011. Lógicamente el niño dependerá en el futuro del funcionamiento de la válvula de la que es portador por su hidrocefalia".

CUARTO.- Acordada la apertura del período de prueba los reclamantes aportaron Resolución de la Dirección General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión, del Instituto Murciano de Acción Social, por el que se reconoce al menor un grado de discapacidad del 33%. En el dictamen técnico facultativo sobre el que se basó dicho reconocimiento, se recogían como deficiencias del menor las siguientes: retraso madurativo y discapacidad del sistema neuromuscular.

Posteriormente los reclamantes aportan un dictamen pericial emitido por el Dr. x especialista en Valoración del Daño Corporal, en cuya conclusión segunda se indica que *"la sepsis neonatal y las complicaciones posteriores fueron motivadas por la falta de adopción de las medidas de prevención adecuadas para evitar este tipo de grave patología, a pesar, de que se trataba de un recién nacido bajo peso, con mayor susceptibilidad de sufrir este tipo de afección, más frecuente en recién nacidos prematuros y de bajo peso, con ingreso hospitalario en UCI neonatal prolongado"*. La valoración del daño sufrido por el menor se lleva a cabo en la conclusión tercera, según detalle que aparece al folio 289 del expediente.

El día 20 de enero de 2011 los reclamantes remiten un anexo al anterior informe pericial, en el que se lleva a cabo una nueva valoración de los daños causados, secuelas y factores de corrección por las lesiones permanentes (folios 294 y 295).

QUINTO.- El 9 de julio de 2012 emite informe la Inspección Médica, que establece las siguientes conclusiones:

"1. El niño x nació en el HUVA el 13 de agosto, siendo un pretérmino de 34 semanas con un peso de 1550 g. Preciso de la administración de oxígeno para iniciar esfuerzo respiratorio. El APGAR fue de 5/8/9. Los prematuros presentan tasas mayores de morbilidad y mortalidad, respecto a los niños nacidos a término. La susceptibilidad a las infecciones es mayor.

2. El niño es ingresado en la unidad de neonatología con buen estado general, presentó ictericia que se resolvió y se vigiló que presentara infección. La noche del 23 al 24 de agosto, el niño presentó un pico febril, se piden

reactantes de fase aguda, que están altos; se extrae sangre para hemocultivo y se comienza terapia antibiótica. La actuación es totalmente correcta.

3. En la evolución posterior el niño presenta un episodio comicial, por lo que se le traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. El primer hemocultivo fue positivo a *K. Oxytoca* y el segundo a *Enterobacterium F*, la punción lumbar realizada fue negativa.

4. El niño presentó una sepsis nosocomial y como hipótesis más probable, una meningitis, en el contexto del cuadro séptico que dio lugar a hidrocefalia. Para tratar la hidrocefalia, el S. de Neurocirugía le puso una derivación del LCR al peritoneo, una VDVP. El tratamiento y el seguimiento realizado al niño fueron totalmente correctos.

5. La evolución fue adecuada, tanto del cuadro infeccioso como de la intervención quirúrgica. El niño fue alta hospitalaria a su domicilio el día 22 de septiembre. Lógicamente precisará del correcto funcionamiento de la válvula.

6. En el HUVA se siguen los protocolos adecuados que minimizan el riesgo de infección. En las fechas del ingreso del niño no hubo ningún brote epidémico. La actuación de los profesionales fue correcta en todo momento".

Al dictamen de la Inspección médica se acompaña informe elaborado por el Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del HUVA, sobre las medidas que se adoptan en dicho Hospital para prevenir el contagio de infecciones (folios 353 y siguientes).

SEXTO.- Por la aseguradora del SMS se remiten dos dictámenes médicos. En el primero de ellos, formulado colegiadamente por cuatro especialistas en Pediatría, con fecha 1 de marzo de 2011, se concluye que:

"1. X nació el 13 de agosto de 2009, pretérmino de 34+6 semanas, peso al nacimiento de 1560 gramos Apgar 5/8/9. Ingresa en cuidados mínimos de Neonatología por bajo peso y para observación. No presenta incidencias significativas durante los primeros 10 días de vida. En la noche del 23 de agosto se sospecha cuadro séptico y se inicia antibioterapia empírica con vancomicina y amikacina. Al día siguiente presenta una crisis comicial e ingresa en Cuidados Intensivos. Se realiza punción lumbar con resultado normal y cultivo estéril. En los hemocultivos crecen colonias de *Klebsiella oxytoca* y *Enterococcus faecium*. El 28 de agosto se diagnostica hidrocefalia tetraventricular. El 8 de septiembre se coloca válvula de derivación ventrículo-peritoneal. El 5 de mayo de 2010 la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración de la Región de Murcia reconoce a X un grado de discapacidad del 33%.

2. No se conoce ningún método que permita erradicar las infecciones hospitalarias, ningún centro médico está completamente libre de ellas.

3. No existió ningún brote epidémico de infección nosocomial durante los meses de agosto y septiembre de 2009. No existen datos en la historia clínica que hagan sospechar que no se implantaran y cumplieran estrictamente las

recomendaciones de control de la infección nosocomial.

4. La infección nosocomial que padeció x fue una consecuencia inevitable de su necesario ingreso hospitalario.

5. Las mejoras en el tratamiento de la infección nosocomial han producido una importante disminución de la mortalidad, pero persiste un porcentaje elevado de secuelas neurológicas entre los supervivientes. Entre ellas, la hidrocefalia y el retraso motor, son dos de las más frecuentes. Las secuelas de x son consecuencia de la grave enfermedad que padeció.

6. La actuación de todos los profesionales sanitarios que atendieron a x se ajustó a los protocolos actuales de manejo del recién nacido prematuro y de la sepsis neonatal de origen nosocomial, y por tanto a *lex artis ad hoc*".

En el segundo, emitido con fecha 18 de junio de 2012 por un facultativo especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, se formulan las consideraciones médicas que se estiman pertinentes y se concluye del siguiente modo:

"1. X sufrió una sepsis neonatal, durante su estancia hospitalaria en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, que fue diagnosticada y tratada de forma precoz y de acuerdo a los actuales protocolos de infección neonatal.

2. Las mejoras en el tratamiento de la sepsis neonatal han conseguido un importante descenso en la mortalidad de los neonatos, pero con persistencia de un alto porcentaje de secuelas neurológicas como son la hidrocefalia, el retraso motor, la epilepsia y la hipoacusia.

3. Se acepta internacionalmente que, a pesar de la aplicación de estrictas medidas de control, existe un mínimo irreductible de infecciones nosocomiales, ya que hay ciertos factores que predisponen a los pacientes a las infecciones, pero que los clínicos no pueden modificar, y además, en la actualidad, no existe ninguna estrategia que permita erradicar las infecciones nosocomiales.

4. A la vista de la documentación aportada, podemos afirmar que no existe ningún dato que haga sospechar que el personal sanitario de la Unidad de Neonatología no cumpliera las medidas preventivas necesarias, adecuadas y acordes con la *Lex artis ad hoc*, para evitar en lo posible las infecciones nosocomiales.

5. Durante los meses de agosto y septiembre de 2009 no se produjo ningún brote epidémico nosocomial relacionado con *Klebsiella oxytoca* ni *Enterococcus faecium* en la Unidad de Neonatología del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, lo que apoya la hipótesis de que la infección que sufrió x fue una consecuencia inevitable de su prematuridad e inmadurez de su sistema inmunológico.

6. Por todo lo anteriormente expuesto, podemos concluir que la sepsis neonatal sufrida por x, en la Unidad de Neonatología del Hospital Virgen de la Arrixaca, no se puede atribuir a un deficiente funcionamiento del Servicio Público de Salud de Murcia".

SÉPTIMO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes, los reclamantes presentan un escrito mediante el que formulan las siguientes alegaciones:

1.^a Se ratifican en lo expuesto en su escrito inicial y aportan un nuevo informe médico emitido por el Dr. x, sobre la valoración de las secuelas padecidas por el menor (folios 391 y siguientes).

2.^a Manifiestan que *"resultaba evidente que cuando nació el menor sufrió una infección generalizada en la Sala de Neonatología, una sepsis por "Klebsiella o/y Enterobacter f. Gérmenes", que habitualmente era endémica en las Unidades de Cuidados Intensivos, debiéndose adoptar las medidas de prevención adecuadas para evitar su entrada en el torrente sanguíneo por los catéteres, etc. Que todos los informes aportados al procedimiento coincidían en esta valoración, incluso el propio informe de Inspección Médica. Resultaba claro que la infección se produjo en el centro hospitalario y el contagio fue externo al bebé y a la madre, siendo su causa más probable la no esterilización adecuada de catéter por la manipulación del bebé, aseo, etc....; causa que se ubicaba en la Unidad de Neonatología. En otro sentido se discrepaba de alguna de las afirmaciones formuladas en los Dictámenes emitidos por la Compañía Aseguradora --, en concreto, la de que la infección nosocomial que padeció el menor se podría considerar inevitable. En su opinión si se hubieran extremado los protocolos y se hubiera advertido a los facultativos de que se trataba de un paciente de riesgo, por tener un ingreso hospitalario prolongado en la UCI Neonatal, y tener bajo peso, y ser prematuro, se podrá haber evitado dicho contagio, extremando las medidas de prevención"*.

3.^a Afirman que no se adoptaron las medidas de prevención especiales que requería el riesgo que suponía la prematuridad y poco peso del niño.

4.^a Concretan, con base en el informe del Dr. x, las secuelas que presenta el pequeño del siguiente modo:

"1. Deterioro de las funciones cerebrales superiores integradas, de las interpersonales y sociales de la vida cotidiana, de nivel moderada, (valorable entre 20 a 50 puntos), a la que se le otorgaban 40 puntos.

2. Derivación de ventrículo peritoneal, (Hidrocefalia postraumática), a la que se otorgaba 25 puntos.

3. Perjuicio estético importante, valorado en 20 puntos.

Para su sanidad el paciente precisó revisiones periódicas desde el nacimiento hasta el 30 de septiembre de 2010, aunque aún continuaba con controles programados por distintos Servicios Médicos. El total de días que precisó hasta la sanidad fueron cuatrocientos catorce días, (414 días), de los cuales de hospitalización fueron cincuenta y cuatro, (54 días), que se distribuían en tres periodos, inicialmente, desde el primer periodo de hospitalización hasta

la fecha del alta, el 21 de septiembre de 2009, durante el segundo ingreso, desde el 17 de abril de 2010, hasta el 20 de abril de 2010, y durante el último ingreso, desde el 15 hasta el 23 de junio de 2010. También sumaba trescientos sesenta días de carácter impositivos, (360 días)". Por todos estos conceptos solicitan una indemnización que asciende a 501.612,45 euros.

5.^a Afirman, con citas en diversas Sentencias, que el Tribunal Supremo ha ido evolucionando en su línea doctrinal en los supuestos de responsabilidad patrimonial por infecciones nosocomiales, en el sentido de una mayor apreciación de la objetividad de la misma.

Trasladado este escrito a la compañía aseguradora, ésta no formuló alegación alguna al respecto.

OCTAVO.- Consta acreditado en el expediente que los interesados interponen recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación, que se sustancia ante el Tribunal Superior de Justicia en la Región de Murcia, como Procedimiento Ordinario núm. 155/2012.

NOVENO.- La propuesta de resolución, de 26 de febrero de 2013, desestima la reclamación presentada, al considerar que la actuación sanitaria prestada fue conforme a la *lex artis*, por lo que se excluye la antijuridicidad del daño y, por tanto, la responsabilidad de la Administración sanitaria, ya que ha quedado constatado en el expediente que en el HUVA se seguían los protocolos de actuación adecuados para minimizar el riesgo de infección, sin que en las fechas de ingreso del menor se hubiese producido brote epidémico alguno.

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

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 (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

1. La legitimación activa corresponde a los padres, en su condición de representantes legales de su hijo menor de edad (artículo 162 del Código Civil), que es quien sufre en su persona los daños imputados a la atención sanitaria recibida. Todo ello a tenor de lo previsto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con el 4.1 RRP.

En cuanto a la legitimación pasiva corresponde a la Administración regional como titular del centro hospitalario y del servicio público de asistencia sanitaria a cuyo funcionamiento se imputan los daños.

2. El artículo 142.5 LPAC establece que, en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o desde la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente caso, aunque la asistencia sanitaria a la que se imputa el daño tuvo lugar el 13 de agosto de 2009 y la reclamación se interpuso el día 16 de septiembre de 2010, ésta ha de entenderse presentada en plazo ya que existe documentación en el expediente acreditativa de que el menor no fue dado de alta hospitalaria hasta el día 21 de septiembre de 2009, y aún continuó en tratamiento hasta fechas posteriores.

Por otro lado, en lo que se refiere a la posible eficacia interruptiva de los burofax que, con esa finalidad, se presentaron por los reclamantes, es consolidada doctrina de este Órgano Consultivo que sólo sería posible que tal interrupción se produjese cuando la comunicación (telegrama, escrito, etc.) que se presente tenga un contenido identificable como ejercicio de tal reclamación, pero carece de él cuando responde al mero propósito de instar que se tenga por interrumpido el plazo. En cualquier caso, en el supuesto que ahora nos ocupa, esta cuestión resulta irrelevante al haberse ejercitado la acción en plazo.

3. 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.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

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 siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida 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.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. 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 sanitario ha de llevarse a cabo 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002).

CUARTA.- Falta de acreditación de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

Los reclamantes atribuyen los daños sufridos por su hijo a una asistencia sanitaria deficiente, señalando que existió falta de asepsia hospitalaria determinante de la infección nosocomial contraída por el menor, con el que deberían haberse extremado las medidas de precaución atendiendo al riesgo añadido que suponía su prematuridad.

En el presente caso, tal como ocurría en otros supuestos similares, este Consejo considera que el motivo de imputación pivota en si el HUVA adoptó previamente las medidas preventivas de profilaxis, dado que, admitiendo que hubiera sido adquirida en el Hospital, hay un porcentaje de infecciones hospitalarias que no pueden evitarse a pesar de que se adopten aquéllas, lo que conduciría a negar la antijuridicidad del daño, requisito positivado en el artículo 141.1 LPAC de la siguiente manera: "*No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos*".

Conviene partir de la premisa (Dictamen 48/2011) de que 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 que propugna que "...frente al principio de responsabilidad objetiva que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y curativo de todas la 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 Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común 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, entre otras).

Lo que sí se admite en la jurisprudencia es que los principios antes referidos tienen una proyección sobre la carga de la prueba, de modo que la Administración, respondiendo al principio de facilidad probatoria, debe adoptar una actitud diligente en orden a demostrar que se han adoptado las medidas de asepsia de personal, y de instalaciones, instrumental y equipos, conforme a la *lex artis*. En igual sentido viene pronunciándose este Órgano Consultivo, porque, como decíamos, entre otros, en nuestro Dictamen 192/2009, pretender que sean los reclamantes quienes hubieran de probar que aquellas medidas no se adoptaron les abocaría a una verdadera *probatio diabólica*.

Especialmente ilustrativas resultan en este punto, entre otras, las sentencias del Tribunal Supremo de 13 julio 2000 y 23 de septiembre de 2009, la última de las cuales recuerda que constituye un principio general, emanado de la doctrina de dicha Sala del Tribunal Supremo al enjuiciar el tema de la responsabilidad de la Administración, el que el carácter objetivo de la misma no puede conducir a entender que la Administración, con independencia de su concreta actuación en el caso, pueda ser siempre considerada responsable de toda lesión o perjuicio sufrido por los particulares con ocasión de la prestación de los servicios públicos, pues el principio de responsabilidad objetiva no puede conducir a apreciar que la Administración se convierte en una aseguradora universal de todo riesgo. Por ello, considera el Tribunal Supremo que en un caso de infección nosocomial donde la actuación sanitaria prestada a la recurrente fue adecuada a *lex artis*, con una correcta aplicación de los medios razonablemente exigibles, tanto personales como materiales, y con una correcta profilaxis que cubría, en términos de razonabilidad, la posible infección, no procede la declaración de responsabilidad (STS de 23 de septiembre de 2009).

Pues bien, sobre las medidas adoptadas documentadas por el HUVA, la Inspección Médica sostiene que "*en el HUVA están protocolizados en el programa de bioseguridad ambiental (BSA, Programa del M. de Sanidad y de la Sociedad Española de Medicina Preventiva que se aplica desde el año 2000), los llamados controles ambientales físicos, que incluyen la revisión y renovación de los filtros de aire, temperatura, humedad, presión del aire y renovación del mismo, limpieza, etc. Los controles microbiológicos se realizan con la frecuencia y metodología que indica el BSA en los casos de brotes epidémicos y en los casos de endemia y de hiper endemia de infecciones o/y cuando lo solicitan los facultativos para estudio clínico o epidemiológico.*

En las fechas de hospitalización de este paciente no se produjo ningún brote epidémico, en esas áreas.

En cuanto a los programas de vigilancia de la infección nosocomial el HUVA cuenta con los siguientes:

Prevalencia. Se realiza el estudio EPINE (desde el 1990) La tasa de IN en neonatología en 2011 fue de 10,86%.

- Incidencia. Programa INCLIMECCA/ICONOS (desde 1994). Sólo se lleva a cabo en 50 hospitales sus resultados se publican en el American Journal Of Infection Control.

Brotes Epidémicos Realizado por el S. de Medicina Preventiva en coordinación con Microbiología para su abordaje".

Del mismo informe, así como de los emitidos por los peritos de la aseguradora, se desprende que el ingreso del niño en el Servicio de Neonatología resultaba obligado atendiendo a sus circunstancias (prematuridad y bajo peso), con el riesgo de infección que ello suponía por su especial vulnerabilidad, pero que, una vez acreditados la implantación y el cumplimiento de las medidas de asepsia, tanto de las instalaciones como de los procesos asistenciales invasivos, el daño (infección nosocomial) adolece de la necesaria antijuridicidad. Por otro lado, una vez diagnosticada la infección nosocomial la actuación de los servicios sanitarios fue ajustada a normopraxis.

En definitiva, cabe concluir que la Administración sanitaria está obligada a la aportación de los medios materiales y humanos para el restablecimiento de la salud de los pacientes o para aliviar sus padecimientos, medios que han de aplicarse conforme a las exigencias de la *lex artis*, de acuerdo con los conocimientos técnicos y científicos, lo que, a juicio de la Inspección Médica, se ha cumplido en el presente caso, sin que, por otro lado, se haya acreditado que los daños sufridos por el menor se deban a una deficiente asistencia sanitaria dispensada en el HUVA, por lo que no procede la declaración de responsabilidad patrimonial.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, en tanto que no se acredita la concurrencia de los elementos legalmente exigidos para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración regional.

No obstante, V.E. resolverá.