



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 263/2015

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 21 de septiembre de 2015, 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 Excmo. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 13 de diciembre de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 350/14), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 5 de diciembre de 2012 el interesado presenta escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS) en el que expone que el día 6 de enero de 2012 fue intervenido de urgencia en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) por disección aórtica tipo A. Añade que con posterioridad fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de ese centro hospitalario, en el que permaneció cuatro meses y dieciocho días.

El reclamante relata que durante su estancia en la UCI su situación se agravó debido a una neumonía asociada a ventilación mecánica por Acinetobacter B, que empeora su estado, le ocasiona un gran deterioro físico y prolonga su estancia en la referida unidad de cuidados intensivos.

Transcurrido el mencionado período de estancia en la UCI, es trasladado a planta, donde se inicia su rehabilitación y fisioterapia debido al gran deterioro muscular que padece. El día 23 de mayo de 2012 se le da el alta médica y, según relata, se le indica que necesita continuar con la rehabilitación de forma preferente.

Debido a que no le llaman para continuar con la rehabilitación, comienza a asistir a la consulta privada de un fisioterapeuta el día 4 de junio de 2012. De otro lado, el día 20 de junio comienza la rehabilitación ambulatoria en la Clínica Vega Media, de Molina de Segura, donde recibe dieciocho sesiones, hasta que el día 30 de julio de 2012 es dado de alta.

Como se ha dicho con anterioridad, desde el día 4 de junio de 2012 el reclamante ha simultaneado las sesiones de fisioterapia de carácter ambulatorio con otras setenta y tres que sufragó de manera privada en esa misma clínica hasta el 10 de octubre de 2012, lo que le ha supuesto un gasto hasta ese momento de 2.190 euros (73

sesiones, a razón de 30 euros por sesión). Además, según se acredita con el informe del fisioterapeuta que le trata y que se acompaña junto con el escrito de reclamación, el interesado aún deberá continuar las sesiones de rehabilitación unos cinco o seis meses más.

Según sostiene el reclamante, si la atención hubiese sido correcta tan sólo hubiese debido estar ingresado en la UCI un mes, por lo que reclama una indemnización correspondiente a los tres meses y dieciocho días que estuvo hospitalizado de más como consecuencia de la neumonía que sufrió en la unidad de cuidados asociada a ventilación mecánica por *Acinetobacter B*.

De ese modo, el interesado reclama una indemnización por los conceptos que desglosa del siguiente modo:

- 107 días de estancia hospitalaria, a razón de 69,61 euros diarios: 7.448,27 euros.
- Por los días impeditivos transcurridos desde el 23 de mayo de 2012, es decir, el día que recibió el alta médica, hasta el día 3 de diciembre de 2012 (194 días), fecha de su escrito de reclamación, a razón de 56,60 euros diarios: 10.980,40 euros.

A esas cantidades habría que añadir, según expone, un factor de corrección por los perjuicios económicos causados (10 por 100), lo que haría un total de 20.271 euros. Además, se debería sumar el coste de las sesiones privadas de rehabilitación que ya ha sufragado, por importe de 2.190 euros, y las que necesite recibir desde el 3 de diciembre de 2012 hasta el día en que se produzca el alta extrahospitalaria definitiva.

SEGUNDO.- Con fecha 19 de diciembre de 2012 el Director Gerente del SMS dicta Resolución de admisión a trámite de la reclamación patrimonial, que se le notifica al recurrente el día 23 de enero de 2013, junto con un escrito en el que se hace referencia a las prescripciones que se mencionan en 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).

TERCERO.- Con fecha 26 de diciembre de 2013, el órgano instructor solicita a las Gerencias del Área VI-Hospital Morales Meseguer, de Murcia, y del Área I-HUVA, de Murcia, copia de las Historias Clínicas del reclamante. Asimismo, recaba en los dos casos los informes de los profesionales que atendieron al interesado, relativos a los hechos objeto de la reclamación.

De igual modo, se solicita del Hospital de Molina copia de la Historia Clínica del reclamante, informes de los profesionales que atendieron al interesado, relativos a los hechos descritos en la reclamación, e informe sobre si el reclamante fue asistido por remisión del Servicio Murciano de Salud y si el facultativo que le atendió es personal del SMS o de ese Hospital. De ser así, se le informa de que se le deberá considerar parte interesada en el presente procedimiento y de que debe dar parte del mismo a su compañía aseguradora, a los efectos que procedan.

De igual forma, con esa misma fecha se comunica la reclamación a la Dirección de los Servicios Jurídicos, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la compañía aseguradora del SMS.

CUARTO.- Con fecha 6 de febrero de 2013 recibe el órgano instructor la comunicación del Servicio de Atención al Usuario del Hospital de Molina, de 21 de enero de 2013, a la que se adjuntan copias del Informe de Alta, resultados de las pruebas de laboratorio y placa e informe de la radiografía de tórax que se realizó al interesado. De igual modo, se acompaña la alegación formulada por el facultativo responsable del alta del paciente, x.

QUINTO.- Con fecha 16 de febrero de 2013 tiene entrada el escrito del Director Gerente del Área I-HUVA, de Murcia, de 12 de febrero de 2013, con el que se acompaña copia de la Historia Clínica del interesado, así como los informes elaborados por los Dres. x, del Servicio de Cirugía Cardiovascular y x, Jefe de Servicio de Medicina Intensiva, al que acompaña los informes elaborados en su servicio, así como la evolución médica.

En la Nota Interior del Dr. x, de 8 de febrero de 2013, se ha constar:

"(...) La infección respiratoria del paciente no es causa, sino consecuencia. Es consecuencia de una encefalopatía post bomba de perfusión y anóxica que lo mantuvo en coma cerca de un mes. Esta encefalopatía, claramente relatada en los informes, a la que se añade todo el cuadro de inflamación sistémica, es la que provoca la prolongación de la ventilación mecánica y las consecuentes infecciones por gérmenes típicamente oportunistas de los pacientes debilitados. Nuestros protocolos de control de infección están asegurados por evaluaciones nacionales y se mantienen dentro de los límites aceptados.

Aun así llama la atención lo prolongado de su estancia en la unidad y ello no es debido a complicación infecciosa alguna, sino a un cuadro de debilidad muscular generalizada que se produce en estos pacientes y que se llama Polineuropatía del Paciente Crítico, enfermedad relativamente joven y que se observa en los que logran ser recuperados de situaciones límite. Esta enfermedad (descrita en el informe de evolución del día 13/02/2012) enlentece de forma muy importante la recuperación del paciente ya que altera profundamente los sistemas neuronales de producción y conducción del impulso nervioso a todos los músculos estriados del organismo (incluidos los respiratorios) causando intensa debilidad y por ello especial susceptibilidad a la invasión por gérmenes oportunistas del tipo de los ya descritos y otros muchos que se señalan en los informes. El manejo de ésta se centra en el cuidado nutricional, el control de la infección y la rehabilitación del paciente (justo lo que se hizo en este caso)".

SEXTO.- Mediante escrito de 22 de marzo de 2013, el Director Gerente del Área VI de Salud-Hospital Morales Meseguer, de Murcia, remite al órgano instructor copia de la Historia Clínica del reclamante que obra en la Gerencia del referido centro hospitalario; informe emitido por el Dr. x, médico de Medicina Familiar y Comunitaria, el día 20 de marzo de 2013, dado que no existe soporte documental referente a la asistencia que dicho facultativo le dispensó al interesado el día 5 enero de 2012, e informe emitido por x, Facultativo Especialista de Área de Rehabilitación, de fecha 5 de marzo de 2013. Finalmente, se hace constar que no se ha localizado el soporte documental relativo a la asistencia que el reclamante dice haber solicitado a las 17:20 horas en el ambulatorio "Antonio García", de Molina de Segura.

SÉPTIMO.- Con fecha 12 de abril de 2013 se solicita informe al Servicio de Inspección Médica sobre la reclamación objeto del presente procedimiento, sin que este se emitiese con fecha anterior a la remisión del expediente a este Órgano Consultivo.

OCTAVO.- La compañía aseguradora del SMS, remitió un Dictamen pericial, de fecha 18 de mayo de 2013, emitido por médico especialista en Medicina Intensiva acerca del contenido de la reclamación, en el que se concluía del siguiente modo:

"1. x, que actualmente tiene 54 años, ingresa el 06.01.2012 en el Hospital Virgen de la Arrixaca por una disección aórtica tipo A de Stanford, siendo intervenido quirúrgicamente de urgencia.

2. La disección aórtica es una patología muy grave con una mortalidad operatoria de hasta el 70%.

3. Tras la intervención el paciente permanece en UCI durante algo más de tres meses, estando condicionada esa larga estancia principalmente por una encefalopatía postquirúrgica (posiblemente secundaria a una lesión de isquemia/reperfusión por circulación extracorpórea y necesidad de parar el corazón durante la intervención).

4. La encefalopatía condiciona la necesidad de mantener al paciente sedado, en ventilación mecánica y encamado, apareciendo como complicaciones de ello una polineuropatía del paciente crítico, desnutrición (que conlleva inmunodepresión) e infecciones de repetición, incluyendo una neumonía asociada a una ventilación mecánica.

5. Las infecciones que presenta el paciente son consecuencia de su patología de ingreso (disección aórtica) que se complica con una encefalopatía y una larga estancia en UCI y las complicaciones ya comentadas.

6. Se realizan las pruebas diagnósticas oportunas y necesarias (cultivos microbiológicos seriados, pruebas de imagen incluyendo PET-TAC) para el diagnóstico precoz y seguimiento de las infecciones, administrándose un tratamiento antibiótico empírico precoz que posteriormente se modifica en función de los resultados microbiológicos.

7. El paciente no presenta secuelas derivadas de las infecciones ocurridas en la UCI, siendo el deterioro general que presenta en planta secundario a una polineuropatía del enfermo clínico.

8. No se reconoce actuación médica contraria a la Lex Artis. Antes bien, el paciente consiguió recuperarse gracias a los cuidados y tratamiento administrado, pese a la situación extremadamente grave secundaria a su patología de base y las inevitables complicaciones por la prolongada estancia en UCI".

NOVENO.- Mediante escritos de 18 de julio de 2013, se confiere a la compañía aseguradora y al reclamante el correspondiente trámite de audiencia a los efectos de que pudiesen formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que tuviesen por convenientes. Dentro del plazo conferido, el reclamante presenta un escrito, de 20 de agosto de 2013, por el que da por reproducidos los hechos que se relatan en su reclamación de responsabilidad patrimonial y solicita que se tengan por reproducidos los documentos que se acompañan con ella.

DÉCIMO.- Mediante nota interior de 11 de febrero de 2014, se recibe copia del Decreto dictado por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia en los trámites del Procedimiento Ordinario núm. 744/2013, que se sigue a instancia del reclamante, con el fin de que se remitan al órgano jurisdiccional correspondiente cuantos antecedentes obren sobre el citado procedimiento, y a la Dirección de los Servicios Jurídicos copia de ello.

UNDÉCIMO.- Con fecha 4 de marzo de 2014 se formula propuesta de resolución desestimatoria, por entender que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

DUODÉCIMO.- Solicitado el preceptivo Dictamen de este Órgano Consultivo, el mismo, en su sesión celebrada el 19 de mayo de 2014, aprobó el número 151/2014, en el que se concluía sobre la necesidad de completar la instrucción con el requerimiento y aportación de un informe del Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del HUVA, por el que se concrete el contenido de los protocolos de infección que se siguen en dicho hospital, así como indique cuáles son las medidas profilácticas que se aplican y cuáles son los límites aceptados de infección que vienen marcados por dichos protocolos; actuación que, según el mismo Dictamen, debía ir seguida de las actuaciones que se considerase oportunas, entre las que, necesariamente, debería figurar la concesión de un nuevo trámite de audiencia al interesado.

DECIMOTERCERO.- Recibido el anterior Dictamen por la Consejería consultante, por el órgano instructor se procede a evacuar los siguientes trámites:

1. Se solicita del HUVA informe en el sentido indicado en el citado Dictamen, recibiéndose desde dicho centro hospitalario la siguiente documentación:

a) Nota interior del Dr. x, perteneciente al Servicio de Medicina Infecciosa, en la que se indica lo siguiente:

"Revisada la documentación que consta en el informe de UCI y en la historia clínica, coincido en la opinión del Dr. x de que la infección fue una consecuencia y no la causa del cuadro que sufrió el enfermo y que a la vista de la gravísima patología que motivó su intervención, habría que felicitar a todo el personal que participó en su cuidado.

En primer lugar debo comunicarte que en la fecha en que ocurrieron los hechos, ni yo ni mi Servicio teníamos aún ninguna responsabilidad asignada en el control de la infección nosocomial.

Sin embargo, sí se habían aprobado por la Comisión de infecciones los protocolos para limitar y controlar las infecciones nosocomiales (hospitalarias).

*Adjunto envío los archivos correspondientes al control de las infecciones por *Acinetobacter baumannii* y los protocolos de aislamiento vigentes en ese momento.*

También se puede acceder a diversos protocolos aprobados en el hospital en relación con los cuidados de enfermería, muchos de ellos para limitar la aparición de infecciones, a través del portal Arrinet (...).

No obstante, para conocer las medidas particulares propias del Servicio de la UCI y para responder a la pregunta sobre si 'en este caso se adoptaron dichas medidas profilácticas', te deberás poner en contacto con el personal de la UCI, encargado de este tema (Dra. x)".

A dicho informe se acompaña el Protocolo de actuación en el control y seguimiento de pacientes infectados o colonizados por Acinetobacter Baumannii Multirresistente (folios 270 a 280, ambos inclusive).

b) Informe de la Dra. x, facultativa especialista de área de la Unidad de Cuidados Intensivos, en el que se indica:

"Como ya notifiqué, cuando hablamos por teléfono, durante el año 2012 colaboraba con el Dr. x en el control y seguimiento de las infecciones nosocomiales asociadas a dispositivos. Los datos que puedo aportar y espero que sean de utilidad son:

1.- La UCI del HCUVA coordinada por el Dr. x hasta su jubilación en diciembre de 2012 y posteriormente por Dra. x, colabora con el grupo de trabajo de enfermedades infecciosas (GTEI) de la sociedad de Medicina Intensiva.

Desde 1994, fecha en la que se puso en marcha a nivel nacional el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial (ENVIN), estamos participando en el proyecto. Por este motivo participamos en el proyecto Neumonía Zero desde su inicio en 2011, el objetivo principal de este proyecto es disminuir la tasa media de la densidad de incidencia de la NAVM a <9 episodios/1000 días de VM.

2.- Nuestros datos respecto a la neumonía asociada a ventilación mecánica durante el año 2012 son los siguientes: (...)

(...) Nuestra Unidad consiguió el objetivo ($DI < 9$) durante todos los meses del año 2012, a excepción de febrero con $DI = 9.48$ y junio con $DI = 9.13$. La DI media en la UCI del HCUVA durante el año 2012 fue de 5, siendo la DI media= 5.63 a nivel nacional.

3.- Las medidas básicas de obligado cumplimiento propuestas por el proyecto Neumonía Zero y que llevamos a cabo en nuestra Unidad son:

1. Formación y entrenamiento apropiado en el manejo de la vía aérea.

2. Higiene estricta de manos en el manejo de la vía aérea.

3. Control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento entre 20 y 25 cmH2O.

4. Higiene bucal cada 8 horas con Clorhexidina.

5. Posición semiincorporada, con cabecera levantada a > 30°. Evitar, siempre que sea posible, la posición de decúbito supino a 0°.

6. Favorecer todos los procedimientos que permitan disminuir de forma segura la intubación y/o su duración.

7. Evitar los cambios programados de tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales.

Además de estas medidas también realizamos 2 medidas específicas altamente recomendables:

1. Descontaminación selectiva del tubo digestivo (pasta faríngea).

2. Antibióticos sistemáticos durante la intubación en pacientes con disminución de nivel de conciencia".

2. Se incorpora, con fecha 4 de agosto de 2014, informe del Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales, al que se acompaña el informe de la Dra. x, transscrito anteriormente, y otro informe del Dr. x, ampliatorio del emitido en su momento, en el que se indica lo siguiente:

"Paciente remitido desde el Hospital Virgen de la Arrixaca el 22 de mayo de 2012 tras ingreso de larga duración en la UCI (4 meses).

Visto el 8 de junio de 2012 en consultas externas de RHB del Hospital Morales Meseguer por encamamiento prolongado.

Se indica tratamiento de fisioterapia para enseñanza de ejercicios de mantenimiento de recorridos articulares y trofismo muscular, que se inicia el 20 de junio en centro concertado con la Seguridad Social (Clínica Vega Media) que finaliza el 30 de julio de 2012.

Acude de nuevo a consulta el 27 de agosto de 2012, refiriendo estar realizando tratamiento de fisioterapia privado.

Ante la persistencia de dolor en cadera izquierda se solicita Rx simple de ambas caderas que confirma en consulta de 10 de septiembre de 2012 la presencia de calcificaciones heterotópicas bilaterales en ambas caderas.

Se indica la necesidad de mantener tratamiento en domicilio con ejercicios aprendidos y revisión a demanda.

Visto de nuevo el 26 de noviembre de 2012, se constata situación secuelar de sus lesiones siendo alta en este servicio".

El Inspector actuante, tras resumir los hechos y formular las consideraciones médicas que estima de interés, concluye del siguiente modo:

"- La prolongada estancia en la UCI no puede achacarse en exclusiva a la NAVM por Acinetobacter sino que nos encontramos con varios factores: encefalopatía postquirúrgica, deterioro hemodinámico, sepsis, polineuropatía del enfermo crítico y la propia NAVM que, actuando sobre un paciente en el postoperatorio de una patología de extrema gravedad ocasionan una prolongada estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos. En esta estancia se aplican con éxito multitud de técnicas diagnósticas y terapéuticas, consiguiendo la mejoría del paciente hasta que puede ser dado de alta a planta y posteriormente a su domicilio. El proceso terapéutico fue un éxito teniendo en cuenta la extrema gravedad de la patología.

- En la UCI del Hospital Virgen de la Arrixaca se llevan a cabo las medidas recomendadas por la literatura científica y recogidas en los programas de seguridad del paciente que pretenden disminuir la prevalencia de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica.*
- Durante el año 2012 las cifras de NAVM medidas en episodios por 1000 días de ventilación mecánica fueron inferiores al objetivo marcado a nivel nacional y también inferiores a la media nacional.*
- El tratamiento rehabilitador fue adecuado en tiempo y forma".*

DECIMOCUARTO.- Concedido nuevo trámite de audiencia tanto al reclamante como a la aseguradora del SMS, ninguno hace uso del mismo al no comparecer ni formular alegación alguna.

Seguidamente por el órgano instructor se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

DECIMOQUINTO.- 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, plazo, legitimación, procedimiento y requisitos de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

Se dan por reproducidas las consideraciones que, referidas a dichos extremos, se contienen en el Dictamen 151/2014. Sólo cabe precisar ahora que, una vez realizadas las actuaciones instructoras indicadas en aquel Dictamen, cabe considerar que el procedimiento se ha ajustado, en lo fundamental, al establecido por el ordenamiento jurídico para este tipo de reclamaciones, salvo en lo que se refiere al plazo máximo para resolver que ha excedido en mucho del previsto en el RRP.

En cuanto a la interposición por el interesado de recurso contencioso administrativo frente a la desestimación presunta, ya indicamos en nuestro Dictamen 3/2008 que tal circunstancia no excluye la obligación de resolver expresamente el presente procedimiento (artículo 42.1 LPAC) y tampoco es óbice para que la Administración regional lo resuelva durante su sustanciación, siempre que no se haya dictado sentencia por parte del correspondiente órgano jurisdiccional, a tenor de lo dispuesto en el artículo 36.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, pues la reclamante podría solicitar la ampliación del recurso contencioso administrativo a la resolución expresa.

En todo caso, antes de adoptar la resolución habrá de comprobarse si ha recaído sentencia para abstenerse, en caso afirmativo, de dictar la resolución.

SEGUNDA.- Sobre la concurrencia de los requisitos de la responsabilidad patrimonial en el presente supuesto. Falta de acreditación.

Por el reclamante se suscita la cuestión relativa a su excesiva estancia en la UCI, que atribuye a una mala praxis médica, lo que dio lugar a que contrajese una neumonía asociada a la ventilación mecánica por Acinetobacter B, que empeoró su estado de salud y prolongó su internamiento hospitalario durante algo más de tres meses e hizo preciso tratamiento rehabilitador que, al no serle dispensado en su totalidad por los servicios correspondientes al SMS, debió sufragar por su cuenta en un centro fisioterapéutico particular.

A la vista de los fundados informes médicos que obran en el expediente, resulta, en primer lugar, que la actuación de los facultativos que atendieron al paciente fue ajustada a normopraxis. La patología que este sufría, disección aórtica tipo A, es calificada de extrema gravedad y, según señala la Inspección Médica, fue la adecuada asistencia sanitaria que se le dispensó la que contribuyó a que se superara con éxito la delicada situación en la que se encontraba, salvando la vida. La intervención quirúrgica que se llevó a cabo no tenía alternativa terapéutica alguna y no se describe en la historia clínica que surgiera complicación intraoperatoria alguna, aunque la duración de la misma se prolonga hasta 122 minutos de circulación extracorpórea.

El despertar del paciente se complica con un cuadro de agitación severo, secundario a una encefalopatía postquirúrgica, lo que obliga a mantener al paciente sedado y en ventilación mecánica. Según los médicos informantes, la neumonía asociada a la ventilación mecánica es una complicación inherente de la propia ventilación mecánica, que en el caso de reclamante se materializa, pero tanto esta neumonía como las infecciones que surgen con posterioridad, son una consecuencia del grave cuadro que presentaba el paciente, lo que exigía, para salvar su vida, mantenerlo en la UCI intubado y sedado durante el período de tiempo que consta en la historia clínica. Resulta, en palabras de la Inspección Médica, que al contrario de lo que mantiene el interesado "*la prolongada estancia en la UCI del Hospital Virgen de la Arrixaca no puede achacarse en exclusiva a la NAVM por Acinetobacter, sino que nos encontramos con varios factores: encefalopatía posquirúrgica, deterioro hemodinámico, sepsis, polineuropatía del enfermo clínico y la propia NAVM que, actuando sobre un paciente en el postoperatorio de una patología de extrema gravedad ocasionan esta prolongada estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos. En esta estancia se aplican con éxito multitud de técnicas diagnósticas y terapéuticas, consiguiendo la mejoría del paciente hasta que puede ser dado de alta a planta y posteriormente a su domicilio. El proceso terapéutico fue un éxito teniendo en cuenta la extrema gravedad de la patología*".

Tanto la neumonía asociada a ventilación mecánica por *Acinetobacter* como las demás infecciones que sufrió el paciente (shock séptico por *serratia marcescens*), son, según el perito de la aseguradora, complicaciones inevitables en un paciente en situación de debilidad inmunitaria: encefalopatía postquirúrgica, sedación con ventilación mecánica, desnutrición protética, sometimiento a procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos que, aun a pesar del riesgo de infección que entrañaban, resultaban imprescindibles para mantenerlo con vida.

Pues bien, descartada por los facultativos que han informado en el expediente infracción alguna de la *lex artis ad hoc* en la asistencia prestada al reclamante, sin que tampoco por éste se haya aportado informe pericial que acredite tal extremo, hay que analizar ahora si la Administración sanitaria ha de responder por las infecciones nosocomiales que sufrió el mismo durante su estancia hospitalaria, por el sólo hecho de haberlas contraído en el contexto hospitalario. Al respecto, como decíamos en nuestro Dictamen núm. 151/2014, cabe recordar que, con arreglo a doctrina constante de este Consejo Jurídico (entre otros, Dictamen núm. 48/2011), la mera constancia de una infección nosocomial no es título de imputación suficiente de responsabilidad, porque de así considerarlo nos encontraríamos con 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, determinando su inversión en este tipo de supuestos, de modo que la Administración, respondiendo al principio de disponibilidad y facilidad probatoria, debe adoptar una actitud diligente en orden a demostrar que se han adoptado las medidas adecuadas de asepsia de personal, y de instalaciones, instrumental y equipos, conforme a las exigencias de la *lex artis*. En aplicación de esos principios, correspondería a la Administración regional acreditar qué medidas se adoptaron con el propósito de evitar el contagio. 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 diabolica*.

Lo anterior nos llevaría a afirmar la responsabilidad patrimonial de la Administración, salvo que se hubiese acreditado fehacientemente que se han adoptado todas las medidas profilácticas adecuadas al caso para evitar dichas infecciones. Tal acreditación, una vez completada la instrucción en los términos que se indicaban en nuestro Dictamen núm. 151/2014, se ha llevado a cabo de forma extensa y adecuada por el HUVA.

En efecto, consta en el expediente el informe de la Unidad de Cuidados Intensivos de dicho centro hospitalario, en el que se recoge que se aplicó el Protocolo de Neumonía Zero, cumpliéndose con las medidas básicas que en el mismo se contienen, a lo que cabe adicionar otras específicas como la descontaminación selectiva del tubo digestivo (pasta faríngea) y antibióticos sistemáticos durante la intubación en pacientes con disminución del nivel de conciencia. Del éxito de la aplicación de tales medidas nos da idea el hecho de que la densidad de incidencia media de neumonías asociadas a ventilación mecánica en dicho hospital durante el año 2012, medida en episodios por 1000 días de ventilación mecánica, fue inferior al objetivo marcado en el proyecto de Neumonía Zero y también inferior a la media nacional, sin que tales afirmaciones se hayan puesto en duda ni, consiguientemente, rebatidas, dado que no se han presentado alegaciones en el trámite de audiencia.

Además, como indica la Inspección Médica, en el paciente coexistían factores de riesgo para la adquisición de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, tales como encefalopatía postquirúrgica, deterioro hemodinámico y sepsis, circunstancias que también se han de tener en cuenta a la hora de determinar la concurrencia de una posible responsabilidad patrimonial.

Finalmente, también resulta necesario abordar la afirmación del reclamante relativa a la falta de una adecuada asistencia rehabilitadora, y tanto de la historia clínica como de los dos informes emitidos por el Jefe de Servicio del Hospital Morales Meseguer, resulta que las necesidades clínicas que presentaba el paciente en relación con esta especialidad fueron prestadas en tiempo y forma, de manera que, como afirma el inspector actuante, "*el que el paciente recurre a un fisioterapeuta privado es una decisión personal. No hay por parte del Servicio Murciano de Salud ni mala praxis ni retraso injustificado en la asistencia*".

Partiendo de las anteriores consideraciones, en el caso que nos ocupa debe llegarse necesariamente a la conclusión de que por los servicios médicos del SMS se utilizaron todos los medios disponibles para el tratamiento de la enfermedad que presentaba el paciente, sin que puedan aceptarse como válidas, a la vista de la historia clínica y de los informes médicos emitidos, las afirmaciones contenidas en la reclamación, pues ha quedado demostrado que se actuó correctamente en todo momento, si bien la grave patología que sufría y las complicaciones surgidas, pese a que fueron atendidas de forma ajustada a normopraxis, implicaron una mayor permanencia en la UCI, sin que conste que tal circunstancia haya dado lugar a secuela alguna en el paciente.

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.

