



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 141/2022

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 16 de junio de 2022, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 7 de marzo de 2022 (COMINTER 65392 2022 03 07-11 47) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 9 de marzo de 2022, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_067), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El día 25 de febrero de 2016 tuvo entrada en el registro del Servicio Murciano de Salud (SMS) una reclamación de responsabilidad patrimonial suscrita por doña X, y don Y y don Z, esposa e hijos, respectivamente de D. P, fallecido el 23 de febrero de 2015 en el Hospital General Universitario “Virgen de la Arrixaca” (HUVA) al que fue derivado desde el Hospital General Universitario “Rafael Méndez”, de Lorca. (HRM)

Había ingresado en este último el 12 de enero de 2015, a cuya puerta de urgencias había acudido en diversas ocasiones en los días previos por padecer disnea a consecuencia del “*Epoc reagudizado por infección respiratoria*” según el documento de ingreso a cargo del Servicio de Medicina Interna. Ocupó la cama 611-1 durante su estancia hasta que fue trasladado al HUVA, a petición de la familia, por no experimentar mejoría pese al tratamiento instaurado con altas dosis de esteroides, broncodilatadores y aerosolterapia, no pudiendo ser receptor de trasplante de pulmón por haber dejado de fumar solamente dos meses antes. El juicio clínico expuesto en el parte de traslado se refiere a “*epoc clase de la gold descompensada por infección respiratoria, insuficiencia respiratoria crónica severa, y antecedentes de Tep parcial de la rama arterial de la língula con hta. moderada que remitió*”.

A la mañana siguiente a su ingreso en el HUVA, en el cultivo del esputo se aísla “*Acinetobacter baumannii complex. Multirresistente*”. Recibió el tratamiento prescrito hasta que el día 24 de febrero presentó importante trabajo respiratorio con tendencia al sueño, decidiendo su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos con el diagnóstico de shock séptico, bronconeumonía bilateral, siendo exitus al día siguiente.

Exponen los reclamantes que desde su ingreso en el HRM compartió habitación con un enfermo afectado también por la misma bacteria y que falleció en dicho hospital el día 20 de febrero de 2015. Según ellos al Sr. P no se le había dispensado la atención que requería por lo que solicitan ser indemnizados en la cantidad de 134.207,73 euros, de los que 115.035,21 euros serían para la esposa y 19.172,52 euros para los hijos (9.586,26 euros para cada hijo mayor de 25 años). A dicha cifra había que aplicar un factor de corrección por perjuicio económico del 10%, lo que elevaba a la reclamación a 147.628,5 euros.

Proponían que se requiriera a los centros hospitalarios la remisión de diversa documentación relacionada con los

protocolos y medidas a aplicar para el control y erradicación de la bacteria que afectó al Sr. P, así como el envío de la historia clínica del mismo. A la reclamación acompañaban el Libro de familia y diversa documentación clínica.

SEGUNDO.- Por resolución de 16 de marzo de 2016 del Director gerente del SMS se admitió a trámite la reclamación, se ordenó la incoación del expediente 232/16, y se designó al Servicio Jurídico como órgano encargado de la instrucción.

Con escrito de 16 de marzo de 2016 se notificó la admisión de la reclamación a la interesada que la recibió el 5 de abril siguiente. Con escritos de igual fecha se solicitó de la Gerencia del Área de Salud III (HRM) y del Área de Salud I (HUVA), la remisión de una copia de la historia clínica del fallecido, así como los informes de los profesionales que habían intervenido en su asistencia. Con nuevos escritos de 16 de marzo de 2016 se comunicó la admisión de la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros "Aón Gil y Carvajal, S.A." para su traslado a la compañía aseguradora.

TERCERO.- La Directora gerente del HRM contestó el requerimiento formulado mediante escrito de 6 de mayo de 2016, enviando copia de la documentación clínica existente en el centro respecto del fallecido y el informe del doctor Q, Jefe de Sección de Medicina Interna de dicho hospital en el que se describe el proceso y la asistencia seguida por el paciente del hospital hasta su traslado al HUVA.

CUARTO.- El día 8 de junio de 2016 se contestó el requerimiento por parte de la Gerencia del HUVA, remitiendo la copia de la historia clínica del paciente, así como los informes de la doctora R, facultativa del Servicio de Medicina Interna Infecciosas, de 13 de abril de 2016, un informe de la doctora S, Facultativa del servicio de neumología, de 14 de abril de 2016 y otro del doctor T.

En el informe de la doctora S, consta que *"Solo tengo que reseñar que en el informe final de Neumología y de UCI consta aislamiento de acinetobacter en cultivo de esputo del día 12, y ese fue el día en que el paciente fue valorado inicialmente y se cursó dicho cultivo, cuyo resultado fue emitido por el laboratorio el día 17 de febrero, como puede comprobarse en la historia clínica del paciente. En la evolución de ese día puede leerse que se cursa aislamiento respiratorio, que ya se había realizado la tarde anterior por aviso del laboratorio a la unidad de vigilancia de infección nosocomial. En posteriores tomas de muestras del paciente no se volvió a aislar este microorganismo"*.

El informe del doctor T, de 7 de junio de 2016, del Servicio de Medicina Preventiva describe las medidas adoptadas para la prevención control y seguimiento de la bacteria acinetobacter baumannii.

QUINTO.- Mediante escrito de 27 de junio de 2016 se remitió información complementaria a la enviada inicialmente desde el HUVA, consistente en el "Protocolo de aislamiento de contacto en pacientes infectados/colonizados por Staphylococcus aureus resistente a meticilina", y se comunicaba que no se habían adoptado otras medidas de medicina preventiva que pudieran ser aplicables por producirse la transmisión por contacto.

SEXTO.- El instructor del procedimiento dirigió un escrito el 12 de julio de 2016 a los interesados comunicando que se estimaba adecuada la prueba documental propuesta, habiendo sido incorporadas al procedimiento las historias clínicas de los centros hospitalarios que atendieron al fallecido, poniéndolas a disposición de los mismos, informándoles de que se iba a proceder a remitir toda la documentación para la emisión del correspondiente informe al Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales de la Consejería de Sanidad. La notificación se produjo el día 25 siguiente.

SÉPTIMO.- Con escrito de 12 de julio de 2016 el órgano instructor se dirigió a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria (SIPA) recabando el informe de la Inspección Médica. Con escrito de la misma fecha remitió el expediente a la correduría de seguros para que fuera sometido a valoración en la siguiente reunión a celebrar con la compañía de seguros Mapfre.

OCTAVO.- Mediante correo electrónico de 19 de octubre de 2016 el instructor recibió la petición de la compañía seguros relativa a la que, a su vez, ella había recibido de la empresa --, para que le fuera enviada documentación adicional, concretamente, hojas de tratamiento e informes, si los había, de pruebas de imagen, y hojas de constantes. La documentación fue solicitada a la Gerencia del HRM el día 20 octubre 2016 siendo remitida mediante escrito de 16 de noviembre de 2016, excepto las pruebas de imagen, al no constar ninguna distinta de

las radiografías ya enviadas. Una vez recibida, mediante escritos de 27 de diciembre de 2016, el órgano instructor las remitió a la SIPA y a la correduría de seguros para su traslado a la compañía aseguradora.

NOVENO.- Mediante correo electrónico de 10 de mayo de 2017 se recibió el informe médico pericial de la empresa --, evacuado por la doctora V, especialista en medicina interna, el día 3 de febrero de 2017, cuya conclusión final es *“Tras el estudio de la documentación aportada puede concluirse que la atención dispensada al reclamante fue acorde a la lex artis”*.

DÉCIMO.- El instructor del expediente acordó la apertura del trámite de audiencia mediante escrito de 11 de mayo de 2017, notificado los interesados el siguiente día 18, y remitiendo copia de su acuerdo a la compañía aseguradora en la misma fecha.

UNDÉCIMO.- Mediante diligencia del día 26 de mayo de 2017 quedó constancia de la presencia de la señora X en la sede del órgano instructor para examinar el expediente y solicitar determinada documentación que le fue entregada.

DUODÉCIMO.- Consta en el expediente un escrito de alegaciones presentado por los interesados según el cual, se desprende de los informes del doctor Q y de la doctora V, que la actuación fue la correcta y que el desencadenante del crecimiento fue la complicación de la situación clínica del paciente, pero se obvió, que la infección por *Acinetobacter baumannii* es una infección nosocomial, infección adquirida durante la estancia en un hospital y que no estaba presente o en fase de incubación en el momento del ingreso en el HRM pero sí en el HUCA. Muestra su disconformidad con que no se aportara el protocolo de actuación y aislamiento en pacientes infectados con dicha bacteria sino con otra diferente, por lo que propone que se aporte el solicitado por los interesados, entendiéndose que el expediente no estaba completo al faltar el informe de la Inspección Médica.

DECIMOTERCERO.- El instructor del procedimiento solicitó a la Gerencia del HRM la remisión del protocolo de actuación y aislamiento de contacto en pacientes infectados/colonizados por *Acinetobacter baumannii* multirresistente, el cual fue remitido mediante escrito de 10 de julio de 2017, siendo reenviado a la SIPA el día 1 de septiembre siguiente.

DECIMOCUARTO.- El informe de la Inspección Médica fue remitido mediante comunicación interior de 15 de noviembre de 2021. En la última de sus conclusiones dice: *“El hemocultivo y el cultivo de la muestra de esputo del día 20 de febrero ya eran negativos para A. Baumannii. El fallecimiento del paciente se produjo el día 25 de febrero a causa de un shock séptico que no parece producido por dicho germen. Pese al desenlace, el tratamiento en el HUCA fue correcto”*.

DECIMOQUINTO.- Por acuerdo de 30 de noviembre de 2021 se ordenó la apertura de un segundo trámite de audiencia, notificándolo a los interesados el día 27 de diciembre siguiente. No consta la presentación de nuevas alegaciones.

DECIMOSEXTO.- El instructor del procedimiento elevó propuesta de resolución el 3 de marzo de 2022 en el sentido de desestimar la reclamación presentada por no concurrir los requisitos legalmente exigibles para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria.

DECIMOSÉPTIMO.- En la fecha y por el órgano designado en el encabezamiento del presente, se solicitó el Dictamen preceptivo de este Consejo Jurídico, remitiendo copia del expediente y del 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 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP), vista la fecha de iniciación del procedimiento.

SEGUNDA. Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Los reclamantes tienen legitimación para haber sufrido en su personal el daño moral que acarrea la pérdida de su esposo y padre, respectivamente, a causa, según afirman, del anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del SMS, pudiendo ejercer su pretensión indemnizatoria a tenor de lo previsto por el artículo 139.1 (LPAC), en relación con el 4.1 RRP, de aplicación en atención a la fecha en la que ocurrieron los hechos de acuerdo con lo establecido en la disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Por su parte, la Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de 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 LPAC, no hay reparo que oponer, vista la fecha del fallecimiento, 25 de febrero de 2015, y la de presentación de la reclamación, 25 de febrero de 2016.

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. No obstante, considera este Consejo que ha de llamar la atención por la excesiva dilación en su tramitación debida a la tardanza (más de 5 años) de la Inspección Médica en emitir su informe.

TERCERA. Sobre el fondo del asunto.

I. Son requisitos exigidos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración la concurrencia de un hecho, acción u omisión que resulte imputable a la Administración; la producción de un daño o perjuicio efectivo, evaluable económicamente e individualizado, que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar, y la existencia de una relación de causalidad directa e inmediata entre aquel hecho, acción u omisión y el mencionado daño o perjuicio, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal ni en particular la concurrencia de fuerza mayor. Tales exigencias están contenidas en el artículo 139 de la LPAC y han sido precisadas por constante jurisprudencia del Tribunal Supremo y reiterada doctrina de los diferentes Órganos consultivos, correspondiendo al reclamante la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega.

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 razonablemente 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, entre muchos otros, 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 ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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.

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.

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 (LEC)-, 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).

III. En el caso que nos ocupa se trata del fallecimiento de un paciente que sufría un estado muy avanzado de una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y que había sido descartado incluso para un trasplante de pulmón al no haber abandonado el hábito tabáquico con un mínimo de 6 meses de antelación a la posible propuesta, paciente que tuvo que acudir en reiteradas ocasiones al Servicio de Urgencias del HRM en el mes de diciembre de 2014 donde permaneció ingresado una semana y, al poco tiempo, dado su estado, acudió nuevamente para volver a ser ingresado en enero de 2015, siendo durante su estancia en dicho hospital donde, según los interesados, contrajo una infección nosocomial por la bacteria *Acinetobacter baumannii* multirresistente, causa de su muerte según la reclamación. Los interesados imputan el resultado a una mala praxis en la atención prestada al paciente por infracción de las normas de los protocolos sobre asepsia en este tipo de casos.

Dicho esto, debe, en primer lugar, dejarse constancia de que las aseveraciones hechas por los interesados no han contado con un informe pericial que las respalde, incumpliendo así con la obligación que sobre ellos recaía a tenor de lo establecido en el artículo 217 LEC. Sin embargo, la Administración ha traído al expediente diversos informes que sostienen la inexistencia de mala praxis y, por tanto, de responsabilidad por su parte.

Así, cabe citar el informe de la doctora S citado en el Antecedente Cuarto, o el de la doctora V, de la empresa --, que formula las siguientes conclusiones:

- "1. El proceso diagnóstico y terapéutico llevado a cabo en el Hospital Rafael Méndez fue adecuado y conforme a las guías de práctica clínica.*
- 2. No había casos previos de infección o colonización conocida por *Acinetobacter baumannii*, por lo que no había indicación de medidas de aislamiento. No pudo evitarse la infección por este germen en D. P.*
- 3. El tratamiento contra este germen administrado en el HUVA fue correcto, y llevó a la eliminación de dicho germen (cultivos posteriores negativos).*
- 4. Los datos microbiológicos sugieren que el *Acinetobacter* fue erradicado y tratado de forma adecuada, por lo que es altamente improbable que el shock séptico que ocasionó el éxitus fuese causado por este germen".*

Por su parte, el informe de la Inspección Médica se pronuncia del siguiente modo:

- "1. D. P padecía una EPOC muy severa grado IV de la clasificación de la GOLD en tratamiento y seguimiento en el H. Rafael Méndez. En diciembre de 2014 presentó una agudización de la misma que precisó ingreso hospitalario de 1 semana. Al mes de lo anterior acudió de nuevo al S. de Urgencias por incremento de la disnea y fiebre. Se le puso tratamiento ambulatorio que incluyó antibiótico y a los dos días por no mejoría, causó ingreso hospitalario.*
- 2. El ingreso fue el día 12 de enero de 2015 y durante el mismo presentó disnea con agudizaciones, sin desaturaciones y sin presentar fiebre en ningún momento. El resultado del cultivo de esputo fue negativo; el tratamiento antibiótico se mantuvo hasta el día 1 de febrero. El día 11 de ese mes se le trasladó al HCUVA a petición familiar. El tratamiento de la agudización de la EPOC que presentó D. P en el H. Rafael Méndez fue correcto.*
- 3. No hubo casos conocidos ni de infección ni de colonización por *A. Baumannii*, en el hospital Rafael Méndez*

durante el ingreso del paciente. El primer positivo conocido a este germen fue en una muestra de esputo de otro paciente recogida el día 11, que fue el día del traslado al HCUVA.

4. Durante el ingreso en el HCUVA el paciente continuó sin presentar mejoría, con la misma clínica de disnea con agudizaciones súbitas, sin desaturaciones. Se solicitó un nuevo cultivo de esputo que fue positivo a *A. Baumannii*, se instauró tratamiento antibiótico específico acorde al antibiograma que consiguió la erradicación del mismo.

5. El hemocultivo y el cultivo de la muestra de esputo del día 20 de febrero ya eran negativos para *A. Baumannii*. El fallecimiento del paciente se produjo el día 25 de febrero a causa de un shock séptico que no parece producido por dicho germen. Pese al desenlace, el tratamiento en el HCUVA fue correcto”.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución en cuanto es desestimatoria de la reclamación al no concurrir los requisitos legalmente exigibles para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá.

