Dictamen nº: **668/11**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **30.11.11**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 30 de noviembre de 2011, sobre consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f) 1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre en el asunto promovido por M.C.C.R. y N.T.C., en adelante "*las reclamantes*", por la deficiente asistencia sanitaria dispensada a A.T.M. por el Hospital Gregorio Marañón.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- En fecha 25 de octubre de 2010, la reclamante formuló una petición de indemnización por los daños y perjuicios ocasionados a A.T.M., al considerar que éste contrajo infección por legionella durante su ingreso hospitalario como consecuencia de la intervención quirúrgica que le efectuaron para corrección de hernia discal, permaneciendo en la UCI del Hospital desde el 18 de octubre de 2010, en estado muy grave. Solicita por ello, una indemnización cuya cuantía no determina.

Requerida para que acredite la representación que dice ostentar y concreta la cantidad reclamada por medio de escrito de 29 de octubre de 2010, presenta el 22 de noviembre un escrito en el que señala que representa a su marido como "*esposa suya, para lo cual adjunto fotocopia de DNI y del Libro de Familia*" (folio 8) sin llegar a concretar la cantidad reclamada.

La historia clínica y restante documentación médica, han puesto de manifiesto los siguientes hechos:

El paciente, de 59 años de edad en el momento de los hechos, refiere caída en la playa en julio. Desde entonces comienza con dolor cervical que se irradiaba al brazo izquierdo. El dolor le fue desapareciendo y comienza con debilidad importante en brazo y pierna izquierda y en menor grado en los miembros derechos, con dificultad para caminar, no pudiendo estar mucho tiempo de pie.

El 26 de agosto de 2010 comienza un episodio de incapacidad temporal por su cuadro de cervicalgia, debido al agravamiento de sus síntomas.

Es visto en consulta externa de Neurocirugía el 14 de septiembre de 2010, objetivándose en la exploración una debilidad de 3/5 en miembro superior izquierdo y 4/5 en miembro inferior izquierdo, hiperreflexia y clonus aquileo izquierdo. En resonancia realizada se observa prolapso discal cervical posterolateral izquierdo C5-C6 con compresión medular y mielopatía incipiente en C6-C7 en menor grado, con el juicio clínico de "*Hernia Discal Cervical C5-C6*" se propone realizar cirugía discectomia anterior y fusión Zero-P programando en principio la operación para el 4 de octubre de 2010. Se solicita valoración por anestesia, y realización de preoperatorio.

El 13 de septiembre se realiza placa de tórax que muestra signos de EPOC. El 14 de septiembre se realiza valoración en la consulta de anestesia, clasificando al paciente de riesgo anestésico ASA III, con un riesgo de cirugía intermedio y un riesgo respiratorio grado ll, se realiza interconsulta urgente a cardiología para valorar extrasistolia, se realiza interconsulta a fibrobroncoscopia, y se indica la realización de cuidados postoperatorios, indicando medicación preoperatoria, para realizar profilaxis de la broncoaspiración, y se realiza consentimiento informado al paciente, constando en el documento como "*Riesgo especiales en su caso*"

Insuficiencia cardíaca/respiratoria, Arritmia, Accidente Cerebrovascular, lntubación Fibrobroncoscópica.

El 22 de septiembre acude a consulta de cardiología, y ante el deterioro observado: no es capaz de caminar y ha aumentado de forma importante la debilidad en miembro inferior izquierdo, acude a urgencias a las 13:10 horas del 22 de septiembre de 2010, decidiendo su ingreso en planta de Neurocirugía para realizar cirugía que resolviera su problema de mielopatía cervical y hernia discal, al tener como consta en historia el preoperatorio completo y haber sido valorado por anestesia.

Tras el ingreso en planta, la debilidad va en aumento, por lo que el 26 de septiembre se reevalúa, al no localizar la RM realizada previamente en la historia clínica, y ser domingo, se solicita RM urgente, donde se observa un prolapso discal cervical posterolateral izquierdo C5-C6 con compresión medular y mielopatía incipiente y C6-C7 en menor grado. A la vista de estos datos junto con la clínica que presenta, se indica la realización de cirugía urgente, que se realiza ese mismo día tras firmar el paciente los documentos de consentimiento informado de anestesia y cirugía, indicando en este último tanto las complicaciones generales de la neurocirugía, como las específicas de la cirugía de la columna vertebral. En el consentimiento de anestesia, se indican como riesgos especiales: "*arritmias, descompensación hemodinámica, accidente isquémico transitorio,infarto cerebral, intubación difícil y prolongada y broncoaspiración*".

La intervención comienza a las 18:30 horas del domingo 26 de septiembre y finaliza a las 22:30 de ese día, realizando una microdiscectomía C5-C6 y artrodesis cervical anterior, según consta en las hojas de anestesia, circulante protocolo de intervención que constan en la historia clínica La evolución del paciente con posterioridad es favorable dentro de la gravedad, el 30 de septiembre es valorado por el Servicio de rehabilitación, desde esa fecha según se recoge en la historia de enfermería,

el paciente baja al jardín, comienza la rehabilitación y recupera algo la fuerza.

El 14 de octubre de 2010, jueves, se prevé alta al día siguiente, pero ese día el paciente presenta pico febril vespertino (febrícula de 37,5"), por la mañana se había realizado TAC de cuello de control, y se había enviado líquido de drenaje a microbiología para cultivo. El día 15 el paciente está menos colaborador y aparece fiebre, por lo que se suspende el alta, se realiza hemocultivo y placa de tórax urgente, pautando antibioticoterapia intravenosa empírica con Vancomicina y Ceftazidima.

El sábado 16 de octubre se anota en historia médica: "*Afebril, ayer se realiza Rx (no informada) se encuentra algo mejor, herida quirúrgica con aspecto similar a días previos*". El 17 de octubre el paciente está afebril, en la historia de enfermería se anota: "*Afebril, sale a la calle en silla*" y luego "*le bajan al jardín y pasea con andador, tos y disnea de esfuerzo*". El 18 de octubre el paciente está sudoroso, con dificultad respiratoria y febrícula. En historia médica, se anota: "*En Rx de tórax se aprecia una clara neumonía en pulmón derecho, lóbulo medio son sospecha de aumento del espacio paravertebral.*" Dados los antecedentes quirúrgicos y la sospecha de mediastinitis, se decide realizar TAC torácico, en el que se descartan signos de mediastinitos y se confirma la existencia de una extensa zona de consolidación que compromete la práctica totalidad del lóbulo superior y medio derecho, compatible con una bronconeumonía bilobar. Ante estos hallazgos y la situación clínica del paciente, se solicita valoración a Cuidados Intensivos, que deciden su ingreso en la UCI ese mismo día, procediendo al ingreso a su monitorización masiva, extrayendo muestras para protocolo habitual de UCI, manteniendo cobertura antibiótica con Vancomicina y añadiendo Meronem, también de forma empírica. Se inicia tratamiento con broncodilatadores y oxigenoterapia, manteniéndose estable.

La evolución, tras su estancia en la UCI, va empeorando día a día. El 20 de octubre se anota en Historia: "*Pésima evolución, progresión de la neumonía. Neurológico: Actualmente sedado y relajado*" se plantea como opción terapéutica la pronación cada 12-16 horas, intentando no movilizar el cuello. Se habla con la familia de la mala situación clínica del paciente y del riesgo que supone la pronosupinación en el caso concreto de este paciente por el cuello inestable.

El 21 de octubre es visto por Microbiología infecciosas, y se escribe: "el 20/10/10 se inicia tratamiento antibiótico con levofloxacino 500 mgr/12 h". Al día siguiente se anota por Infecciosas: "*Por el momento solo Ag de Legionella + y exudado de herida con SAMS. Se modifica tratamiento dejando solo Levo y Claritromicina*". El 23 de octubre la situación es similar pero se anota por Infecciosos el aislamiento de Legionella.

Los días siguientes el paciente continúa sin cambios, pseudoanalgesiado y afebril. El 27 de octubre, se anota la existencia de serología positiva. El 31 de octubre, se anota en historia "*aceptable evolución. Respiratoriamente suspendiendo la relajación y con la sedación en retirada, se puede pasar al paciente a soporte con aceptable intercambio gaseoso. Se avisa a otorrino y anestesia para gestionar la traqueostomía, tras ser informada la familia de forma clara y extensa*" y firmar la mujer del paciente el consentimiento informado, como consta en Historia Clínica. El 1 de noviembre de 2010 la situación clínica no es mejor, por lo que se decide posponer la realización de la traqueotomía hasta mejoría clínica del paciente. El 2 de noviembre se produce un empeoramiento clínico tras la retirada de la ventilación mecánica y la sedación, lo que impide la realización de la traqueostomía, decidiéndose volver asedar al paciente y reanudar la ventilación protectora, indicando que si aparece de nuevo fiebre se instaurará tratamiento antibiótico de forma empírica.

Los días siguientes cursan sin grandes cambios permaneciendo el paciente estacionario, hasta el 10 de noviembre, en que se produce primero un empeoramiento radiológico del aparato respiratorio y posteriormente un empeoramiento ventilatorio, y un episodio de fiebre pulmonar extracorpóreos (ECMO), que se resuelve, permaneciendo desde el 15 de noviembre sin cambios con un estancamiento clínico de su estado. El 21 de noviembre se produce un nuevo empeoramiento respiratorio, que lleva a una pésima situación respiratoria.

En la historia clínica de unidad de cuidados intensivos el 24 de noviembre se anota: "*Dada la situación de refractariedad a las medidas de soporte ventilatorio, con empeoramiento respiratorio progresivo y agotamiento de las medidas de soporte respiratorio "convencional" se plantea en sesión la posibilidad de iniciar soporte pulmonar extracorpóreo y eventualmente instaurar ventilación diferencial. Se anota como plan el similar manejo del paciente y se informa a la familia de la pésima situación*".

Se consigue estabilización pulmonar con soporte pulmonar extracorpóreo (ECMO oxigenación con membrana extracorpórea), el paciente se mantiene estable, aunque se solicita valoración por nefrología. Lo más preocupante a corto-medio plazo es la posible aparición de inestabilidad hemodinámica. A partir del 3 de diciembre se produce un nuevo empeoramiento clínico con deterioro ventilatorio, la última anotación en la historia enviada es el 12 de diciembre de 2010, llevando el paciente 54 días en UCI y 18 días con soporte pulmonar extracorpóreo (ECMO), en historia se anota: "*Adaptado a VM y ECMO, Afebnl, Hemodinámicamente estable, Se mantiene la cobertura antibiótica, Radiografía de tórax sin grandes cambios, Con Nutrición Parenteral. Plan: Igual manejo*".

En el escrito que se adjunta a la reclamación se hace constar por la reclamante que, con fecha 21 de enero de 2011, A.T.M. continuaba ingresado en al unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Gregorio Marañón y en escrito de Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital, se confirma la misma situación a 1 de febrero de 2011.

SEGUNDO.- Por dichos hechos se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), y por el 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.

De conformidad con el artículo 10.1 del precitado reglamento se ha emitido informe por el Servicio de Neurocirugía del Hospital Gregorio Marañón, de fecha 15 de diciembre de 2010, el cual declara que "*El paciente A.T.M., fue visto por primera vez en Consulta Externa de Neurocirugía el día 10/09/2010 con historia de dos meses de evolución consistente en cervicobraquialgía. Aporta RNM con prolapso discal cervical a nivel C5-C6 con datos de incipiente compresión medular por lo que se programa cirugía para el día 4/10/2010 Y se pide preoperatorios, interconsulta anestesia urgente.*

Es visto en Consulta de Anestesia el día 14/09/2010 solicitándose consulta a Cardiología y ecografía cardiaca.

Ingresa por Urgencias el día 22/09/2010 por empeoramiento del cuadro clínico.

Ante este empeoramiento se decide intervenir de urgencia el día 26/09/2010, después de haberse repetido la RM ese mismo día.

El día 14/10/2010 el paciente comienza con fiebre comprobándose infección de la herida y con foco bronconeumónico en placa de tórax iniciándose tratamiento antibiótico. No se realiza de forma sistemática TC de pulmón en los pacientes con focos bronconeumónicos a no ser que su especial gravedad lo requiera.

El lunes 18/10/2010 empeora su cuadro clínico comprobándose la extensión de la neumonía y trasladándose a UVI".

Informe del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad, de fecha 13 de diciembre de 2010, declara que:

"*o El 20 de octubre de 2010, desde este Servicio se notificó a la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, el caso del paciente ATM como un caso de legionelosis. Este se notificó inmediatamente después de haber recibido el informe microbiológico.*

o El paciente permanecía ingresado en nuestro hospital (neurocirugía) desde el día 22 de Septiembre de 2010.

o El mismo día 20 de Octubre, desde este Servicio, notificamos también otros dos casos de legionelosis. En la historia de estos dos pacientes no figuraba ningún ingreso previo en nuestro hospital. Los dos habían acudido a urgencias de nuestro hospital presentando ya una clínica compatible con el diagnóstico de legionelosis.

o Ante esta agregación de casos, la Consejería de Sanidad activó el protocolo de control y vigilancia de la legionelosis en la Comunidad de Madrid, al objeto de investigar la posible relación entre los casos y la posible exposición a una fuente de infección común; al mismo tiempo que puso en marcha una búsqueda activa de otros casos de legionelosis en la CM. A partir de esta alerta, en los días sucesivos se encontró también un incremento en el número de casos atendidos por otros centros sanitarios de la CM.

o Para realizar la investigación ambiental, la Subdirección de Sanidad Ambiental de la Consejería, fue la encargada de realizar la inspección de todas las instalaciones de riesgo de producir legionelosis existentes en las zonas donde vivían o se relacionaban todos los casos.

Por todo ello, y especialmente cuando el caso de A.T.M. se enmarca dentro del acúmulo de casos que tuvo lugar en esas fechas en nuestra Comunidad, y al no disponer este Servicio de datos concluyentes en relación con la investigación ambiental realizada por la Subdirección de Sanidad Ambiental, entendemos que supera a las competencias de este Servicio dar respuesta a esta reclamación".

Consta, igualmente, informe del Servicio de Medicina Intensiva, de fecha 1 de febrero de 2011, en el que manifiesta que "*En referencia a lo reclamado, confirmo que el paciente está ingresado en este Servicio de Medicina Intensiva desde el día 18 de Octubre y se mantiene actualmente en situación muy grave.*

La historia Clínica fue remitida en su día al Archivo del Hospital para ser enviada al instructor correspondiente.

En el caso de la DCI, los controles de bioseguridad medioambientales son los protocolizados para estos ambientes por parte del Medicina Preventiva (cultivos ambientales periódicos, sellado de ventanas al exterior y presión positiva de las habitaciones). En todo caso, la infección por Legionella se produjo fuera del ambiente de DCI, en el momento en el que el enfermo ya deambulaba y, al parecer, también podía incluso salir con ayuda a los jardines del entorno del Hospital".

Por último, informe de la Inspección Sanitaria, de fecha 31 de marzo de 2011, en el que concluye que "*Tras el estudio detallado de la Historia clínica enviada y de la bibliografía existente, se puede afirmar que en la atención realizada en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid a*

A.T.M., se han seguido los protocolos y recomendaciones de acuerdo con los conocimientos clínicos existentes, por lo que el médico inspector que suscribe concluye lo siguiente:

1. La afección pulmonar de la Legionella (Neumonía por Legionella) presenta una incidencia que oscila entre uno y cinco casos por cien mil habitantes y una letalidad entre el l5-30%.

Su clínica acompañante y la gravedad de afectación es muy variable, como se ha podido observar en el brote epidémico acaecido en la Comunidad de Madrid en octubre de 2010.

2. La realización de una RM urgente el 2610912010, fue precisa para valorar la procedencia del abordaje quirúrgico, y la adecuada realización de la intervención, que era muy compleja

3. El diagnóstico de neumonía por legionella, se basa en la sospecha clínica, por lo que es muy importante un adecuado seguimiento del paciente reflejando los hallazgos en la Historia Clínica, como en este caso, siendo importante la realización lo más precoz posible de toma de muestras incluyendo hemocultivo, como también consta en Historia.

4. No parece existir indicación clínica para la realización de un TAC de tórax los días l6 ó l7 de octubre de 2010, el cuadro neumónico debuta el l8 de octubre, fecha en la que se realiza un TAC de tórax

5. El tratamiento antibiótico de la Neumonía por Legionella, se ajustó en todo momento a los protocolos y pautas aceptadas y consensuadas, tanto al instaurar un tratamiento antibiótico empírico, como posteriormente, ajustando el mismo a los resultados de laboratorio y la clínica del paciente.

6. El tratamiento de soporte realizado en UCI a A.T.M., ha sido correcto y adecuado a la grave clínica que ha ido presentando el paciente

7. Aunque la Neumonía tenga la denominación de nosocomial, al haberse producido en un paciente hospitalizado, las especiales características de este caso y el análisis del brote epidémico parecen indicar la no relación clínica de la infección neumocócica con la hospitalización.

8. La principal sospecha del mecanismo de transmisión recae en las torres de refrigeración, aunque al no estar publicados ni los estudios epidemiológicos ni microbiológicos en relación con el brote, no se puede afirmar con rotundidad, pareciendo estar la transmisión sin relación con la propia hospitalización

Es todo lo que se puede manifestar en relación con el informe ordenado y la documentación facilitada sin perjuicio de otras conclusiones mejor razonadas".

Tras la emisión de dichos informes se ha cumplimentado adecuadamente el trámite de audiencia a la reclamante la cual presenta, con fecha 21 de julio de 2011, escrito informando del fallecimiento de A.T.M., reclamando nuevamente responsabilidades.

Una vez tramitado el procedimiento, se dictó propuesta de resolución desestimatoria el 13 de julio de 2011, la cual fue informada desfavorablemente por los Servicios Jurídicos de la Comunidad de Madrid al considerar necesario el retrotraer las actuaciones a fin de recabar el informe sobre la torre de refrigeración del centro sanitario, que dio positivo por legionella en las fechas en que fue contagiado el paciente.

El 26 de septiembre de 2011, la esposa y las dos hijas del fallecido, presentan un escrito que denominan "*reclamación administrativa previa*" y en el que manifiestan que se subrogan en la reclamación que dicen haber efectuado en nombre de su esposo y padre y, al mismo tiempo, manifiestan que inician una nueva reclamación como consecuencia del fallecimiento de

este. Reclaman una indemnización de 500.000 euros y piden que se acumule a la reclamación interpuesta con anterioridad.

TERCERO.- El Consejero de Sanidad, mediante Orden de 5 de octubre de 2011, que ha tenido entrada en el Registro del Consejo Consultivo el 10 de octubre de 2011, formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección III, presidida por el Excmo. Sr. D. Javier María Casas Estévez, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 30 de noviembre de 2011.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que, adecuadamente numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES EN DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007 de 21 de diciembre (LRCC), por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros (500.000 euros) y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

SEGUNDA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial se contempla en el Título X de la LRJ-PAC, artículos 139 y siguientes, desarrollado en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial,

aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJ-PAC, en redacción dada por las Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado reglamento, están sujetos las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como de las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud.

Las reclamantes presentaron la reclamación en nombre de A.T.M. el 25 de octubre de 2010. Si bien en el texto de la reclamación se realiza una reclamación genérica de "*responsabilidades*" sin que conste una voluntad clara de solicitar la responsabilidad patrimonial de la Administración, el Servicio Madrileño de Salud tramitó el escrito como una solicitud de responsabilidad patrimonial y requirió a las reclamantes con fecha 18 de noviembre de 2010 para que acreditaran su representación al amparo del artículo 71 LRJ-PAC advirtiendo expresamente que de no hacerlo se les tendría por desistidas de la reclamación.

El 22 de noviembre de 2010 la reclamante M.C.C.R. presenta un escrito en el que manifiesta que representa a su marido en cuanto "*esposa suya*" adjuntando fotocopias del DNI y del Libro de Familia.

Conviene recordar que el artículo 71 CC establece que ninguno de los cónyuges puede atribuirse la representación del otro sin que le hubiere sido conferida.

Pese a ello el Servicio Madrileño dicto acuerdo de 13 de diciembre en el que acordaba el inicio del procedimiento.

Este Consejo ha señalado en numerosas ocasiones el que los instructores de los procedimientos de responsabilidad patrimonial comprueben que las personas que inician los procedimientos tienen legitimación activa para ello o, si actúan en nombre de otros.

En este caso es palmario que la reclamante no ostentaba la representación de su esposo y no subsanó ese defecto en el trámite conferido al efecto por lo que debe ser tenida por desistida conforme los artículos 32.4 y 71 LRJ-PAC.

No obstante al haber presentado las reclamantes iniciales una nueva reclamación como consecuencia del fallecimiento cabe tramitar esta nueva reclamación, si bien deberá retrotraerse el procedimiento como posteriormente analizaremos.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid titular del servicio sanitario a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

TERCERA.- Las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tal efecto dispone el artículo 142.5 de la LRJ-PAC "*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 determinación del alcance de las secuelas*".

Interpuesta la reclamación inicial con anterioridad al fallecimiento de A.T.M. ocurrido el 13 de julio de 2011 y la reclamación de la esposa e hijas el 26 de septiembre de 2011, la reclamación ha de entenderse en plazo.

CUARTA.- En lo relativo al fondo de la reclamación, la cuestión a dilucidar es si la infección nosocomial por Legionella Pneumophila que sufrió el padre y esposo de las reclamantes fue adquirida dentro del Hospital y si la causa de la infección tuvo como causa un incumplimiento por el Hospital de las normas establecidas para prevenir dicha infección, es

decir si la infección fue adquirida por un incumplimiento de la *lex artis* por parte del Hospital.

En este sentido el informe del Servicio de Neurocirugía no aporta dato alguno a este respecto (folio 19). El informe de Medicina Intensiva sí expone que en dicho Servicio se cumplían los controles protocolizados por el Servicio de Medicina Preventiva pero subraya que la infección se produjo fuera de dicho Servicio (folio 532).

Por el contrario, el informe del Servicio de Medicina Preventiva, que debía ser especialmente concreto habida cuenta de las competencias de dicho servicio, se limita a indicar que, además del que nos ocupa, aparecieron otros dos casos de Legionelosis en el Hospital, si bien habían sido infectados fuera del Hospital por lo que se comunicó su existencia, activándose por la Consejería de Sanidad el protocolo de control y vigilancia de la legionelosis, apareciendo nuevos casos en la Comunidad. Ante ello se abrió una investigación por la Subdirección General de Sanidad Ambiental entendiendo por ello dicho Servicio que "*supera las competencias de este Servicio dar respuesta a esta reclamación*" (folio 529).

Sin embargo, lo cierto y verdad es que en el informe de la Inspección Médica se recoge el que una torre de refrigeración del Hospital Gregorio Marañón dio resultados positivos si bien no se precintó y sin que se hubieran publicado en ese momento los datos de laboratorio (folio 541) por lo que dicho informe concluye que "*…al no estar publicados ni los estudios epidemiológicos ni microbiológicos en relación con el brote, no se puede afirmar con rotundidad, pareciendo estar la transmisión sin relación con la propia hospitalización"* (folio 543)".

Por todo ello este Consejo entiende, al igual que el Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad, que no consta en el expediente la información necesaria para que el órgano que ha de resolver el procedimiento pueda decidir con un mínimo de seguridad.

Ello determina la necesidad de retrotraer el procedimiento para que, tanto el Servicio de Medicina Preventiva como la Inspección Medica emitan nuevos informes analizando la posible incidencia en la infección del familiar de las reclamantes de la contaminación por legionella detectada en la torre de refrigeración del Hospital Gregorio Marañón.

Posteriormente se dará audiencia a las reclamantes y se remitirá a este Consejo para su dictamen preceptivo.

Por todo lo expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede retrotraer el procedimiento para que el Servicio de Medicina Preventiva y la Inspección Médica emitan nuevos informes respecto a la contaminación por legionella detectada en la torre de refrigeración del Hospital Gregorio Marañón y su posible incidencia en el contagio y posterior fallecimiento del familiar de las reclamantes.

A la vista de todo lo expuesto, el Órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3. 7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento orgánico del Consejo Consultivo.

Madrid, 30 de noviembre de 2011