

Dictamen nº: **76/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **27.02.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 27 de febrero de 2020, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. por la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario de Torrejón a su padre, D., fallecido como consecuencia de una meningitis bacteriana.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 5 de diciembre de 2017 dirigido al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), la interesada antes citada, asistida de letrado, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su padre por meningitis neumocócica y que atribuyen a *“un clara negligencia en la actuación de los servicios públicos de salud del Hospital Universitario de Torrejón”, “por la administración de la vacuna gripal, en un paciente inmunosuprimido por quimioterapia que había padecido cáncer de páncreas y se estaba tratando correctamente y con buenos resultados”* (folios 1 a 11 del expediente administrativo).

Alega que su padre, diagnosticado en marzo de 2016 de neoplasia maligna de páncreas, tras serle realizada una pancreatectomía, esplenectomía, gastroyeyunoanastomosis y tratamiento con radioterapia, se encontraba recibiendo tratamiento quimioterápico con buena evolución.

Refiere que en noviembre de 2016 la enfermera de su centro de salud le aconsejó que se vacunara de gripe y neumococo, pero *“que se lo preguntará al oncólogo”*. Expone que en la siguiente sesión *“le preguntó si debería ponerse la vacuna y también si podía ir al dentista. Al dentista le dio que no podía ir, pero sí ponerse la vacuna. Su pareja le preguntó si esperaba a la semana de descanso, pero le dijo que no hacía falta que se podía vacunar ya”*.

El escrito de reclamación dice que *“el resultado de fallecimiento en la persona de D. (...), es desproporcionado a la edad y la evolución de su situación física de haber sido convenientemente abordada, lo cual revela claramente la penuria negligente de medios empleados, según el estado de la ciencia y el descuido en su conveniente y diligente utilización, según la regla res ipsa loquitur”*.

La reclamante solicita una indemnización de 46.334€, por aplicación orientativa del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, apoyándose para la valoración en la Ley 35/2015 de 15 de enero, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, por la que se da publicidad a las cuantías de las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes en accidente de tráfico. Acompaña con su escrito escritura de poder a favor del letrado firmante del escrito, y acta de declaración de herederos abintestato, historia clínica y diversa documentación entre la que figura la cartilla de vacunación del paciente (folios 12 a 94).

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente Dictamen:

El paciente, de 71 años de edad acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón el día 2 de marzo de 2016 por presentar ictericia de tres días de evolución, acompañado de epigastralgia sin otra sintomatología acompañante. Tras los primeros estudios diagnósticos y con sospecha de neoplasia pancreática quedó ingresado en el Servicio de Medicina Interna.

El día 18 de marzo de 2016, con el diagnóstico de neoplasia de cabeza de páncreas tras episodio de ictericia obstructiva se realizó pancreatectomía total y gastroyeyunostomía termino lateral mecánica y hepático yeyunostomía término. Requirió esfinterotomía y colocación de prótesis plástica en vía biliar previa a la cirugía. Con el diagnóstico definitivo de adenocarcinoma indiferenciado tipo ductal con extensión preferente de cabeza pancreática extendiéndose parcialmente a cuerpo y cola pancreática, estadio pT3 pN0 R1 (superficie anterior), recibió quimioterapia y radioterapia adyuvante con fluoropirimidinas (25 sesiones), finalizando el día 16 de junio de 2016. Se planificó tratamiento con quimioterapia con 6 ciclos que se inició en agosto de 2016.

El TAC-BODY realizado el 27 de julio de 2016 no evidenció signos de recidiva de su patología de base.

El día 8 de noviembre de 2016, el paciente se vacunó en el Centro de Salud Los Fresnos de la gripe y del neumococo.

La última consulta en el Servicio de Oncología fue realizada el viernes 18 de noviembre de 2016, recibiendo la dosis del día 8 del 4º ciclo de quimioterapia (en cada ciclo se administraban dosis de gemcitabina los días 1,8 y 15 del mes de cada 28 días).

El día 20 de noviembre de 2016 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón por cuadro de cefalea y desorientación de un día de evolución.

Con diagnóstico provisional de sepsis sin claro foco en paciente con quimioterapia y síndrome confusional, quedó ingresado en el Servicio de Medicina Interna el día 21 de noviembre de 2016 de dicho hospital. Se diagnosticó que se trataba de meningitis con hemocultivo positivo para *streptococcus pneumoniae*.

El paciente sufrió un empeoramiento clínico que hizo necesario su ingreso en UCI el día 24 de noviembre de 2016, donde se realizó un diagnóstico de meningitis aguda bacteriémica por neumococo multisensible en paciente esplenectomizado y con inmunosupresión farmacológica.

El día 9 de diciembre de 2016 el paciente sufrió una sepsis con resultado de exitus.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe de la enfermera del Centro de Salud “Los Frenos” (folio 111) que declara:

“El día 8 de noviembre del 2016 acude el paciente a consulta de enfermería para la vacunación antigripal y del neumococo previo consejo como profesional de enfermería siguiendo las recomendaciones de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad en relación a la vacunación frente a neumococo en el adulto que se considera de alto riesgo a personas

con inmunodepresión por situación de tratamiento con fármacos inmunosupresores o quimioterapia y las recomendaciones en la vacunación antigripal para personas mayores de 60 años y en situaciones de inmunosupresión incluida fármacos.

No obstante, previo a la vacunación de un paciente con las características citadas, aconsejo la consulta con su oncólogo que indicará la conveniencia definitiva de la vacunación, como hice en este caso.

Una vez autorizada y confirmada la indicación de la vacunación se procedió a su administración en la consulta de enfermería el día 8 de noviembre del 2016”.

Igualmente, consta el informe del jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Torrejón de 15 de enero de 2019 (folios 124 a 132) en el que da respuesta a las alegaciones de la reclamante y concluye:

“La reclamación patrimonial refleja que la vacunación del neumococo no está indicada en un paciente inmunosuprimido y sugieren que fue el motivo de su meningitis posterior, por recomendación del Servicio de Oncología del Hospital. Estamos en desacuerdo con dichas afirmaciones por lo siguiente:

- En la historia clínica no se refleja en ningún momento la indicación de dichas vacunas desde el Servicio de Oncología Médica de este hospital.*
- Sin perjuicio de lo anterior, manifestar:*
- Que coincida en el tiempo la vacunación con la meningitis neumocócica no establece una relación causal, máxime en un paciente inmunosuprimido de base (esplenectomía y quimioterapia).*

- *El consenso sobre la vacunación anti-neumocócica en el adulto por riesgo de edad y patología de base actualizado en el 2017 (...), recomienda la vacunación en paciente inmunodeprimidos por el mayor riesgo de infección, máxime en un paciente esplenectomizado.*
- *Las vacunas que están contraindicadas en el paciente inmunosuprimido son las vacunas vivas atenuadas. La vacuna de la gripe es una vacuna con virus inactivo la del neumococo son polisacáridos.*
- *En el caso de las vacunas inactivadas no existe ninguna contraindicación genérica formal a las mismas. La vacuna del neumococo se basa en polisacáridos que en ningún caso ocasionan infección activa independientemente del estado inmunológico del paciente, por lo que la reclamación del demandante no tiene ninguna base médica que la justifique”.*

Con fecha 22 de abril de 2019 emite informe la Inspección Sanitaria (folios 696 a 702) que concluye que *“a la vista de todo lo actuado anteriormente, se puede afirmar que no existe evidencia de que la asistencia prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la lex artis”.*

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia. El representante de la interesada ha presentado alegaciones con fecha 18 de julio de 2019 en las que manifiesta su disconformidad con el informe de la Inspección y que era evidente que cuando el paciente fue vacunado ya estaba inmunodeprimido por el tratamiento y esplenectomizado, por lo que considera que existió un funcionamiento anormal de los servicios públicos de salud.

Se ha formulado propuesta de resolución por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria (folios 719 a 722) con fecha 4 de diciembre de 2019 desestimatoria de la reclamación al considerar que no queda acreditada

la existencia de mala praxis ni nexo causal entre la actuación del facultativo y el daño reclamado.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 24 de enero de 2020 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 35/20, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 27 de febrero de 2020.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación en soporte CD, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 € por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1 y su disposición transitoria tercera, apartado a), dado que este procedimiento se incoó a raíz de una reclamación presentada tras la entrada en vigor de dicha norma, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del Libro preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto que es familiar de la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta (como acredita la fotocopia del Libro de Familia aportada) y cuyo fallecimiento le ocasionó un indudable daño moral.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, al prestarse el servicio sanitario por el Hospital Universitario de Torrejón, centro concertado con la Comunidad de Madrid. Así, como ya señaló el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (valgan por todos los dictámenes 211/12, de 11 de abril y 13/15, de 21 de enero), asumiendo la también reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en la sentencia de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9ª), y ha sido reiterado por esta Comisión Jurídica Asesora (así, el Dictamen 112/16, de 19 de mayo, el Dictamen 209/17, de 25 de mayo, el Dictamen 413/17 de 19 de octubre y el Dictamen 494/17, de 30 de noviembre, entre otros) es imputable a la Administración Sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica

que le une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder.

Debe tenerse en cuenta que actualmente, tras la derogación de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), no existe un precepto equivalente a la disposición adicional duodécima de la citada norma. No obstante, debe tenerse en cuenta lo resuelto por la Sentencia de 22 de mayo de 2019 del Tribunal Superior de Justicia de Canarias (recurso de apelación 69/2019) al declarar:

“Lo más decisivo es que la gestión indirecta del servicio público de salud mediante un contrato público de gestión de servicios no elimina la responsabilidad directa del titular del servicio público que sigue siendo garante y responsable del funcionamiento del servicio en relación con los daños y perjuicios causados al perjudicado y beneficiario del mismo sin perjuicio de repetir contra el centro sanitario subcontratado cuya responsabilidad solidaria puede ser declarada por la Administración en el mismo proceso administrativo de responsabilidad patrimonial (STS 20 noviembre 2018 168517).

No se trata sólo de la ejecución de un contrato administrativo por un contratista que perjudica a un tercero que ninguna relación jurídica tenía con la Administración contratante. La responsabilidad patrimonial se origina por la prestación de un servicio público por un particular, pero por cuenta y encargo de la Administración a quien le viene obligada su prestación y no se le exime de responsabilidad ya que se enjuicia el servicio público mismo con independencia de quien lo preste”.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar

responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, fallecido el paciente el día 9 de diciembre de 2016, la reclamación se presenta el día 5 de diciembre de 2017, por lo que está presentada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 LPAC, esto es, al Servicio de Oncología del Hospital Universitario de Torrejón, así como la enfermera del Centro de Salud. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha unido al procedimiento la historia clínica.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia a la reclamante, que ha efectuado alegaciones y se ha dictado propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar que la asistencia prestada al paciente fue ajustada a la *lex artis ad hoc* y que no se ha acreditado la existencia de mala praxis.

SEGUNDA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la*

Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.

TERCERA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada “*lex artis*” se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4ª) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) que *«no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente»*, por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas*

ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las Sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”*, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

CUARTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado el fallecimiento de una persona, que provoca un *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999).

Probada la realidad del daño, resulta necesario examinar si existe relación de causalidad entre este y la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario de Torrejón.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

La reclamante alega en su escrito que hubo una clara negligencia en la actuación de los servicios sanitarios del Hospital Universitario de Torrejón porque la meningitis bacteriana por la que falleció el paciente fue causada por administración de la vacuna gripal. Considera que no debió ser administrada en un paciente inmunodeprimido. Sin embargo, no aporta prueba alguna que acredite esta afirmación.

Frente a ello, el informe del Servicio de Oncología del Hospital Universitario de Torrejón advierte, en primer lugar, que no existe constancia en la historia clínica de que por parte de dicho servicio se indicara al paciente la administración de la vacuna gripal y del neumococo. En cualquier caso, señala cómo el consenso sobre la vacunación anti-neumocócica en el adulto por riesgo de edad y patología de base recomienda dicha vacunación en los pacientes inmunodeprimidos por el mayor riesgo de infección, máxime en un paciente esplenectomizado. El informe del jefe de Servicio de Oncología explica cómo las vacunas que están contraindicadas en pacientes inmunosuprimidos son las vacunas vivas atenuadas y que las que se administraron al paciente no eran de este tipo.

Sobre esta cuestión profundiza el informe de la Inspección Sanitaria que declara que existen distintos tipos de vacunas en el momento actual, entre ellas las vacunas de virus vivos que usan la forma de virus debilitada o atenuada, y las vacunas muertas o inactivadas, que se hacen

de una proteína u otros pequeños fragmentos de un virus o bacteria. El informe de la Inspección aclara que las vacunas inactivadas frente a la gripe son seguras y efectivas en los pacientes inmunodeprimidos y, en relación con las vacunas frente al neumococo distingue las vacunas de polisacáridos y las vacunas conjugadas y añade que, en ambos casos, se trata de vacunas inactivadas.

Según el médico inspector:

“La vacuna neumocócica polisacárida protege contra 23 tipos de bacterias neumocócicas, pero no impide toda la enfermedad neumocócica. Esta vacuna se recomienda para todos los adultos mayores de 65 años y para cualquier persona entre 2 y 64 años de edad con un sistema inmune debilitado. La mayoría de los adultos sanos desarrollarán protección dentro de las 2 a 3 semanas posteriores a recibir la vacuna.

Existe un mayor riesgo de padecer enfermedad neumocócica tanto invasiva como no invasiva en los pacientes que reciben tratamientos biológicos y en pacientes inmunodeprimidos. Además, la infección se presenta de forma más agresiva y genera un mayor riesgo de mortalidad”.

Y añade el informe de la Inspección:

“Toda la literatura científica revisada, coincide en señalar que algunas vacunas están especialmente recomendadas en situación de inmunodeficiencia en base a su demostrada efectividad o al mayor riesgo de padecer estas enfermedades si no se recibe la vacuna. Estas vacunas son la vacuna antigripal y las vacunas de polisacáridos, conjugadas o no conjugadas (dependiendo de la edad): vacuna neumocócica conjugada o de polisacáridos, vacuna

antimeningocócica conjugada o de polisacáridos y vacuna frente a Hib”.

El informe de la Inspección concluye que *«no existe evidencia de que la asistencia prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la “lex artis”».*

Conclusión a la debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada entre ellas la dictada el 13 de septiembre de 2018 (recurso nº 309/2016):

“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.

En mérito a cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada al paciente.

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 esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 27 de febrero de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 76/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid