

Dictamen n.º: **4/11**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **19.01.11**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 19 de enero de 2011, sobre consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2.007, de 21 de diciembre, en el asunto antes referido y promovido por J.M.O., en reclamación de indemnización por el fallecimiento de su hijo debido a una infección causada por bacteria pseudomonas en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro.

La reclamación es de cuantía indeterminada.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 16 de diciembre de 2010 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre responsabilidad patrimonial por el fallecimiento del hijo de la reclamante a consecuencia, según aduce de la infección por pseudomonas contraída por el mismo en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro, remitido por el Consejero de Sanidad.

Admitida a trámite con esa misma fecha, se procedió a dar entrada en el registro de expedientes con el número 489/2010, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, que concluye el 24 de enero de 2010.

El escrito solicitando el dictamen preceptivo fue acompañado de documentación que, adecuadamente numerada y foliada y recogida en soporte CD, se consideró suficiente.

SEGUNDO.- Mediante escrito presentado por correo con fecha 28 de abril de 2010, la madre del fallecido presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial en solicitud de indemnización por el fallecimiento de aquél por lo que estima podría resultar un *“palmario supuesto de negligencia grave por parte de los servicios médicos y de diagnósticos dependientes del Servicio Madrileño de Salud”*, con el resultado de muerte del paciente.

Del expediente remitido, interesa destacar los siguientes hechos que resultan relevantes para la emisión del dictamen solicitado:

1. El fallecido, era un varón de 51 años en el momento del ingreso hospitalario, que se encontraba ingresado en el Hospital A mediante auto judicial de internamiento forzoso, desde el 22 de julio de 1998, y tutelado por la Agencia Madrileña para la Tutela del Adulto en virtud de Auto de 6 de febrero de 1997 (folio 190 del expediente administrativo), por la patología psiquiátrica que presentaba de esquizofrenia paranoide desde hacía mas de 30 años y alcoholismo crónico, con profundo deterioro, tal y como consta en el informe de alta por éxitus de dicha institución de fecha 20 de junio de 2009. Así mismo, en dicho informe constan como patologías previas del fallecido, diabetes mellitus 1 (grave) insulino-dependiente HVS, HVC, anti HBE y un antiguo proceso tuberculoso solucionado. También presentaba EPOC tipo bronquitis crónica, de acuerdo con el informe del mismo centro incorporado al escrito de reclamación.

2. El fallecido ingresó en Urgencias del Hospital Infanta Elena de Valdemoro a las 13:19 horas del día 2 de abril de 2009, remitido desde el Hospital A al presentar desde el 20 de marzo, síntomas compatibles con

una infección de las vías respiratorias altas, y reagudización de su EPOC. En concreto, consta que el paciente presenta desaturaciones al 76% (habituales 88%), fiebre y disneas, síntomas que no cedieron a pesar del tratamiento en dicho centro.

Tras ser valorado a las 14:52 horas de ese mismo día, se anota como juicio diagnóstico de: *“Neumonía LID en paciente institucionalizado con derrame pleural e insuficiencia respiratoria parcial con broncoespasmo”* (folio 351 del expediente administrativo).

El paciente queda ingresado en Urgencias y se pauta tratamiento con antibiótico de amplio espectro iniciado a las 14:43 horas, esteroides, nebulizaciones y oxígeno.

3. El día 3 de abril el paciente es valorado nuevamente en urgencias, se anota como plan terapéutico el tratamiento con cefalosporinas y macrólidos, se anota que se debe *“cubrir siempre Pseudomonas; en cualquier caso estando institucionalizado, hay que tenerlo siempre en cuenta”* (folio 359 del expediente administrativo). Se recomienda asimismo el ingreso en medicina interna.

4. El 4 de abril el paciente ingresa en planta valorándose por el médico de guardia, por disminución de los valores de saturación de oxígeno. Se ajusta tratamiento broncodilatador y se plantea analítica y radiografía de control.

El 5 de abril de 2009, el paciente parece encontrarse algo mejor, manteniéndose así el 6 de abril por la mañana. Por la tarde es valorado por el médico de guardia tras revisar Rx de tórax realizada, al observar posible infiltración en LID, por lo que se solicita TAC torácico urgente que se realiza ese mismo día, objetivando atelectasia de LID por afectación posiblemente endobronquial, con afectación de LSI y LII; junto con adenopatías a nivel mediastínico. En historia se anota: *“En mi opinión creo*

que la afectación del hemotórax derecho es antigua, al menos cuando ingresó ya presentaba dicha afectación y secundariamente durante su ingreso ha presentado la afectación del hemitorax izquierdo. En resumen me inclino por la posibilidad de neumonía broncoaspirativa en hemotórax derecho con rápida progresión secundaria a pulmón contralateral”, (folio 369 del expediente administrativo).

A las 1:30 horas de 7 de abril de 2009, se avisa al médico de guardia por empeoramiento de la oxigenación (marcada de saturación) por lo que se comenta el caso con UCI para su traslado a dicho servicio para intubación y conexión a ventilación mecánica (folio 369 del expediente administrativo).

5. Al ingreso en UCI, se intuba al paciente, se mantiene el mismo tratamiento antibiótico empírico ya instaurado, dirigido contra los múltiples gérmenes habituales en pacientes institucionalizados y con patología pulmonar de base, entre los que se encuentra como ya se había indicado en la historia la pseudomona.

El 8 de abril se realiza fibrobroncoscopia (FBC) con mala tolerancia clínica y gasométrica, tomando muestras para microbiología y anatomía patológica para descartar posible mieloma. Se realiza PIC a Psiquiatría, quien indica pauta por si existe inquietud o posible retirada de ventilación asistida (folio 372 del expediente administrativo).

La situación se mantiene sin cambios significativos los siguientes días.

El 13 de abril se anota en la historia clínica: Mala evolución clínica, la fibrobroncoscopia fue inefectiva, y se está pendiente de cultivos y citologías enviadas, se plantea la posibilidad de ventilación mecánica prolongada, por lo que sería conveniente plantear traqueotomía, por lo que se realiza PIC a otorrinolaringología (folio 373 del expediente administrativo).

A las 13:30 horas de ese mismo día se hace constar que *“informan de micro que se han aislado Pseudomona y levadura en BAS del pasado 8 de abril”* (folio 373 del expediente administrativo).

El 14 de abril se realiza traqueotomía programada sin problemas.

El 16 de abril se revisan los resultados de microbiología, objetivándose *“crecimiento moderado de Pseudomona Areuginosa y Candida Albicans”*, indicándose en la hoja de evolución del paciente que la Pseudomona es resistente a imipenem y ciprofloxacino (tratamiento pautado) por lo que se cambia el tratamiento antibiótico a ceftazidima, amikacina, fluconazol y vancomicina (sensibles a los gérmenes aislados). El paciente presenta atelectasia de todo el pulmón derecho con repercusión sobre la saturación.

El 18 de abril se anota en la hoja de evolución del paciente *“Respiratoriamente muy mal, con atelectasia persistente de LID a pesar de dos FBC, lo que le condiciona una oxigenación muy mala. (...) Informaré a la familia de mal pronóstico a corto plazo si no se resuelve la atelectasia.”*

La situación va empeorando progresivamente, presentando el paciente atelectasia bilateral y SDRA severo.

El 24 y 25 de abril se anota que se observa una discreta mejoría y se informa a la familia de la situación.

El 27 de abril se anota en historia: Deterioro en las últimas 24 horas, constando en los siguientes días que la situación sigue deteriorándose, pese a los tratamientos instaurados.

El 30 de abril se anota en la historia: *“Muy mala evolución”. Sedoanalgesiado. (...) Informar a la familia de muy mal pronóstico”*

El 1 de mayo se anota: *“Atelectasia irresoluble pulmón derecho. Hipoxemia refractaria Pseudomonas multirresistente(...)”. Muy mal*

pronóstico a corto plazo. Informo a la familia;” y el 2 de mayo se anota finalmente “encuentro al paciente en situación preterminal. Informo a la familia de exitus próximo. Fallece a las 13:00 horas del 2 de mayo de 2009”.

TERCERO.- Por dichos hechos se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con 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.

CUARTO.- Respecto de los hitos del procedimiento consta que se ha concedido a los reclamantes el trámite de audiencia, regulado en los artículos 84 de la Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y 11 del Real Decreto 429/1993 RRPAP, mediante escrito de 9 de septiembre de 2010, notificado con fecha 14 de septiembre de 2010 (folios 549 a 551 del expediente administrativo). La reclamante formula alegaciones con fecha 29 de septiembre de 2010, en las que se manifiesta en síntesis que *“Con los informe médicos acompañados, se ratifican los argumentos expuestos en la reclamación inicial, consistente en el hecho de que la causa de la muerte fue la infección por la bacteria PSEUDOMONAS, que había sido adquirida en el Centro Médico.”*, considerando que en el informe realizado el día 24 de mayo, por el Presidente y Secretario de la CIPA del Hospital Infanta Elena de Valdemoro, pero en ningún momento niega la existencia de la bacteria causante de la muerte del hijo de la reclamante y que en el informe de la inspección sanitaria del día 26 de agosto, no se niega expresamente, que la adquisición de la neumonía fuera de carácter hospitalario.

Asimismo, se solicita que se requiera a la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica (CIPA) del Hospital Infanta Elena de Valdemoro,

para que remita copia de los informes de salubridad ambiental realizados en el período comprendido entre los días 2 de abril del 2009 al 3 de mayo del 2009.

Este escrito fue remitido al Hospital Infanta Elena de Valdemoro, que con fecha 30 de septiembre de 2010, formula asimismo alegaciones, en las que concluye que *“No existe relación de causalidad alguna que pueda fundamentar la responsabilidad que pretende la reclamante, no existiendo negligencia médica ni mala praxis, por lo que debe desestimarse dicha reclamación.”*

Se incorpora al expediente administrativo el informe del servicio que se dice causante del daño, como exige el artículo 10 del Real Decreto 429/1993, cuando señala que *“En todo caso se solicitará el informe al servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable”*.

En concreto, se incorpora el informe del Servicio de Urgencias del Hospital Infanta Elena de Valdemoro, de fecha 19 de mayo de 2010, en el que después de realizar una somera narración de los hechos, se indica que *“En resumen, se trata de un paciente al que, desde el primer momento, se le consideró susceptible de poder tener como causa de su neumonía con derrame a bacterias del grupo de las Pseudomonas y como tal fue tratado desde su ingreso. Se coordinó la valoración del paciente con los diferentes miembros del área médica hasta que pasó definitivamente al Área de Hospitalización.”*

Consta asimismo el informe del Servicio de Medicina Intensiva del mismo Hospital de fecha 18 de mayo de 2010, que concluye afirmando que *“En resumen, el motivo de ingreso del enfermo en el Hospital estuvo en relación con una infección respiratoria cuyo germen causal fuese adquirido en su Centro de Internamiento y que durante su ingreso en este Hospital se respetaron todos los protocolos de asepsia, así como*

antibioterapia inicialmente profiláctica y posteriormente dirigida por los resultados de los cultivos.”

Consta asimismo informe de la Inspección Médica de fecha 26 de agosto de 2010, en el que se concluye que:

1. Se realizó un correcto diagnóstico y tratamiento de neumonía y atelectasia pulmonar por el servicio de Urgencias, Medicina Interna y UCI del Hospital Infanta Elena de Valdemoro.

2. Se han cumplido todas las recomendaciones existentes para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad por parte de los citados Servicios.

3. No parece tratarse de una neumonía nosocomial, por lo que la atención hospitalaria no ha contribuido al desarrollo de la enfermedad.

4. En todo momento se valoró la posibilidad de la existencia de una neumonía por Pseudomona aeruginosa, no siendo suficiente los tratamientos instaurados para resolver la situación, debido a la evolución de la enfermedad, no a una mala praxis o negligencia por parte de los facultativos actuantes.”

Debe destacarse, por lo controvertido del debate en torno a esta cuestión, que a pesar de que en las conclusiones del informe no se afirma categóricamente que no se trate de una neumonía nosocomial, lo cierto es que en el cuerpo del informe se indica al respecto que “*A juicio del médico inspector que suscribe, en el caso que se reclama estamos ante una neumonía adquirida en la Comunidad, no ante una neumonía nosocomial*” (folio 547 del expediente administrativo).

Por último, se incorpora además al expediente informe de fecha 24 de mayo de 2010, de la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica (CIPA) del Hospital Infanta Elena de Valdemoro, en el que se afirma que

los resultados de los estudios de salubridad siempre han estado dentro de los límites recomendados, como queda registrado en las actas de esta Comisión, indicando que en dicho centro se encuentran vigentes los procedimientos de limpieza según las zonas de que se trate, así como un procedimiento de prevención de la infección nosocomial que incluye las tomas mensuales de muestras de la UVI para el estudio de la contaminación ambiental por bacterias y hongos, y un protocolo de profilaxis antibiótica prequirúrgica (folio 541 el expediente administrativo).

QUINTO.- Una vez cumplido el trámite de audiencia, con fecha 3 de noviembre de 2010, se formula por la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria, propuesta de resolución de desestimación que fue sometida a informe del Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad que lo emite con fecha 26 de noviembre de 2010, y en el que se considera que dado que la reclamante había solicitado en su escrito de alegaciones copia de los informes de salubridad correspondientes al periodo del 2 de abril al 3 de mayo de 2010, deberían solicitarse tales informes antes de emitir la correspondiente propuesta de resolución.

Con fecha 2 de diciembre de 2010, por el Servicio de Normativa, Régimen Jurídico y Responsabilidad Patrimonial de la Consejería de Sanidad, se informa al respecto que no procede, salvo mejor criterio, seguir las directrices u observaciones efectuadas en el mismo; toda vez que el Órgano Instructor al inicio del procedimiento, más concretamente, con fecha 4 de mayo del corriente (antes de ser solicitado por la parte interesada), tuvo a bien practicar de oficio, la prueba que, por error, el Servicio Jurídico manifiesta haberse omitido, habiéndose evacuado dicho informe con fecha 24 de mayo de 2010, constando incorporado al expediente administrativo.

SEXTO.- Por el Consejero de Sanidad, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio,

por reparto de asuntos, a la Sección II, presidida por la Excm. Sra. Consejera Dña. Rosario Laina Valenciano que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 19 de enero de 2010.

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), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

El dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LRCC.

SEGUNDA.- -La reclamante está legitimada activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 de la Ley 30/1.992,

Debe recordarse en el caso de fallecimiento el derecho a la indemnización lo es por daños morales, que tiene su sustrato en las relaciones afectivas, familiares, u otras semejantes. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de noviembre de 1999, señala que *“aquella persona ligada a la víctima por vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios derivados directamente de la muerte producida”*.

En este caso, la reclamante es la madre del fallecido, que aporta al objeto de acreditar su legitimación activa acta de notoriedad de declaración de herederos abintestato, en la que se acredita su condición de tal (folios 18 a 24 del expediente administrativo), así como certificación literal del Registro Civil de la inscripción de defunción de su hijo (folio 25 del expediente administrativo).

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

La reclamación objeto del presente procedimiento administrativo fue presentada con fecha 28 de abril de 2010, habiéndose producido el fallecimiento el día 2 de mayo de 2009. Por lo tanto, la reclamación se presentó en plazo de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 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”*.

TERCERA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra regulado en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, 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 la 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

Se han cumplido los requisitos establecidos al efecto en la normativa aplicable, incluido el trámite de audiencia, regulado en los artículos 84 de la Ley 30/ 1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y

del Procedimiento Administrativo Común y 11 del Real Decreto 429/1993 (RRPAP) si bien cabe señalar que se ha superado en exceso el plazo de 6 meses, que para tramitar el expediente se establece en el artículo 13.3 del Real Decreto 429/1993.

CUARTA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución, Título X, Capítulo Primero, además de la Disposición Adicional 12^a, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre y Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, que como señala la doctrina del Tribunal Supremo, que plantea el estado de la cuestión en responsabilidad patrimonial de la Administración en materia de asistencia sanitaria -sentencias de 26 de junio (recurso 6/4429/04), 29 de abril (recurso 6/4791/06) y 15 de enero (recurso 6/8803/03) de 2.008-, consiste en el derecho de los particulares a ser indemnizados por el Estado de toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: 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. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la

Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

La apreciación del nexo causal entre la actuación de la Administración y el resultado dañoso producido, o la ruptura del mismo, es una cuestión jurídica revisable en casación, si bien tal apreciación ha de basarse siempre en los hechos declarados probados por la Sala de instancia, salvo que éstos hayan sido correctamente combatidos por haberse infringido normas, jurisprudencia o principios generales del derecho al valorarse las pruebas, o por haberse procedido, al hacer la indicada valoración, de manera ilógica, irracional o arbitraria.

Por lo que se refiere a las características del daño causado, éste ha de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado, siendo solo indemnizables las lesiones producidas provenientes de daños que no haya el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley. La antijuridicidad del daño viene exigiéndose por la jurisprudencia (Sentencias del Tribunal Supremo de 30 de octubre de 2.003, recurso 6/1993/99, y de 22 de abril de 1994, recurso 6/3197/91, que citan las demás).

Además, es también doctrina jurisprudencial reiterada, por todas las sentencias de 20 de marzo de 2.007 (recurso 6/7915/03), 7 de marzo de 2007 (recurso 6/5286/03), 16 de marzo de 2005 (recurso 6/3149/01) que *"a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente"*, por lo que no cabe apreciar

responsabilidad sólo por la producción de un resultado dañoso, debe ser además antijurídico.

Podemos resumir lo anterior diciendo que no es exigible una actuación administrativa más allá de la buena práctica médica, *lex artis ad hoc*, porque entonces, y aunque nos encontremos con un posible daño, éste no estaría causado por el funcionamiento normal del servicio público, porque no puede impedir el daño, no existiendo la necesaria relación de causalidad entre actividad de la Administración y el evento dañoso.

QUINTA.- En el caso que nos ocupa está acreditada la existencia de un hecho, la muerte de una persona, que provoca un *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierta”*, - Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004-, y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable, Sentencias del Tribunal Supremo de 29 de febrero de 1972, 12 de marzo de 1975, 27 de noviembre de 1993, 19 de noviembre de 1994 y 28 de febrero de 1995-, aunque de difícil valoración económica.

Pero, debe examinarse si concurren los demás presupuestos exigidos para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

Conforme con reiterada jurisprudencia la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad patrimonial de la Administración recae sobre el reclamante (Sentencias del Tribunal Supremo de 8 de octubre de 1986, 25 de mayo de 1987, 15 de febrero de 1994, 25 de julio de 2003, 30 de septiembre de 2003, 14 de octubre de 2004 y 15 de diciembre de 2005, entre otras), salvo la concurrencia de la fuerza mayor o la existencia de dolo o negligencia de la víctima que corresponde probar a la Administración (Sentencias del Tribunal Supremo 18 de febrero de 1998, 15 de marzo de 1999, 25 de octubre de 2002, 17 de febrero de 2003, 24 de febrero de 2003, entre otras).

Pero la doctrina jurisprudencial ha sentado la inversión de la carga de la prueba en aquellos supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante, sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre (Recurso nº 3071/03) y 2 de noviembre de 2.007 (Recurso nº 9309/03) y 7 de julio de 2.008 (Recurso nº 3800/04). A veces, incluso, el Tribunal Supremo, sentencia de 27 de junio de 2.008 (Recurso nº 3768/04) requiere una explicación adecuada del evento dañoso para excluir la responsabilidad.

Por ello, y a pesar de que la reclamante no ha aportado elemento probatorio alguno que permita sustentar que el fallecimiento de su hijo se debió a una infección nosocomial por pseudomonas contraída en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro, resulta de aplicación el principio de la *“facilidad de la prueba”* establecido por las sentencias del Tribunal Supremo de 25 de abril de 2007 (recurso de casación 273/03) y de 2 de noviembre de 2007 (recurso de casación 9309/03) en el ámbito de la responsabilidad de los servicios sanitarios de las administraciones públicas, en las que se atribuye a la Administración, acreditado el daño por la reclamante, el deber de dar una explicación razonable de lo sucedido.

En este caso, el informe de la inspección médica se revela como fundamental para la determinación de la existencia o no de nexo causal entre el fallecimiento del hijo de la reclamante y la actuación del Sistema Madrileño de Salud. Como más arriba hemos puesto de manifiesto, aún cuando en las conclusiones de dicho informe, la utilización de la expresión *“No parece tratarse de una neumonía nosocomial”*, podría inducir a error, lo cierto es que del cuerpo del mismo se deduce claramente que la infección que provocó el fallecimiento del paciente no fue adquirida en el centro hospitalario en el que se le prestó asistencia sanitaria, según se desprende de la siguiente manifestación: *“A juicio del médico inspector que suscribe, en el caso que se reclama estamos ante una neumonía adquirida en la Comunidad, no ante una neumonía nosocomial.”*

Además, según el mismo informe *“La neumonía nosocomial o intrahospitalaria (NIH), se define como la infección del parénquima pulmonar que se presenta a partir de las 48 horas del ingreso, o aquella que se desarrolla dentro de las primeras 72 horas tras el alta.”*, siendo así que en el caso que nos ocupa el paciente ya fue diagnosticado de neumonía en el mismo momento del ingreso, constando en la hoja de evolución correspondiente al día 2 de abril de 2009, que obra al folio 352 del expediente administrativo, que el juicio clínico al ingreso es de *“Neumonía LID en paciente institucionalizado con derrame pleural e insuficiencia respiratoria parcial, con broncoespasmo”*.

Abonan esta consideración las conclusiones de los informes emitidos tanto por el Servicio de Urgencias, como de Medicina Intensiva del Hospital Infanta Elena en los que se afirma respectivamente que *“se trata de un paciente al que, desde el primer momento, se le consideró susceptible de poder tener como causa de su neumonía con derrame a bacterias del grupo de las Pseudomonas y como tal fue tratado desde su ingreso. Se coordinó la valoración del paciente con los diferentes miembros del área médica hasta que pasó definitivamente al Área de Hospitalización.”* y *“Puntualizar que el cuadro clínico del paciente comenzó dos semanas antes, en el Centro donde estaba internado, y caracterizado por fiebre, tos y expectoración verdosa y que al no responder al tratamiento allí iniciado, fue el motivo por el que fue trasladado a este Hospital y no la realización de “pruebas rutinarias Nada más ingresarse, se realizó toda una batería de pruebas, como se refleja en la historia clínica (analítica, radiografías, toracocentesis, ecografía, etc...) y se inicia tratamiento antibiótico empírico, dirigido contra los múltiples gérmenes habituales en pacientes institucionalizados y con patología pulmonar de base, entre los que se encuentra la Pseudomona Aeuroginosa; germen que se identificó en los primeros cultivos a los que fue sometido el paciente tras su ingreso en el Hospital.”*

De ambos informes se concluye que cuando el paciente ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital, ya presentaba una neumonía, no descartándose en ningún momento que el origen de la misma fuera la existencia de *Pseudomona Aeuroginosa* y que de forma preventiva se comenzó a tratar la misma, constando en el informe de 3 de abril de 2009 dentro del plan de tratamiento: *“tratamiento con cefalosporinas+ macrólidos. Cultivo de esputos; si BNG, cubrir siempre psedomonas; en cualquier caso, estando institucionalizado hay que tenerla siempre en cuenta”*. Se confirmó la presencia del germen con fecha 13 de abril, en los cultivos que se habían solicitado el día 8 de abril.

Considera este Consejo, a la vista de lo anterior, que no existe nexo causal entre la asistencia sanitaria dispensada y la muerte del paciente puesto que ha quedado acreditado que la infección causante de la neumonía no fue nosocomial, sino comunitaria, a lo que debe añadirse que en todo caso dicha asistencia fue ajustada a la *lex artis* en tanto en cuanto, desde el primer momento de su ingreso en el Hospital de Valdemoro, el fallecido fue tratado considerando que su neumonía con derrame podría deberse a bacterias del grupo de las *Pseudomonas*. La mala evolución de la enfermedad, en absoluto puede imputarse a la asistencia médica recibida dado que los informes que se incluyen en el expediente y la historia clínica, abonan el criterio de actuación conforme a la *lex artis*.

Si bien no existiendo nexo causal no es preciso realizar un juicio sobre la antijuridicidad del daño, lo cierto es que en todo caso se aporta el informe de la CIPA del Hospital de Valdemoro, que aunque no contiene datos específicos respecto de los controles realizados los días en que el paciente estuvo ingresado en dicho Hospital, indica que en el mismo se siguen los protocolos de control, y asepsia correspondientes, realizándose mensualmente tomas mensuales de aire de la Unidad de Vigilancia Intensiva, quedando los resultados de salubridad ambiental siempre dentro de los límites recomendados.

Por lo anteriormente expuesto, no concurre el requisito de la presencia de la necesaria relación de causalidad entre el daño padecido y el funcionamiento normal o anormal de un servicio público.

ÚLTIMA.- La competencia para resolver el procedimiento de responsabilidad patrimonial corresponde al Consejero de Sanidad según el artículo 142.2 de la Ley 30/1992 y 55.2 de la Ley de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid 1/1983, de 13 de diciembre. Cuya Orden pondrá fin a la vía administrativa según el artículo 53.1 de la misma Ley, contra el que cabrá recurso contencioso administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, según el artículo 10.1 j) de la Ley 29/1998, de 13 de julio, de la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

Por todo lo expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación por responsabilidad patrimonial.

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 de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 19 de enero de 2011