

<p><b>Expediente:</b> 41/2017 <b>Objeto:</b> Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra derivada del funcionamiento de los servicios sanitarios. <b>Dictamen:</b> 47/2017 de 16 de noviembre</p>
---

## **DICTAMEN**

En Pamplona, a 16 de noviembre de 2017,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfredo Irujo Andueza, Presidente; doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, Consejera Secretaria Accidental, don José Luis Goñi Sein y don José Iruretagoyena Aldaz, Consejeros,

siendo ponente don José Luis Goñi Sein,

emite por unanimidad de los asistentes el siguiente dictamen:

### **I. ANTECEDENTES**

#### **I.1ª. Consulta**

#### **I.2ª Antecedentes de hecho**

El día 19 de septiembre de 2017 tuvo entrada en este Consejo de Navarra un escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo de este Consejo sobre responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, formulada por doña..., doña... y doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, solicitado por Orden Foral 575E/2017, de 11 de septiembre, del Consejero de Salud.

A la solicitud de dictamen se acompaña el expediente administrativo, tramitado como consecuencia de la indicada reclamación, incluyéndose la

propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y la citada Orden Foral 575E/2017, de 5 de abril, del Consejero de Salud, por la que se solicita dictamen preceptivo de este Consejo de Navarra.

## **I.2ª Antecedentes de hecho**

### **Reclamación de responsabilidad patrimonial**

Con fecha 3 de octubre de 2013, la representación letrada de doña..., doña... y doña..., presenta reclamación de responsabilidad patrimonial contra la Administración Sanitaria y contra su Compañía Aseguradora de responsabilidad civil, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que llevaron al fallecimiento de don..., solicitando una indemnización de doscientos cincuenta mil euros (250.000 euros).

La reclamación se basa en los siguientes hechos relevantes:

Don..., de 62 años de edad, había sido diagnosticado en 1996 de “Lupus Eritematoso Sistémico (LES)”, una enfermedad autoinmune, que le afectaba principalmente a nivel cutáneo y renal. Además, había sido diagnosticado en el año 2003 de “Cardiopatía isquémica”, con angina de esfuerzo, implantándose “Stents” intracoronarios. A pesar de sus antecedentes médicos, el paciente llevaba una vida perfectamente normal y activa, caminando 30 minutos diarios.

A finales de 2012, don...comenzó a sufrir episodios de “Angina de esfuerzo” y “Taquicardia auricular”, siendo ingresado en el Servicio de Cardiología-Unidad Coronaria, del... (en adelante...) con fecha 29 de diciembre de 2012. Durante el ingreso, permaneció estable desde el punto de vista cardiológico sin presentar nuevos episodios de angina ni de arritmias. Se le practicó un cateterismo cardiaco y se le implantó nuevo “Stent” con fecha 4 de enero de 2013. Ante la evolución favorable, fue dado de alta con fecha 18 de enero de 2013.

El 31 de enero de 2013 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra por presentar de nuevo “dolor torácico tipo anginoso”. Dado que presentaba arritmia tipo “Fibrilación auricular (FA)”, se decidió un nuevo ingreso en el Servicio de Cardiología–Unidad del... para “controlar la frecuencia cardíaca, valorar la ablación de la FA y valorar anticoagulación”.

Don...permaneció ingresado desde 31 de enero de 2013 al 18 de febrero de 2013, en dicho Servicio. Durante este segundo ingreso, el paciente se mantuvo estable, pero con episodios de fibrilación auricular (FA) de difícil control, por lo que se decidió aplicar una ablación con cardioversión eléctrica (CVE) para controlar la misma. El paciente fue valorado también por el Servicio de Hematología para controlar las cifras de plaquetas y la estrategia de anticoagulación. Desde el punto de vista cardiológico se decidió el alta, “continuando con antiarrítmico un mes, y posteriormente nuevo ingreso para nueva CVE”. Pero el paciente no recibió el alta domiciliaria, sino que fue trasladado al Servicio de Reumatología el 18 de febrero de 2013, a fin de iniciar el tratamiento con Rituximab, por la trombopenia o disminución de plaquetas que le aquejaba, resultando de difícil control a pesar de aplicar corticoides a dosis altas.

Desde el primer día en este Servicio de Reumatología, el paciente comenzó con un cuadro de “fiebre”, en principio sin foco aparente. Dado que la fiebre no desaparecía, se tomaron muestras de sangre, orina, heces, etc., para realizar cultivos.

El 21 de febrero de 2013 se detectó en los hemocultivos la presencia de la bacteria “*Listeria monocytogenes*”, que es una bacteria patógena causante de la “*Listeriosis*”, una infección con muy alta mortalidad, principalmente en pacientes inmunodeprimidos, embarazadas, fetos, recién nacidos, etc.

En el escrito se indica que la contaminación tiene lugar por el consumo de alimentos que contienen la bacteria responsable de la enfermedad. Se da la circunstancia de que, coincidiendo con el ingreso del paciente, se había producido un cambio en la empresa adjudicataria de la cocina del... Desde el mes de enero de 2013, la encargada de la preparación de comidas era “..”,

la nueva empresa adjudicataria de la cocina del... (...), contratada por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Se afirma que durante los meses de enero, febrero y marzo de 2013, coincidiendo con el ingreso de don..., en las sucesivas inspecciones que se realizaron a... en las cocinas del..., “se detectaron un total de 22 deficiencias”. En una de las inspecciones, en concreto la realizada el 22 de febrero de 2013, el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra detectó la bacteria “*Listeria monocytogenes*” en platos precocinados. También se detectó “contaminación fecal” con presencia de la bacteria “E Coli”, en los “Espagueti boloñesa”.

Se añade que “la infección alimentaria que desarrolló el paciente producida por la bacteria “*Listeria monocytogenes*”, está obvia y evidentemente, relacionada con la comida que se le dio de comer al enfermo en el Hospital”, toda vez que “quedó constancia expresa en su historia clínica que D..., no había comido durante el ingreso nada más que la comida del Hospital”. “No existe duda de la relación causal entre la infección por ‘*Listeria monocytogenes*’ que afectó a D... y el que le provocó su fallecimiento y la alimentación contaminada con dicha bacteria, que por la empresa adjudicataria se proporcionó al paciente durante su ingreso en el...”.

Ingresado en el Servicio de Reumatología, el paciente fue controlado por los Servicios de Enfermedades Infecciosas, Neurología y Neurocirugía, hasta que el 1 de marzo de 2013, se decidió su traslado al Servicio de Enfermedades Infecciosas para seguimiento de su infección en el sistema nervioso central.

Con posterioridad, y dado que el paciente presentaba un evidente deterioro de su estado general, el 20 de marzo de 2013 se decidió su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La infección por *Listeria Monocytogenes*, en sangre y en el sistema nervioso central, estaba causando un síndrome de disfunción multiorgánica al enfermo.

Con fecha 30 de marzo de 2013, el paciente entró de nuevo en shock séptico, falleciendo a las 5:30 horas del 31 de marzo de 2013.

En el escrito se indica que concurren los requisitos legalmente previstos para exigir a las Administraciones la responsabilidad patrimonial, toda vez que, en primer lugar, el daño se ha producido y ha quedado individualizado en el fallecimiento de don...por un anormal funcionamiento dentro de la actividad del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O); en segundo lugar, el fallecimiento fue consecuencia del funcionamiento anormal del servicio de comidas contratado por el SNS-O; y, en tercer lugar, por cuanto no ha habido interferencias que rompan el nexo causal entre el anormal funcionamiento del servicio de comidas contratado por el SNS-O y el fallecimiento del paciente.

La demanda concluye con la solicitud de que se indemnice a los reclamantes –su viuda y a las dos hijas del fallecido- con la cantidad de doscientos cincuenta mil euros (250.000 euros) en compensación integral de los daños y perjuicios sufridos.

### ***Iniciación del procedimiento***

Por Resolución 62/2013, de 12 de noviembre, del Secretario General Técnico del Departamento de Salud se acordó: 1º) admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, asignándole el número de expediente 18113/2013; 2º) nombrar instructor del procedimiento; 3º) trasladar copia de la reclamación presentada a..., adjudicataria del contrato de alimentación de pacientes del..., para su conocimiento y efectos; 4º) informar a los interesados de los efectos que se podrían derivar de la reclamación presentada respecto al acceso a los datos de su historia clínica; 5º) informar del plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento en seis meses a contar desde el 3 de octubre de 2013; así como de los efectos del silencio administrativo con desestimación de la solicitud e inicio del plazo de seis meses para la interposición del recurso contencioso-administrativo; y 6º) dar traslado de la resolución al instructor del procedimiento y su notificación a la representación letrada de los reclamantes.

### ***Instrucción del procedimiento: historia clínica***

Iniciada la instrucción, se solicitó del Director del..., una copia de la historia clínica completa de don... relacionada con los hechos relatados, que debería contener lo siguiente: Informes médicos de, cuando menos, los Servicios de Cardiología, Reumatología, Enfermedades Infecciosas, UCI, Anatomía Patológica; Impresión de fichas (evolución, curso clínico, intervención, etc.); tratamientos pautados en cada ocasión; pruebas diagnósticas realizadas y sus resultados, en especial todo lo relacionado con la detección de la bacteria y el análisis de sus cepas; en su caso, consentimientos informados realizados; informe de alta de cada uno de los Servicios; informes posteriores de evolución; informes de la autopsia clínica realizada al paciente; cualquier otra documentación que guarde relación con el caso.

De la documentación clínica aportada cabe destacar, a los efectos de este dictamen como más relevantes y significativos, los siguientes hechos:

Don..., de 62 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, lupus eritematoso sistémico con afección cutánea, poliserositis y renal (insuficiencia renal crónica), fue diagnosticado en el año 2003 de cardiopatía isquémica”, con angina de esfuerzo, implantándosele stents intracoronarios.

A finales de 2012, don...comenzó a sufrir episodios de “Angina de esfuerzo” y “Taquicardia auricular”, por lo que ingresó el 29 de diciembre de 2012 en el Servicio de Cardiología-Unidad Coronaria, del... El 4 de enero se le practicó un cateterismo cardíaco, y se le implantó un nuevo stent. A la vista de su buena evolución se le dio de alta el día 18 de enero de 2013, aunque tuvo un empeoramiento de la función renal y aparición de las lesiones cutáneas, que se trataron con corticoides.

El 31 de enero de 2013 acudió al Servicio de Urgencias del... por presentar “dolor torácico de tipo anginoso”, quedando ingresado en el Servicio de Cardiología–Unidad Coronaria del... hasta el 18 de febrero de 2013, en que fue trasladado al Servicio de Reumatología tras realizarle cardioversión eléctrica.

En dicho Servicio se iba a proceder al tratamiento con Rituximab, pero no llegó a realizarse por encontrarse serología de virus B (AntiHBc), iniciándose un tratamiento con antivirales. El día 19 de febrero de 2013, a la vista de que presentaba fiebre sin foco aparente, se realizaron hemocultivos.

En el informe emitido el 21 de febrero se detectó la presencia de la bacteria "*Listeria monocytogenes*". Posteriormente, se le hizo una resonancia cerebral, y se encontraron abscesos cerebrales relacionados con la infección.

El 28 de febrero se decidió el ingreso del paciente en el Servicio de Enfermedades Infecciosas para el seguimiento de su infección en el sistema nervioso central. Posteriormente desarrolló una encefalopatía junto con problemas respiratorios, ingresando el 20 de marzo en la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de disfunción multiorgánica.

El 31 de marzo de 2013 falleció por nuevo shock séptico con hemocultivos positivos para *E. coli*. Se le practicó autopsia donde se observaron los abscesos cerebrales con presencia de bacilos gram+ (probable *Listeria monocytogenes*). La muestra de *Listeria* del paciente se envió al Laboratorio del Centro nacional de Microbiología de Majadahonda que caracterizó la cepa como serotipo 4b.

### **Informes**

A solicitud del instructor del procedimiento, el Jefe del Servicio de Microbiología Clínica del... ha emitido, con fecha 22 de noviembre de 2013, informe en el que señala que, en el Servicio de Microbiología Clínica, "se han procesado 22 muestras del paciente" habiéndose aislado *Listeria* en dos muestras de hemocultivo, una del día 19 y otra del 20 de febrero de 2013, y que la cepa de *Listeria* aislada del hemocultivo, se envió al Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III para su caracterización, resultando ser de la "Especie *Listeria monocytogenes* Serotipo 4b".

Asimismo, a requerimiento del instructor del procedimiento, el jefe de Sección de Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria del..., ha emitido, con fecha 9 de diciembre de 2013, informe en el que refiere que el mismo día 21

de febrero de 2013 en que se tiene noticia del aislamiento en hemocultivo del paciente de *Listeria* posiblemente nosocomial, se procedió a hacer la correspondiente encuesta epidemiológica para su notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológico de Navarra, al tratarse de una enfermedad de declaración obligatoria conforme a la Orden Foral 19/2008, de 15 de febrero. En su Informe especifica que el *“día 22 se comunica al ISP que el paciente a excepción de alguna mandarina, no ha consumido durante el ingreso otros alimentos que no fueran suministrados desde la cocina hospitalaria. Según indicaciones del propio ISP se solicita, al responsable de dietas del grupo de soporte del HCl del..., los alimentos consumidos por el paciente los días 12 de febrero (coincidiendo con analítica positiva de alimentos con listeria) y del día 15 de febrero (por estudio paralelo desde la dirección del...). Se envían al Jefe de servicio de vigilancia epidemiológica los correspondientes listados de alimentos (12 y 15 de febrero) y solicitamos al mismo por si es necesario recabar más datos sobre alimentos consumidos. Nos comentan que amplíemos el estudio a los días 12-17 de febrero. Con el correspondiente listado de alimentos, la hija del paciente nos indica cuáles de ellos ha consumido el padre. Enviamos ese mismo día la información al ISP”*. Concluye señalando que, con la notificación del caso al sistema de vigilancia epidemiológico del ISP, acabó su intervención.

Por su parte, en el informe solicitado al Jefe de Servicio de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental, y emitido por éste, con fecha 26 de diciembre de 2013, después de poner de manifiesto las actuaciones realizadas por el Servicio en relación con el expediente y de describir las características de la enfermedad de la *Listeriosis*, se indica que:

*“Una vez obtenido los cultivos microbiológicos del paciente y del alimento en el que se detectó la presencia de *Listeria Monocytogenes* y siguiendo el procedimiento habitual, se caracterizaron los serotipos de las cepas aisladas en ambos orígenes. La caracterización molecular de dichas cepas se realizó en el Laboratorio de Microbiología de Alimentos del Departamento de Microbiología y Parasitología de la Universidad de Navarra.*

*Como resultado de la caracterización molecular se determinó que la bacteria *Listeria monocytogenes* encontrada en el paciente pertenecía al serotipo 4b, mientras que la encontrada en el alimento pertenecía al serotipo 3a. La especie *Listeria monocytogenes* se divide en trece*



*serotipos basados en los diferentes antígenos somáticos y flagelares de la bacteria.*

*(...)*

*Puede afirmarse que no es posible que un alimento que contiene una bacteria de un serotipo determinado, en este caso el serotipo 3a, transmita al paciente la enfermedad causada por un serotipo diferente, en el caso de la bacteria encontrada en el Paciente, 4b, por lo que puede descartarse cualquier relación entre el citado alimento y la listeriosis del paciente. La evidencia sobre el agente causal de una enfermedad transmisible a través de los alimentos, solo se obtiene cuando coinciden los agentes infecciosos y son los mismos los serotipos detectados en los alimentos y en las muestras clínicas del paciente”.*

En conclusión, señala el informe que:

- 1. “La listeriosis es una enfermedad causada por la bacteria *Listeria monocytogenes*. La transmisión más frecuente, aproximadamente en un 99%, es a través de los alimentos.*
- 2. La situación de salud y el tratamiento que recibió el paciente, incrementaban la vulnerabilidad a la enfermedad y la posible gravedad de la misma*
- 3. Durante el periodo de incubación de la enfermedad, el paciente se encontró fuera de la... y hospitalizado en el...*
- 4. No existe relación causal entre la enfermedad padecida por el Paciente y la posible ingestión de la lasaña vegetal en la que se determinó la presencia de *Listeria monocytogenes*, ya que se trata de cepas de diferentes serotipos.*
- 5. Desde el punto de vista epidemiológico, resulta poco factible que solamente se haya declarado el caso de D..., teniendo en cuenta, que son muy numerosos los usuarios del servicio de comidas del... hospitalizados en las mismas fechas que el Paciente, siendo relativamente frecuente la presencia de pacientes hospitalizados con características y vulnerabilidad similares a las de D... y teniendo en cuenta que la totalidad de casos de listeriosis se declaran por el Servicio de Medicina Preventiva.*
- 6. Las deficiencias encontradas en los procedimientos y en la gestión de la seguridad alimentaria de las cocinas del... a partir de enero de 2013, constituyen un indudable riesgo para la seguridad de los alimentos producidos y servidos, aunque no existe una relación causa-efecto obligada entre las condiciones del servicio de comidas y la aparición de enfermedades de transmisión alimentaria”.*

**Dictamen médico**

Consta en el expediente el informe pericial emitido por.... En el informe de fecha 21 de junio de 2014, suscrito por un especialista en Medicina Interna, Enfermedades infecciosas y Experto en VIH/SIDA, y Médico Adjunto del Servicio de Medicina Interna-Infecciosas del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid, se efectúa un resumen detallado de los hechos, así como una serie de consideraciones médicas sobre la infección por *Listeria monocytogenes*, para finalmente realizar un análisis de la praxis médica aplicada al paciente.

En las consideraciones médicas, el informe describe, primero, el origen de la infección en adultos, indicando que la mayoría proviene de la ingestión oral y de la consecuente penetración a través del intestino y luego afectación sistémica. Posteriormente, se detiene en señalar las diversas formas de enfermedad producida por esta bacteria, a saber:

1.- La gastroenteritis esporádica cuya incubación es de 24 horas (rango de 6 horas a 10 días) mientras que el de la enfermedad sistémica o invasiva es de 35 días (rango 1-91). La duración típica de los síntomas comunes (fiebre, diarrea acuosa, náusea, vómitos, etc.) es de dos días o menos y la recuperación es completa.

2.- Otros síntomas clínicos producidos por *Listeria monocytogenes* son: enfermedad invasiva incluyendo meningitis, meningoencefalitis o bacteriemia en pacientes inmunodeprimidos, en los individuos en los extremos de edad, incluyendo los recién nacidos y los adultos mayores y las mujeres embarazadas. La infección invasiva parece ser poco frecuente, siendo mayor el riesgo en los pacientes inmunocomprometidos, embarazadas o ancianos.

3.- Sepsis de origen desconocido: se produce en pacientes de todas las edades. El shock séptico puede desarrollarse, y puede haber siembra del cerebro y/o meninges, dando lugar a una meningoencefalitis o encefalitis. El riesgo de invasión del SNC es mayor en los pacientes inmunodeprimidos. El riesgo de bacteriemia por *Listeria* sólo puede establecerse mediante la obtención de cultivos de sangre.

4.- Afectación sistémica y del sistema nervioso central: existen unos factores predisponentes, ya que la mayoría de las infecciones por *Listeria*, cuando son sistémicas e invasivas, ocurren en individuos con una o más condiciones que predisponen. Estas incluyen el embarazo, el tratamiento con glucocorticoides, otras enfermedades que producen inmunodepresión y la edad.

Se refiere en el Informe que la *Listeria* es la causa más común de meningitis bacteriana en pacientes con enfermedad neoplásica subyacente, especialmente linfoma, en receptores de trasplante de órganos, y en los que recibieron glucocorticoides por cualquier razón.

En relación con el presente caso, señala el informe que se trata de paciente con múltiples enfermedades, entre ellas lupus erimatoso sistémico con afectación orgánica múltiple, que ingresa por cardiopatía isquémica y desarrolla trombopenia grave que requiere de dosis elevadas de corticoides. En el seno de este tratamiento comienza con fiebre, encontrando en hemocultivos *Listeria monocytogenes* y en resonancia cerebral imágenes compatibles con abscesos cerebrales de la misma etiología probablemente. También se afirma que el “serotipo de la bacteria *Listeria monocytogenes* que se aisló en el alimento preparado en el... fue el 3a, mientras que el que se aisló en el paciente fue el 4b, serotipos completamente diferentes y por lo tanto no tienen ninguna relación”.

Las conclusiones del informe son:

*“1. El paciente presentó infección sistémica y cerebral por *Listeria monocytogenes* en el seno de tratamiento con corticoides a dosis altas por enfermedad autoinmune. Este hecho está descrito de manera amplia en la literatura médica y el tratamiento con corticoides en un factor predisponente para la aparición de este tipo de infecciones. Otros factores predisponentes del paciente, que aparecieron posteriormente, fueron los tumores sólidos (carcinoma de próstata y de tiroides) encontrados en la autopsia.*

*2.- El paciente podía estar colonizado antes del ingreso en el hospital, y desarrollar la enfermedad durante el ingreso debido a la inmunosupresión favorecida por el propio ingreso y el tratamiento con corticoides a altas dosis. El periodo de incubación de la enfermedad así*

*lo podía manifestar (periodo de incubación de 1-91 días, el paciente estuvo fuera del hospital del 18 al 31 de enero, 13 días).*

*3.- El serotipo de la Listeria que tenía el paciente y la que se encontró en los alimentos del hospital eran completamente diferentes, lo que demuestra que el paciente no se infectó con la bacteria que contenían los alimentos del hospital.*

*4.- Tras el diagnóstico de la enfermedad por Listeria, todas las actuaciones de los servicios sanitarios fueron acordes a la buena práctica clínica, y el paciente falleció porque se trataba de una enfermedad grave en un paciente con factores de riesgo y en mala situación clínica”.*

### **Trámite de audiencia y alegaciones**

Mediante escrito de fecha 22 de enero de 2014, doña..., Abogada, en representación de... compañía que tiene suscrita póliza de responsabilidad civil con la adjudicataria del servicio..., solicita se la tenga por comparecida en el procedimiento y se le facilite copia de cuanta documentación obre en el expediente de responsabilidad patrimonial.

Mediante oficio de fecha 11 de febrero de 2014, el instructor del procedimiento dio por recibido el escrito de doña... y consideró como interesada en el expediente a la referida compañía..., al tiempo que acordó remitir copia de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 14 de abril de 2014, doña..., en representación de..., presentó escrito aportando como documento el informe pericial técnico realizado por don..., del Gabinete de Peritación Veterinaria..., en el que se llega a las siguientes conclusiones:

*“Primera.- Que la determinación de un serotipo específico de Listeria monocystogenes en un alimento, debe mantenerse este serotipo en la determinación como agente patógeno en un ser vivo, no siendo compatible, que se establezca nexo causal entre un alimento y un paciente cuando los serotipo de L. monocystogenes tienen serotipo diferente.*

*Segunda.- Que la bacteria serotipada como serotipo 3a (...) no tiene relación con la bacteria serotipo 4 b (...).*

*Tercera.- Que el periodo de incubación medio de la listeria monocytogenes es de 3 semanas, coincidiendo en el caso de la*

*muestra nº 50521047-1 (Placa de Agar sangre) con el periodo en el que el paciente de la especie humana se encontraba en su domicilio”.*

Mediante oficio de fecha 1 de julio de 2014, el instructor del procedimiento dio trámite de audiencia a doña..., abogada de..., por un periodo de diez días hábiles, para la presentación de nuevas alegaciones y presentación de otros documentos y las justificaciones que se estimaran oportunas. Asimismo, se le facilitó copia del dictamen médico emitido el 21 de junio de 2014 por la asesoría médica... y copia parcial de la historia clínica de don..., significándole que el resto de la historia clínica del paciente se encontraba a su disposición en las dependencias de la Sección de Asistencia Jurídica del Servicio Navarro de Salud.

Atendiendo a la solicitud de la abogada de..., se amplió en cinco días el plazo para formular alegaciones. Por escrito de 28 de julio de 2014, la abogada de... presentó alegaciones indicando que el periodo de incubación de la listeriosis es muy variable y normalmente está comprendido entre 3 y 90 días, periodo durante el cual el paciente pudo estar en su domicilio y también ingresado en el..., pudiendo haber consumido la dieta que se le administraba fuera del periodo de hospitalización, o la que consumían los usuarios del..., e incluso admitiendo que los alimentos consumidos en su ingreso hospitalario pudieron ser introducidos del exterior, sin ningún control sanitario. Insiste en que, tal y como señala el Informe Pericial aportado de parte, no existe relación entre la bacteria serotipada como serotipo 3a y la bacteria serotipada como serotipo 4b, y que la aparición de la Listeriosis en la especie humana se ve favorecida por factores generadores de una disminución de la respuesta inmunitaria del paciente afectado. Considera que la cuantía reclamada es desorbitada y que, utilizando como pauta para la determinación económica de los daños indemnizables la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor de 2004, de haber responsabilidad por parte de la empresa..., le correspondería a la viuda, doña..., la cantidad de 114.691,14 euros y a cada una de sus hijas, doña... y doña..., la cantidad de 9.557,59 euros. Concluye señalando que no existe nexo causal entre la alimentación consumida por el señor... y su fallecimiento, lo que tiene que dar lugar a la desestimación de la

reclamación efectuada por la familia del señor... frente a la asegurada y, por tanto, a la aseguradora a la que representa.

Con fecha 2 de septiembre de 2014, la letrada de... presenta un nuevo escrito aportando al mismo tiempo el informe Médico pericial realizado por la doctora..., Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra, a instancias de la compañía.... En el escrito se comenta que, según el informe aportado, los resultados de Microbiología son definitivos para descartar el nexo causal entre la causa de la muerte y el alimento “contaminado” al tratarse de serotipos diferentes, pues la enfermedad transmisible a través del alimento solo se puede justificar cuando los serotipos detectados son idénticos, de manera que “la causa de la muerte no tiene su origen en el alimento contaminado”.

Mediante oficio de 30 de septiembre de 2014, el instructor del procedimiento dio trámite de audiencia a los interesados, por un periodo de diez días hábiles, para la presentación de nuevas alegaciones y presentación de otros documentos y las justificaciones que se estimaran oportunas. Asimismo, se les facilitó copia parcial de la historia clínica significándoles que el resto de la historia clínica del paciente se encontraba a su disposición en las dependencias de la Sección de Asistencia Jurídica del Servicio Navarro de Salud, así como del informe emitido por el Jefe del Servicio de Microbiología Clínica del..., del informe de la Jefa de Sección de Medicina Preventiva de Higiene Hospitalaria del citado Complejo, del informe del Jefe de Servicio de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, del escrito de la abogada señora... aportando informe pericial técnico del Gabinete de Peritación Veterinaria..., del dictamen médico emitido por la asesoría médica... y del dictamen médico pericial de la doctora...

Por escrito de 14 de octubre de 2014, la representación letrada de las reclamantes solicita que por el Instructor se incorpore a éste expediente la documentación administrativa que se especifica a continuación: 1º.- La totalidad de la documentación íntegra y completa que conforma y obra en el Expediente administrativo sancionador incoado por el Servicio de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental del Instituto de Salud Pública y Laboral de

Navarra a la mercantil adjudicataria del suministro y elaboración de la comida servida a los enfermos internados en el..., incluida la Resolución del referido expediente sancionador; 2º.- La relación de los treinta y dos casos de "listeriosis alimentaria", enfermedad de declaración obligatoria, registrados en los últimos siete años de Navarra: a) los 7 casos del año 2007; los 4 del año 2008; los 6 casos del año 2009; los cinco casos del año 2010; los 2 casos del año 2011; los 7 casos del año 2012 y la declaración obligatoria literal que obra en el Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria del Gobierno de Navarra, referida expresamente al fallecimiento de don... el día 31 de marzo de 2013; b) los diferentes centros y pormenores de cada caso según consta en el Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria del Gobierno de Navarra.

Mediante oficio de 18 de mayo de 2015, el instructor del procedimiento acuerda considerar extemporáneas las alegaciones formuladas el 14 de octubre de 2014 por haber sido presentadas transcurrido el plazo de 10 días hábiles que, según consta en la notificación de la apertura del trámite de audiencia, fue realizada con fecha 30 de septiembre de 2014; así mismo manifiesta que, dado que el fin del escrito es "*estudiar la posibilidad de accionar ... exclusivamente (sic) contra la mercantil...*", dicha pretensión excede del objeto, procedimiento y tramitación de la presente reclamación de responsabilidad patrimonial. Además, considera innecesaria la aportación al expediente de los documentos solicitados, ya que la instrucción realizada ha aportado al mismo los elementos objetivos necesarios para resolver sobre el fondo de la reclamación presentada, cuyo contenido no es objeto de valoración en las alegaciones presentadas.

Por escrito de 11 de mayo de 2015, la representación letrada de las reclamantes reitera que en el plazo de 48 horas a contar desde la fecha y hora de presentación en el Registro del presente escrito, se le dé vista y copia certificada de la totalidad de la documentación administrativa y técnica obrante en el expediente sancionador incoado contra la mercantil... por el Servicio de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra; así como de la totalidad del Expediente sancionador incoado por el referido Servicio de Seguridad Alimentaria con

origen en la alimentación podrida servida a los pacientes del... por la referida entidad mercantil.

Mediante oficio de fecha 15 de mayo de 2015, el instructor del procedimiento le hace saber al letrado que la instrucción a él encomendada se refiere a la reclamación de responsabilidad patrimonial respecto de la cual le fueron facilitados copia de todos los documentos obrantes en la misma y que el expediente sancionador al que se refiere excede de las funciones instructoras que tiene encomendadas, ya que su incoación fue realizada por la Dirección General de Salud, siendo resuelto mediante Orden Foral de la Consejera de Salud, a quien traslada su petición con el fin de que la tramite conforme corresponda.

Por escrito de 12 de mayo de 2015 don..., en nombre y representación de las reclamantes, vuelve a reiterar la solicitud formulada en su escrito anterior, advirtiéndole al instructor de que, tras este tercer requerimiento expreso, de no facilitarle de inmediato la documentación que le ha solicitado, la familia reclamante directamente afectada por su actuación dolosa, interpondrá contra él una querrela criminal por prevaricación.

Mediante oficio de 15 de mayo de 2015, el instructor del procedimiento le indica al abogado lo mismo que en su escrito de contestación anterior, añadiendo que su actuación instructora en el presente expediente ha sido ajustada a la normativa reguladora de este tipo de procedimientos, y que considera carente totalmente de fundamento las advertencias penales que realiza en su escrito.

### ***Propuesta de resolución***

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por doña..., doña... y doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados del fallecimiento en el... de don..., esposo y padre de las reclamantes.

Tras referir los antecedentes de hecho y fundamentación analiza la concurrencia de los requisitos necesarios para que proceda la



responsabilidad patrimonial, la reiterada doctrina sobre el cumplimiento de la “lex artis” en la determinación de una actuación médica correcta, así como las consideraciones y conclusiones ya referidas de los informes del Gabinete de Peritación Veterinaria... de 5 de abril de 2014, el dictamen médico emitido por... el 26 de junio de 2014, y el dictamen médico de la Doctora... de 29 de agosto de 2014. Se argumenta en la propuesta de resolución que los informes de los tres peritos son concluyentes y que en ningún momento han sido refutados por el abogado reclamante

De todo ello se concluye que la actuación de los profesionales sanitarios del Servicio Navarra de Salud-Osasunbidea, fue plenamente adecuada y de acuerdo a la *lex artis ad hoc*, por lo que procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial.

## **II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

### **II.1ª Objeto y carácter preceptivo del dictamen. Tramitación del expediente.**

La presente consulta tiene por objeto la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por doña..., doña... y doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios como consecuencia del fallecimiento en el... de don..., esposo y padre de las reclamantes. Se trata de una consulta, en un expediente de responsabilidad patrimonial, de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El carácter preceptivo o no del dictamen se ha de resolver atendiendo a la normativa aplicable en la fecha de presentación de la reclamación. En el presente caso, el escrito de reclamación fue presentado el 3 de octubre de 2013, por lo que se ha de estar al artículo 16.1 letra i) de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, del Consejo de Navarra (LFCN). Dicho precepto, y no el artículo 15.1 de la actual Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra, es el que resulta de aplicación por razones temporales ante la falta en la actual Ley Foral 8/2016, de una previsión específica sobre los procedimientos ya iniciados, así como por extensión de lo dispuesto en la

disposición transitoria segunda de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN) y la disposición transitoria segunda de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJA-PAC).

El referido artículo 16.1.i) de la LFCN, vigente en el momento de realizarse la petición de dictamen, ordenaba que se consultara al Consejo de Navarra en los expedientes administrativos tramitados por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en los que la ley exija el dictamen de un órgano consultivo, que se refieran, entre otras, a “reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a ciento veinte millones de pesetas” (120.202.42 euros).

En el presente caso, las reclamantes solicitan una indemnización por daños y perjuicios de doscientos cincuenta mil euros (250.000 euros), lo que supera con creces la referida cuantía mínima de reclamación de 120.202,42 euros. En consecuencia, el Consejo de Navarra emite el presente dictamen con carácter preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior al umbral mínimo fijado por artículo 16.1.i) de la LFCN.

Con relación a la determinación del órgano competente, el artículo 116 de la LFACFN establece que la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra. El órgano competente es aquí el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en virtud de lo dispuesto en el apartado p) del artículo 15.2 de los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, aprobados por Decreto Foral 1717/2015, de 3 de septiembre.

El procedimiento administrativo, aplicable en la tramitación de la reclamación, se rige también, dada la fecha de presentación de la reclamación, por la normativa anterior, a saber: los artículos 139 y siguientes de la LRJA-PAC, el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, que aprueba el

Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, y los artículos 81 y siguientes de la LFACFN.

En aplicación de la normativa señalada, se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias que se han tener en cuenta en la atención prestada al esposo y padre de las reclamantes, obrando en el mismo el historial clínico, los informes emitidos por los distintos servicios médicos, así como los informes del ... de 5 de abril de 2014, el dictamen médico emitido por... el 26 de junio de 2014, y el dictamen médico de la Doctora... de 29 de agosto de 2014.

Así mismo se ha dado trámite de audiencia a los interesados con traslado de las copias de los informes obrantes en el expediente y acceso al historial médico, sin que, por parte de las reclamantes, se hayan presentado alegaciones en el plazo otorgado al efecto.

Importa destacar que no se ha facilitado a la representación letrada de las reclamantes el conocimiento del “expediente sancionador incoado contra la mercantil... por el Servicio de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra”, ni el “expediente sancionador incoado por el referido Servicio de Seguridad Alimentaria con origen en la alimentación podrida servida a los pacientes del... por la referida entidad mercantil”, solicitado reiteradas veces por el letrado. Pero tal actuación limitadora del instructor no se considera vulneradora de las garantías de defensa de los interesados que consagra la ley. En primer lugar, porque lo solicitado constituye, en principio, un elemento ajeno al objeto y la tramitación del expediente que se sustancia en este procedimiento sobre reclamación de responsabilidad patrimonial por infección alimentaria que desarrolló el paciente; en segundo lugar, porque no se ha justificado, ni argumentado mínimamente su posible relación con el expediente sancionador incoado a la empresa...; y, en tercer lugar, porque se ha facilitado toda la documentación obrante en el expediente, relacionada con la presencia de la bacteria *Listeria monocytogenes*, y los controles realizados a partir de la misma. Además, en el escrito de reclamación parece

excluirse que haya habido más controles que los realizados, al afirmarse que:

*-“En los controles alimentarios que se hicieron entonces únicamente se analizaron muestras testigo de algunos platos; otros platos con los que también se alimentó a los pacientes por la empresa adjudicataria, quedaron fuera de los controles practicados”.*

*“Platos que perfectamente podían haber estado infectados por bacterias patógenas (si se hubieran tomado muestras de los mismos), dadas las pésimas condiciones higiénicas detectadas en los controles alimentarios generales que se hicieron a “...”-*

En consecuencia, si la reclamación tiene que ver con la referida detección de la bacteria y no consta que se realizaran más controles que los realizados a raíz de la infección detectada en el señor..., y si toda la documentación correspondiente a los mismos figura en el expediente, carece de virtualidad la exhibición del expediente sancionador incoado a la empresa..., a los efectos de dilucidar la responsabilidad de la Administración Sanitaria por el fallecimiento del mismo. La reclamación aquí formulada se basa en la existencia de responsabilidad de la Administración sanitaria por la infección alimentaria que desarrolló el paciente, debido a la presencia de la bacteria “Listeria Monocytogenes”, y nada tiene que ver con la respuesta sancionadora de la Administración sanitaria por las posibles deficiencias constatadas en la prestación del servicio por la empresa... Desde luego, entre el elenco de conductas que se consideraron constitutivas de infracción administrativa y dieron lugar a la sanción impuesta a..., mediante la Orden Foral165/2013, de 8 de noviembre, de la Consejera de Salud por el que se resolvía el expediente sancionador incoado a... imponiéndole una sanción de 48.017,18 euros, no se hace mención alguna a la infección alimentaria que desarrolló el paciente, como es de ver, por otra parte, en la sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 1 de Pamplona de 17 de noviembre de 2015, dictada en recurso Contencioso-administrativo, interpuesto por... contra dicha resolución sancionadora, que viene a confirmar dicha sanción salvo en lo referente a los aspectos prescritos.

Con independencia de ello, la actividad llevada a cabo en el curso de la instrucción merece un reproche por la excesiva tardanza. Se ha producido

una dilación injustificada en la incoación del procedimiento que se ha demorado casi cuatro años desde que las reclamantes presentaran su escrito. Este retraso injustificado en la actuación administrativa supone un desconocimiento importante de los principios de celeridad y eficacia que han de informar la actuación administrativa y, muy en particular, del artículo 82.2 LFACFN, según el cual: *“La resolución de este procedimiento deberá dictarse y notificarse en el plazo de seis meses. El órgano competente para resolver, de oficio o a instancia del instructor, podrá acordar mediante resolución administrativa motivada, una ampliación del plazo máximo aplicable que no exceda de tres meses”*. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 42.1 de la LRJ-PAC.

En suma, y a pesar de la tardanza en incoar, consideramos que se ha dado cumplimiento a la normativa aplicable, por lo que el procedimiento seguido se considera correcto.

## **II.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración por asistencia sanitaria: regulación y requisitos**

El artículo 106.2 de la Constitución consagra el principio de la responsabilidad patrimonial extracontractual de las Administraciones públicas por las lesiones que sufran los particulares en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

Dicho precepto constitucional encuentra actualmente su desarrollo normativo en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP) y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

No obstante, dada la fecha de interposición de la reclamación, y atendiendo a la disposición transitoria segunda. 1 (Régimen Transitorio de los Procedimientos) de la LRJ-PAC, la cual establece que *“A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la presente Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior”*,

resulta de aplicación a este expediente la LRJ-PAC (artículos 139 a 144), así como la regulación establecida por el artículo 76 y siguientes de la LFACFN que contienen las normas procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, “los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”.

El daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas (artículo 139.2 de la LRJ-PAC). Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley (artículo 141.1 de la LRJ-PAC).

La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación de expropiación forzosa, legislación fiscal y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado (artículo 141.2 de la LRJ-PAC).

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista la responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización; y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la

víctima suficientes para considerar roto el nexo contractual causal (STS de 13 de julio de 2000, entre otras).

### **II.3ª La relación de causalidad y la antijuridicidad del daño.**

Conforme al artículo 141.1 de la LRJ-PAC, “solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Como este Consejo ha señalado en dictámenes anteriores (entre otros, 49/2016 de 21 de octubre, 17/2017 de 8 de junio, ó 26/2017, de 20 de junio), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS de 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002).

Por su parte, el Tribunal Superior de Justicia de Navarra (Sala de lo Contencioso Administrativo), haciéndose eco de la doctrina del Tribunal Supremo, tiene declarado, en la sentencia de 26 de abril de 2013 (Recurso número 569/2007), que:

“(…) no es acorde con el principio de Responsabilidad Patrimonial objetiva su generalización más allá del principio de causalidad, aún de forma mediata, indirecta o concurrente, de manera que, para que exista aquélla, es imprescindible la existencia de nexo causal entre la actuación de la Administración y el resultado lesivo o dañoso producido, y que la socialización de riesgos que justifica la responsabilidad objetiva de la Administración cuando actúa al servicio

de los intereses generales no permite extender dicha responsabilidad hasta cubrir cualquier evento, lo que, en otras palabras, significa que la prestación por la Administración de un determinado servicio público y la titularidad por parte de aquélla de la infraestructura material para su prestación no implica que el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva de las Administraciones Públicas convierta a éstas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, porque de lo contrario se transformaría aquel en un sistema providencialista no contemplado en nuestro ordenamiento jurídico. La doctrina y la jurisprudencia, al hilo de lo anterior, han establecido como requisitos necesarios para que proceda el derecho a indemnización a consecuencia de responsabilidad de la Administración los siguientes:

- a) Realidad objetiva del daño que ha de ser evaluado económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.
- b) El daño debe ser antijurídico o lo que es lo mismo, la persona que lo sufre no debe estar jurídicamente obligada a soportarlo.
- c) Que la lesión sea imputable a la Administración a consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los Servicios Públicos.
- d) Relación de causalidad entre el daño y el funcionamiento del Servicio Público, sea éste normal o anormal, en relación directa inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de circunstancias extrañas que pudieran alterar el nexo causal.
- e) Ausencia de fuerza mayor.

En este sentido pueden citarse sentencias del Tribunal Supremo de 1 de octubre de 1997, 2 de febrero y 21 de abril de 1998, y 30 de marzo de 1999. En el mismo sentido, también pueden mencionarse, a título de ejemplo, las sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Navarra de fecha 14 de septiembre de 2000, 16 de diciembre de 2001, 30 de abril de 2002 y 20 de diciembre de 2002”.

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que será preciso acudir al criterio de la *“lex artis”* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia 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 curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007).

En el presente caso, la reclamación de responsabilidad patrimonial contra la Administración se funda, como se ha señalado, en la infección alimentaria, producida por la bacteria “*Listeria Monocytogenes*”, que, se dice, desarrolló el paciente al ingerir comida del... durante su ingreso en el Servicio de Cardiología-Unidad... tras presentar un “dolor torácico de tipo anginoso”.

Por ello, y al objeto de centrar el asunto controvertido, procede señalar que el daño por el que reclaman los interesados no es por la atención sanitaria dispensada al paciente fallecido, señor... -pues en ningún momento se cuestiona la atención asistencial que recibió-, sino que deriva de la infección adquirida en el Centro Hospitalario al estar infectada, a su juicio, la comida suministrada al paciente por bacterias patógenas.

Así las cosas, no se entrará a valorar si la atención dispensada a don... resultó conforme a la “*lex artis*” o no, por no resultar determinante en forma alguna para la resolución de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la esposa y las hijas de fallecido por defectuoso funcionamiento de los servicios sanitarios, en concreto del...

La cuestión que ha de resolverse se circunscribe a determinar si el paciente fallece a consecuencia de haber ingerido una comida infectada por la bacteria *Listeria monocytogenes* suministrada por el Centro sanitario, tras su ingreso en él, el 31 de enero de 2013.

Consta acreditado, como se ha señalado en los antecedentes, que don... de 62 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, lupus eritematoso sistémico con afección cutánea, poliserositis y renal (insuficiencia renal crónica), fue diagnosticado en el año 2003 de cardiopatía isquémica”, con angina de esfuerzo, implantándosele stents intracoronarios.

A finales de 2012, don...comenzó a sufrir episodios de “Angina de esfuerzo” y “Taquicardia auricular”, por lo que ingresó el 29 de diciembre de

2012 en el Servicio de Cardiología-Unidad Coronaria, del... El 4 de enero se le practicó un cateterismo cardiaco, y se le implantó un nuevo stent. A la vista de su buena evolución se le dio de alta el día 18 de enero de 2013, aunque tuvo un empeoramiento de la función renal y aparición de las lesiones cutáneas, que se trataron con corticoides.

El 31 de enero de 2013 acudió al Servicio de Urgencias del... por presentar “dolor torácico de tipo anginoso”, quedando ingresado en el Servicio de Cardiología–Unidad Coronaria del... hasta el 18 de febrero de 2013, en que fue trasladado al Servicio de Reumatología tras realizarle cardioversión eléctrica.

En dicho Servicio se iba a proceder al tratamiento con Rituximab, pero no llegó a realizarse por encontrarse serología de virus B (AntiHBc), iniciándose un tratamiento con antivirales. El día 19 de febrero de 2013, a la vista de que presentaba fiebre sin foco aparente, se realizaron hemocultivos.

En el informe emitido el 21 de febrero se detectó la presencia de la bacteria “*Listeria monocytogenes*”. Posteriormente, se le hizo una resonancia cerebral, y se encontraron abscesos cerebrales relacionados con la infección.

Según el relato expuesto, resulta acreditado que el señor... no presentaba en la fecha del segundo ingreso, el 31 de enero de 2013, síntoma externo alguno relacionado con la presencia de la bacteria patógena de la “*Listeria monocytogenes*” y que las primeras manifestaciones (un cuadro de fiebre sin foco aparente) aparecen durante su segundo ingreso en el Servicio de Cardiología-Unidad Coronaria del..., una vez transcurridos varios días de estancia en el Hospital, cuando es trasladado al Servicio de Reumatología el 18 de febrero de 2013.

Se da además la circunstancia, de que, a raíz de la detección de la bacteria patógena en el paciente, se realizaron varios controles alimentarios en el servicio de cocinas del... y en uno, llevado a cabo el 22 de febrero de 2013, se detectó la bacteria “*Listeria monocytogenes*” en platos

precocinados y contaminación fecal con presencia de la bacteria E. coli en los espaguetis.

Todo lo cual permite presumir a las reclamantes que la bacteria patógena de la Listeriosis, causante del fallecimiento de su esposo y padre, se contrajo mediante la ingesta de alimentos suministrados por el centro sanitario, dada, por otra parte, “la cantidad de deficiencias en la seguridad alimentaria que el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, detectó durante los meses de enero, febrero y marzo de 2013 (coincidiendo con el ingreso de D...) en las sucesivas inspecciones que se realizaron a la Mercantil “...” en las cocinas del...”, según el relato de la reclamación.

Sin embargo, examinada la documentación de que dispone este Consejo para formar su convicción, en el expediente, no se encuentra base suficiente para despejar cuál fue en realidad la fuente determinante de la infección contagiosa y, por tanto, la causa del fallecimiento del paciente y de los indudables perjuicios derivados de ello para las reclamantes.

Los informes periciales obrantes en el expediente son concluyentes en el mismo sentido de negar todo nexo causal entre la actuación de la Administración sanitaria, en concreto, la ingesta de los alimentos suministrados en el centro hospitalario al paciente y la infección sistémica y Listeria monocytogenes, contraída por el paciente que determinó su fallecimiento.

Así, del Informe del Jefe de Servicio de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental, y emitido por éste, con fecha 26 de diciembre de 2013, se desprende que:

*“4.No existe relación causal entre la enfermedad padecida por el Paciente y la posible ingestión de la lasaña vegetal en la que se determinó la presencia de Listeria monocystogenes, ya que se trata de cepas de diferentes serotipos.*

*5. Desde el punto de vista epidemiológico, resulta poco factible que solamente se haya declarado el caso de D..., teniendo en cuenta, que son muy numerosos los usuarios del servicio de comidas del... hospitalizados en las mismas fechas que el Paciente, siendo relativamente frecuente la presencia de pacientes hospitalizados con características y vulnerabilidad similares a las de D... y teniendo en*

*cuenta que la totalidad de casos de listeriosis se declaran por el Servicio de Medicina Preventiva.*

*6. Las deficiencias encontradas en los procedimientos y en la gestión de la seguridad alimentaria de las cocinas del... a partir de enero de 2013, constituyen un indudable riesgo para la seguridad de los alimentos producidos y servidos, aunque no existe una relación causa-efecto obligada entre las condiciones del servicio de comidas y la aparición de enfermedades de transmisión alimentaria”.*

Por su parte, el informe pericial emitido por... con fecha 21 de junio de 2014, refiere que:

*“1. El paciente presentó infección sistémica y cerebral por Listeria monocytogenes en el seno de tratamiento con corticoides a dosis altas por enfermedad autoinmune. Este hecho está descrito de manera amplia en la literatura médica y el tratamiento con corticoides en un factor predisponente para la aparición de este tipo de infecciones. Otros factores predisponentes del paciente, que aparecieron posteriormente, fueron los tumores sólidos (carcinoma de próstata y de tiroides) encontrados en la autopsia.*

*2.- El paciente podía estar colonizado antes del ingreso en el hospital, y desarrollar la enfermedad durante el ingreso debido a la inmunosupresión favorecida por el propio ingreso y el tratamiento con corticoides a altas dosis. El periodo de incubación de la enfermedad así lo podía manifestar (periodo de incubación de 1-91 días, el paciente estuvo fuera del hospital del 18 al 31 de enero, 13 días).*

*3.- El serotipo de la Listeria que tenía el paciente y la que se encontró en los alimentos del hospital eran completamente diferentes, lo que demuestra que el paciente no se infectó con la bacteria que contenían los alimentos del hospital.*

*4.- Tras el diagnóstico de la enfermedad por Listeria, todas las actuaciones de los servicios sanitarios fueron acordes a la buena práctica clínica, y el paciente falleció porque se trataba de una enfermedad grave en un paciente con factores de riesgo y en mala situación clínica”.*

El informe pericial técnico aportado por la entidad aseguradora codemandada, realizado por don..., del Gabinete de Peritación Veterinaria... S.L., coincide igualmente en las mismas apreciaciones:

*“Primera.- Que la determinación de un serotipo específico de Listeria monocystogenes en un alimento, debe mantenerse este serotipo en la determinación como agente patógeno en un ser vivo, no siendo*

*compatible, que se establezca nexo causal entre un alimento y un paciente cuando los serotipo de L. monocytogenes tienen serotipo diferente.*

*Segunda.- Que la bacteria serotipada como serotipo 3a (...) no tiene relación con la bacteria serotipo 4 b (...).*

*Tercera.- Que el periodo de incubación medio de la listeria monocytogenes es de 3 semanas, coincidiendo en el caso de la muestra nº 50521047-1 (Placa de Agar sangre) con el periodo en el que el paciente de la especie humana se encontraba en su domicilio”.*

Por lo expuesto, se debe determinar que no existe ningún dato que permita afirmar que el paciente se infectó con la bacteria que contenían los alimentos del hospital, toda vez que la bacteria infecciosa que condujo a la muerte al paciente no se identifica con la *listeria monocytogenes* encontrada en los alimentos, y no puede apreciarse, ni siquiera por vía indiciaria o presuntiva, la acreditación de la infección por las deficiencias observadas en los controles realizados al nuevo servicio de cocina del...

No se ha aportado por las reclamantes ningún informe que contradiga lo anteriormente señalado, de manera que acredite de forma suficiente la conexión entre la mera estancia del paciente en el centro hospitalario y la infección de la bacteria.

Se desconoce cómo se ha producido la infección. Y las pruebas que permiten evaluar la procedencia de la infección son complejas, pudiendo ser el origen incluso completamente ajeno a la sola posibilidad de contagio en el centro sanitario, dado que el periodo de incubación de la listeria puede alcanzar hasta 90 días y, en este caso, el paciente permaneció durante el periodo previo a la infección (entre el 18 y 31 de enero de 2013) en el domicilio, de manera que no se descarta el contagio extrahospitalario.

Siendo así el tema tan confuso y abierto, y no pudiéndose determinar con los datos obrantes en el expediente cuándo ni cómo se produjo el contagio, han de ser rechazadas las afirmaciones realizadas en el escrito de reclamación de que la infección y la posterior muerte del paciente fuera por la ingesta de alguno de los alimentos suministrados, ni por las condiciones higiénicas y de seguridad alimentaria del...

En consecuencia, no puede considerarse acreditada la existencia de una actuación de la Administración Sanitaria determinante de un daño que las reclamantes no tengan el deber jurídico de soportar, y por el que pudiera reconocerse la existencia de una responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra en favor de las reclamantes.

### **III. CONCLUSIÓN**

El Consejo de Navarra considera que debe ser desestimada la reclamación sobre responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, formulada por doña..., doña... y doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios como consecuencia del fallecimiento en el... de don..., esposo y padre de las reclamantes.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.