



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 526/2020

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 3 de diciembre de 2020.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) y (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 474/2020 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado el 6 de noviembre de 2020 por oficio del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad (con entrada en el Consejo Consultivo el 9 de noviembre de 2020), es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual, iniciado el 24 de enero de 2020, por (...) y (...), en representación de (...), solicitando una indemnización como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada a su madre, fallecida, por parte del Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. La interesada cuantifica la indemnización que solicita en 30.400 euros, lo que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias.

3. Resultan aplicables la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPACAP) y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, ya en vigor en la

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

fecha en la que se interpone la reclamación de responsabilidad patrimonial: 28 de enero de 2020 (DT3ª LPACAP).

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

II

1. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

En relación con la legitimación activa de la reclamante, resulta aplicable la doctrina contenida en los Dictámenes de este Consejo Consultivo n.º 245/2015, de 6 de julio; 405/2015, de 6 de noviembre; 66/2020, de 3 de marzo, 385/2020, 8 de octubre o 407/2020, 14 de octubre, de los cuales resulta que la legitimación de la hija de la fallecida se ejerce a título propio, en concepto de daño moral, por el lazo afectivo que le unía a aquella, y no a título hereditario, ya que la fallecida nunca ejerció en vida una acción que pudiera integrarse a su muerte en su patrimonio.

2. El órgano competente para resolver es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la citada Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, en relación con la Resolución de 23 de diciembre de 2014 por la que se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

3. La reclamación de responsabilidad patrimonial se interpone dentro del plazo de un año a que se refiere el art. 67 LPACAP, ya que el fallecimiento se produce el 16 de febrero de 2019 y la reclamación de responsabilidad patrimonial se interpone el 24 de enero de 2020.

III

La reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta en representación de (...) se basa en los siguientes hechos:

«PRIMERO.- (...), tristemente fallecida, sufrió una caída en su domicilio el día 1 de febrero de 2019, por lo que acudió al Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, en Santa Cruz de Tenerife, y tras una observación le recetaron paracetamol y le dieron el alta. Es misma noche al intentar incorporarse se cayó nuevamente, haciéndose una herida en su pierna y siendo trasladada en ambulancia al servicio de urgencias del mismo Hospital público, presentando un dolor intenso a nivel lumbar que le impedía mantenerse en pie y aquejando múltiples golpes.

De la exploración física realizada se destacó lo siguiente: "A nivel locomotor destacan múltiples hematomas en extremidades superiores e inferiores, con lesiones cutáneas de diferente consideración y profundidad, precisando curas locales". Y tras realizar una radiografía lumbar y una de pelvis se diagnosticó: "Policontusiones. Fractura aplastamiento L4". Se aporta dicha valoración en Urgencias del día 2 de febrero de 2019 como Documento n.º 3.

Se decidió entonces mantenerla ingresada, presentando mejoría sintomática el día 4 de febrero, aunque con ligera limitación funcional por heridas en extremidades. Ese mismo día se indica que la paciente podía ser dada de alta desde el punto visto médico, sin embargo, como vivía sola, estando su hija en La Gomera, se decide que continúe ingresada ante la imposibilidad de valerse por sí misma para las necesidades básicas, manteniéndola en observación.

Durante su estancia en el Hospital se le realizaron curas locales de las lesiones cutáneas que presentaba junto con los múltiples hematomas. Finalmente, el día 6 de febrero se decidió dar el alta con recomendación de seguimiento por su médico de cabecera y en caso de empeoramiento acudir nuevamente al servicio de urgencias. Se aporta dicho informe clínico como Documento n.º 4.

SEGUNDO.- Al día siguiente, (...) volvió a acudir a Urgencias al haber estado por la noche con náuseas tras tomar el Metamizol, notándose en la mañana de ese 7 de febrero con sequedad de mucosas, por lo que se le realizó una analítica, se comprobó su falta de tolerancia a líquidos junto con la continuación de náuseas y un vómito, decidiendo ponerla en dieta absoluta. Pasaban los días y la paciente continuaba nauseosa y mareada, constando que el día 9 de febrero tan solo toleró una manzanilla, por lo que se la volvió a dejar en observación. Respecto de las heridas en los diferentes miembros se dice que tienen aceptable aspecto, pero ligeramente mal olor en la pierna izquierda, por lo que se decidió ajustar el tratamiento con Clindamicina. Se aporta esta información en el Documento n.º 5.

Así es que la herida de la pierna iba empeorando, constando en el resumen evolutivo del día siguiente: "miembro inferior izquierdo con dehiscencia herida en zona prerotuliana y zona gemelar hasta tobillo, última con aspecto necrótico y mal olor". Es por ello, que se decidió recoger cultivo de ambas heridas. Pues bien, de dicho cultivo de una muestra del exudado de herida se detectó el *Staphylococcus aureus*. Aportamos el informe de Resultado de Pruebas de Laboratorio como Documento n.º 6.

Sobre esta bacteria cabe destacar que es la más peligrosa de todos los estafilococos. Las infecciones por estafilococo pueden volverse mortales si las bacterias invaden el organismo e ingresan en el torrente sanguíneo, las articulaciones, los huesos, los pulmones o el corazón. De hecho, los signos y síntomas que aparecen con este tipo de infección son algunos de los que R. venía presentando, tales como náuseas y vómitos.

La bacteria *Staphylococcus aureus* está presente en un porcentaje más alto en los pacientes que están hospitalizadas o en aquellos que trabajan en un hospital. La bacteria se puede propagar principalmente de persona a persona por contacto directo o a través de objetos contaminados. Precisamente una circunstancia que aumenta el riesgo de contraer una infección por estafilococos es una herida abierta o llaga, y (...) presentaba varias. Además, padecía de enfermedades crónicas de tipo cardiovascular, tal y como consta en los Antecedentes personales de sus historiales clínicos, lo cual es un factor de mayor vulnerabilidad a las infecciones por agentes patógenos oportunistas. Es importante destacar que la paciente no contaba con dicha infección con anterioridad a su ingreso en el Hospital público canario.

TERCERO.- Al día siguiente, 11 de febrero de 2019, ante la presencia de la herida sobreinfectada maloliente en pierna izquierda, dolorosa y necrótica que había empeorado en los últimos 4 días, se solicitó interconsulta con Medicina Interna, emitiendo el siguiente diagnóstico: "Policontusiones. Fractura aplastamiento L4. Sobreinfección de herida MMII IZQ". Esta información junto con la descrita de los días anteriores se recoge en el Curso clínico de Urgencias que se aporta como Documento n.º 7.

Ese mismo día acudió al médico de medicina interna siendo el motivo de la consulta: heridas inciso-contusas con signos de infección. De la exploración física se describe que, tal y como informa el personal de enfermería, la herida presenta bordes negruzcos que requieren limpieza, con tejido viable en profundidad, decidiéndose mantenerla en observación. Se aporta la valoración por MIR como Documento n.º 8.

El día 12 de febrero se decidió hacer interconsulta a Plástica para valoración por las dificultades que presentaba la cura, y que en caso de encontrarse mejor pudiese continuar con el seguimiento en casa. Se le proporcionó fentalino por dolor intenso tras la cura de ese día.

Al día siguiente, tras la realización de otro cultivo en el que se vuelve a encontrar la bacteria del *S. Aureus*, se decidió suspender tratamiento con Clindamicina y mantener

levofloxacino, y junto con la petición de su hija, se ingresó a la paciente en Geriátría, manteniendo las curas de la herida con agua y jabón tras ya haberse valorado por cirugía plástica, recomendándole pedir cita para dentro de 1 mes.

Esa misma noche (...) sufrió un cuadro séptico con hipotensión, taquicardia, disminución ritmo diuresis, vómitos, diarrea, dificultad respiratoria (...) por lo que se administró expansores volumen sin mejoría, se aumentó cobertura antibiótica y finalmente se inició perfusión de fentanilo para control sintomático. Ante esta situación el día 15 de febrero se informó a la hija de la gravedad de la situación y del mal pronóstico derivado de ella. Se aporta como documento acreditativo de estos hechos el Curso Clínico MIR como Documento n.º 9.

CUARTO.- Finalmente, ante la irreversibilidad del cuadro que presentaba la paciente, los datos de sufrimiento y la dificultad para controlar síntomas se decidió retirada de tratamiento activo y se pautó únicamente tratamiento paliativo sintomático, falleciendo (...) el día 16 de febrero de 2019. Se aporta el informe clínico de alta del servicio de medicina interna-geriátría como Documento n.º 10 y certificado de defunción como Documento n.º 11.

Respecto de la autopsia realizada por la Doctora (...) del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses Santa Cruz de Tenerife informa de lo siguiente:

-Respecto de la Información aportada en el levantamiento (Médico forense de Guardia): "en los días posterior al ingreso comienza a mostrar signos de sobreinfección de la herida, que empeoran a pesar del tratamiento, desarrollando una sepsis, produciéndose finalmente la muerte por fallo multiorgánico el 16/02/19".

-Como conclusiones médico forenses: "SEGUNDO.- Que la causa fundamental o principal, es un cuadro de Politraumatismo. Fractura - aplastamiento lumbar L4. Herida de miembro inferior izquierdo. Sobreinfección de herida de partes blandas. Descompensación de patologías previas. TERCERO.- Que la causa inmediata o última es compatible con un cuadro de Fracaso multiorgánico".

Se aporta el correspondiente informe como Documento n.º 12.

Como conclusión a los acontecimientos ocurridos esta parte viene a destacar el hecho de que (...) acudió al Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria sin infección alguna en su organismo, habiendo sufrido una caída accidental en su domicilio. Sin embargo, durante los días que estuvo ingresada adquirió una infección nosocomial que acabó con su vida semanas después. El hecho de tener una herida abierta es lo que con mayor probabilidad hizo que fuese contagiada por el *Staphylococcus aureus*, lo que finalmente la llevo a una sepsis y un fallo multiorgánico, tal y como se apunta en la autopsia realizada. En ningún caso

se trataba de una enfermedad latente o con la que ya acudiese la paciente al centro de salud.

En este sentido la Jurisprudencia sobre infecciones nosocomiales está bien asentada, tal y como establece la STS 225/2004, de 18 de marzo, que refleja lo que ya entonces era una consolidada doctrina, en los términos siguientes: (...).

QUINTO.- A fin de cuantificar económicamente el daño causado, hemos de acudir a la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación cuya Disposición Adicional Tercera establece que "el sistema de valoración regulado en esta Ley servirá como referencia para una futura regulación del baremo indemnizatorio de los daños y perjuicios sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria".

VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL:

INDEMNIZACIONES POR CAUSA DE MUERTE.

PERJUICIO PERSONAL BÁSICO.

Hija de más de 30 años: Tabla 1.A Categoría 3 Descendiente: 20.000 euros.

PERJUICIO PERSONAL PARTICULAR.

Tabla 1.B. Perjudicado único de su categoría: 25%: 5.000 euros.

Tabla 1.B. Fallecimiento del único progenitor vivo: 5.000 euros.

2.- PERJUICIO PERSONAL PATRIMONIAL.

Sin necesidad de justificación: Tabla 1.C Perjuicio Patrimonial Básico: 400 euros.

SUMA QUANTUM INDEMNIZATORIO: 30.400 €».

IV

1. Principales actuaciones del procedimiento de responsabilidad patrimonial:

1.1. La reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por (...) y (...) en representación de (...) se presenta ante el SCS el 24 de enero de 2020.

1.2. Por Resolución de 31 de enero de 2020 de la Directora del Servicio Canario de la Salud se admite a trámite la reclamación formulada, y se solicitan los informes pertinentes y la historia clínica de la afectada.

1.3. El Servicio de Inspección y Prestaciones emite informe de 16 de junio de 2020 (folios n.º 76-87) el cual, a la vista de la historia clínica y los informes preceptivos, establece el siguiente orden cronológico de los hechos:

«- Paciente de 94 años, que vivía sola y con antecedentes de: Hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva, insuficiencia venosa crónica, osteoporosis, coxartrosis, espondilosis lumbosacra, insuficiencia renal crónica estadio III moderada, entre otras.

Destacar los episodios de caídas, heridas y curas en los años: 2008, 2010, 2012 (2 ocasiones), 2013 (2 ocasiones). En la caída del 23 de septiembre de 2013 por mal estado de la acera, sufrió heridas en miembro inferior izquierdo zona tibial, de 10 cm, necrótica, con infección local que requirió antibioterapia y curas hasta junio de 2014. Se instó un procedimiento de responsabilidad patrimonial contra el Ayto. de Sta. Cruz que finalizó en el Dictamen CCC 265/2015 con una indemnización de 7.124,04 €

Sucesivas caídas, con heridas que requieren suturas, curas, y tratamiento en enero de 2014, diciembre 2015 y enero de 2016. A partir de esta fecha emplea andador para la deambulaci3n.

agosto de 2016, caída con herida en cara interna proximal de la tibia de 10x7 cm.

febrero 2017, caída con herida en rodilla izquierda, se aplican suturas y curas. En pierna derecha herida que por hematoma infectado requirió desbridamiento, curas, además de herida en pierna izquierda zona gemelar de 7 cm por fricci3n, que conllevó curas y desbridamiento quirúrgico por hematoma infectado y control por cirujano plástico hasta agosto de 2017.

agosto 2017: herida en pierna izquierda lado izquierdo gemelar de 7 cm de longitud dejando colgajo de piel.

Nueva caída en noviembre 2017.

Hasta este momento todas las caídas, rozamientos que ocasionan heridas en la piel de miembros inferiores son tratadas mediante curas, antibioterapia en los casos de infecci3n e incluso tratamiento quirúrgico cuando se ha presentado necrosis, con evoluci3n satisfactoria. Es decir, las heridas que ha presentado a lo largo de estos años sufrieron complicaciones e infecciones, a pesar de todos los tratamientos y curas por correctos que fueran.

- En consulta de Atenci3n Primaria de agosto de 2018, se describe "(...) Acudirá a médico natur3pata para valorar las piernas (...)". Presenta: Edemas en ambos tobillos, dolor en cara interna del tobillo izquierdo, variz en cara interna de pierna izquierda.

No existe otra asistencia sanitaria en atenci3n primaria hasta el 24 enero de 2019, que consulta por presentar gran edema en miembros inferiores que drenan líquido seroso. "Refiere que está con un médico privado haciéndose infiltraciones." Se realiza limpieza superficial con antiséptico, se aplica apósito para piel frágil y úlceras así como recomendaciones sobre el cuidado de la piel y hábitos higiénico-dietéticos.

- El 29 de enero de 2019 acude al Centro de Salud acompañada por la asistente de servicios sociales tras sufrir herida mientras realizaba higiene en miembros inferiores. Presenta herida por levantamiento de piel en región tibial anterior por donde supura gran cantidad de líquido seroso limpio procedente de gran edema.

- El 30 de enero se realiza cura por personal de enfermería donde consta: "Edemas en ambos MMII con pérdida de la integridad cutánea en cara interna tobillo izquierdo, laceración 2 cm se practica cura.

- El 31 de enero, el médico de familia acude al domicilio por: aumento de edemas en MMII desde el 14 de enero. Se hace referencia a: "(...) En tratamiento con médico del sur que le hace infiltraciones con suero propio en varices y zonas musculares con dolor (...)"

- El día 1 de febrero de 2019 a las 6:33 horas acude al Servicio de urgencias del HUNSC, por caída desde su propia altura al deambular con andador hoy en domicilio, presentando dolor lumbar y en cadera izquierda, se practican radiografías lumbar y pelvis sin observar patología aguda. Se cursa alta a domicilio.

- Al día siguiente, sábado 2 de febrero de 2019, a las 07:16 h. acude de nuevo al HUNSC. Nueva caída en domicilio. Es diagnosticada de fractura aplastamiento L4. Se prescribe corsé ortesis lumbosacra. Presentaba heridas en: cara (cura), miembro superior derecho (cura), miembro inferior izquierdo (cura, sutura 3/0 y puntos de aproximación).

La analítica de fecha 2 de febrero de 2019 mostraba cifras de leucocitos 16270 discretamente elevada (4,5-11) con neutrofilia (89,6%) linfopenia y PCR 27,63 elevada. Estos marcadores inflamatorios elevados hablan de una infección inespecífica ya existente en el momento del ingreso.

Dada la dificultad o imposibilidad de garantizar los cuidados en el domicilio habitual, solo tiene una hija que reside en La Gomera, se decide mantenerla en observación y cuidados.

Se curan las heridas el día 5 de febrero, sin incidencias. Permanece estable y afebril. Finalmente se cursa el alta a domicilio el día 6 de febrero.

- El 7 de febrero a las 09:03 h acude nuevamente al servicio de urgencias por náuseas tras tomar metamizol en la noche anterior. Hoy en la mañana episodio de náuseas. Se encuentra afebril, se solicita analítica, se observa descenso de hemoglobina (9.5 a 7.7) se trasfunde 1 concentrado de hematíes con el diagnóstico de anemia crónica reagudizada.

Presenta además descompensación de insuficiencia cardíaca que requiere tratamiento deplectivo.

- El 9 de febrero, heridas con ligero mal olor en pierna izquierda, inicia antibioterapia con Clindamicina 300 mg c/ 8 horas. Se realizan curas.

- El 10 de febrero: En turno de mañana, estable y afebril. Se realiza cura y se observa dehiscencia de la herida se recogen dos muestras de exudados de heridas: gemelo izquierdo y rodilla izquierda.

Valorada por Medicina Interna, consta: "Paciente con buen estado general, afebril y hemodinámicamente estable, que ha presentado mejoría de los parámetros analíticos desde su llegada al Servicio de urgencias (...)"

- El 11 de febrero, el cultivo de las muestras recogidas resultó positivo para estafilococo aureus sensible a meticilina (SASM). Se amplía espectro antibiótico a Levofloxacino y cumpliendo los requisitos necesarios se plantea la posibilidad de HADO (Hospitalización A Domicilio).

Comoquiera que no existió disponibilidad de plaza, permanece ingresada.

- Es valorada por cirugía plástica el 12 de febrero, pautando tratamiento y curas. Sin embargo, el 13 de febrero se observa mala evolución de la herida y mala evolución clínica en el turno de tarde.

- En el turno de noche, 22:26 h del día 13 pasa a hospitalización a cargo de Geriátrica. Se amplía cobertura antibiótica a meropenem.

- El 14 de febrero, turno de tarde inicia cuadro de trabajo respiratorio, agravamiento del estado general. Se realiza analítica evidenciando alteraciones de las cifras de parámetros que impresionan de cuadro séptico. Posible broncoaspiración tras vómito, se plantea adecuación de esfuerzo terapéutico a la familia.

- El 15 de febrero nueva recogida de exudados herida, cuyo resultado del cultivo obtenido el 18 de febrero resultó libre de estafilococo, con flora cutánea normal.

En valoración por cirugía plástica, descartan cirugía por el estado general y pautan curas diarias de las heridas. Persiste agravamiento de los síntomas iniciando sedación paliativa aproximadamente a la 01:00 h del 16 de febrero, falleciendo el mismo día a las 08:44 h».

1.4. Con fecha 29 de septiembre de 2020 se notifica a la interesada acuerdo probatorio y trámite de audiencia y el 8 de octubre del mismo año presenta escrito de alegaciones en los mismos términos que la reclamación inicial.

1.5. En este procedimiento no se solicitó el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico (informe de los Servicios Jurídicos, de 22 de septiembre de 2016 relativo al expediente de responsabilidad patrimonial n.º 10/12).

1.6. La Propuesta de Resolución del Ilmo. Sr. Secretario General del SCS, desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se suscribe con fecha 5 de noviembre de 2020.

2. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP), sin embargo, aun expirado éste, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

3. En la tramitación del procedimiento no se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión a los interesados, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

V

1. La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que *«para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

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

- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño».

2. La Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la*

ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

3. Interesa destacar las conclusiones del informe del SIP:

«1.- La reclamante expone: es importante destacar que la paciente no contaba con dicha infección con anterioridad a su ingreso en el Hospital público canario.

Resulta difícil determinar con exactitud el origen de la infección presentada por la paciente ya que, si bien es perfectamente válida la posibilidad de una puerta de entrada del germen a través de las heridas en miembro inferior izquierdo, existen datos, asimismo, muy sugerentes que la infección pudiera estar ya presente en el momento de la llegada al centro sanitario.

- El *Estafilococo aureus* no es un germen de exclusividad hospitalaria, sino que se encuentra perfectamente presente en ambientes extrasanitarios. El principal nicho ecológico del *Estafilococo aureus* en humanos lo constituyen las fosas nasales y la piel siendo fuentes potenciales de infección y un factor de riesgo elevado para subsiguientes infecciones invasivas, demostrándose en reiteradas ocasiones que una gran parte de las infecciones por *Estafilococos aureus* se originan a partir de la F. propia del paciente.

- El *estafilococo aureus* en este caso era sensible a meticilina (SASM), por contra es el *S. aureus* resistente a meticilina (SARM) el patógeno más relacionado con las infecciones en la asistencia sanitaria hospitalaria. Esto es, el origen del germen causante de la infección no es característicamente hospitalario.

- Existían factores de riesgo para la infección como las terapias de infiltraciones en músculos y varices con plasma, practicadas por facultativo privado en fechas previas que pudieran haber inducido la infección o colonización por SAMS. Esto es, las punciones en miembros inferiores realizadas con objeto de las infiltraciones pudieran favorecer la colonización cutánea por *Estafilococo aureus*, que en circunstancias adversas, permitiría el desarrollo de la infección.

- En la analítica realizada a la paciente en el primer contacto en la fecha 2 de febrero de 2019 destaca la existencia de una leucocitosis con neutrofilia, linfopenia y elevación de PCR lo que hace sospechar la existencia de una inflamación/infección inespecífica previa.

2.- No se puede concluir que la infección padecida por la paciente tuviera un origen hospitalario. El único procedimiento invasivo que se le practicó fue la canalización de una vía venosa periférica, la sutura 3/0 de la herida en miembro inferior izquierdo y las curas, que siempre se realizan por personal sanitario perfectamente adiestrado con guantes desechables, apósitos y material estéril así como la adopción de medidas adecuadas.

Existen protocolos de enfermería para canalización de vías periféricas y curas. Todos los materiales empleados en las curas realizadas en el hospital, por tanto, que han contactado con la herida son estériles.

3.-El cultivo de exudados obtenido el 15 de febrero resultó libre de *estafilococo aureus*, con F. cutánea normal. Esto es, la infección ya estaba resuelta.

4.-Se emite informe desfavorable».

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, a la vista de la historia clínica de la interesada, los informes recabados y el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP).

Las circunstancias del caso valoradas en su conjunto hacen que se llegue a la conclusión de que no concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

La razón para desestimar la reclamación se fundamenta en la falta de prueba de que la sepsis que sufrió la paciente de 95 años tuviera alguna relación causal con una infección hospitalaria.

La paciente de muy elevada edad sufrió numerosas caídas y padecía desde 2013 de deterioro de la integridad cutánea, con reiteradas infecciones y tenía importantes patologías previas: Fractura L4, heridas en miembro superior derecho y miembro inferior izquierdo con signos de infección, ICC descompensada, enfermedad renal crónica agudizada, anemia, osteoporosis, hipertensión arterial mal controlada, insuficiencia venosa crónica.

Las conclusiones del informe médico forense concluye que la posible causa principal del fallecimiento es el politraumatismo, además de las heridas y su sobreinfección y como causa inmediata un fracaso multiorgánico.

El único procedimiento invasivo que se le practicó fue la canalización de una vía venosa periférica, la sutura 3/0 de la herida en miembro inferior izquierdo y las curas, que siempre se realizan por personal sanitario perfectamente adiestrado con guantes desechables, apósitos y material estéril, así como la adopción de medidas adecuadas.

En la analítica realizada a la paciente en el primer contacto en la fecha 2 de febrero de 2019 destaca la existencia de una leucocitosis con neutrofilia, linfopenia y elevación de PCR lo que hace sospechar la existencia de una inflamación/infección inespecífica previa.

El estafilococo aureus en este caso era sensible a meticilina (SASM), por contra es el *S. aureus* resistente a meticilina (SARM) el patógeno más relacionado con las infecciones en la asistencia sanitaria hospitalaria. Esto es, el origen del germen causante de la infección no es característicamente hospitalario.

Por otra parte, el cultivo de exudados obtenido el 15 de febrero (día previo al fallecimiento) resultó libre de estafilococo aureus, con flora cutánea normal. Esto es, la infección ya estaba resuelta. Luego de ello no puede deducirse que esta sea la causa principal del fallecimiento. Al respecto, tampoco el informe médico forense que consta en Autos resulta concluyente respecto a que la causa de la muerte fuera la infección, por cuanto señala la concurrencia de otras circunstancias relativas a la salud de la madre de la reclamante.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución sometida a dictamen, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por (...), es ajustada a Derecho.