



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 0 8 / 2 0 2 2

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 27 de octubre de 2022

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 (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 368/2022 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria excede de 6.000 euros (se reclaman 103.891,08 euros), por lo que la solicitud de dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes

* Ponente: Sra. de León Marrero.

de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

4. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). También son aplicables la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la citada Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias y 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.

5. Por último, es necesario manifestar acerca de la legitimación activa en este caso, que la interesada reclama por el daño que le ha supuesto el fallecimiento de su marido, relación que se ha acreditado debidamente a través de la documentación aportada al expediente.

Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, DCCC 221/2021, de 5 de mayo), en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo que le ha ocasionado su fallecimiento, siguiendo su reiterada doctrina emitida al respecto, lo siguiente:

«En cuanto a la legitimación activa de los reclamantes, se plantea el problema jurídico de la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos del paciente fallecido. Caben distintas hipótesis: Una sería aquella que entiende que el daño genera un derecho de crédito para el fallecido que se incorpora a la masa activa de la herencia y se trasmite a sus herederos. Otra, que los herederos sólo pueden reclamar un daño moral a título propio, por los daños personales derivados de la asistencia sanitaria recibida. Sobre si la acción para reclamar el daño moral es transmisible a los herederos, es una cuestión que ha planteado amplio debate doctrinal y jurisprudencial.

A este respecto, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 2 de octubre de 2013 (rec. 780/2006) expone la problemática procesal. Dice este fragmento de la sentencia:

“Ello nos lleva a la vieja problemática relativa al titular del resarcimiento del daño causado por la muerte, donde se prodigan posturas de signo contrario, la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por el vivo que muere y que transmite a título hereditario a sus herederos y la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por los perjuicios que sufren los familiares allegados del muerto por razón de su muerte a título de responsabilidad patrimonial. El criterio del resarcimiento de los familiares perjudicados a título propio se ajusta mejor al norte de la justicia resarcitoria porque, de un lado, permite compensar

perjuicios sufridos por quienes no son herederos y porque simultáneamente evita reconocer indemnización a herederos que no sufren perjuicios por la muerte de la víctima, como sucede con aquellos que no estén ligados afectivamente con la víctima o incluso, con el Estado, cuando, por falta de parientes, es el heredero de la víctima.

En este sentido, la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: “Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como “iure hereditatis”, sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte “iure proprio”, las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien “vida” sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible “mortis causa” a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales “iure hereditatis”.

Nos inclinamos, de acuerdo con la sentencia invocada, por considerar que en este caso se reclama un daño moral, que sólo puede ejercitarse a título personalísimo por los herederos perjudicados y que, por tanto, no es un derecho de crédito que forme parte de la masa activa de la herencia», todo lo cual es aplicable al presente asunto.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presenta la reclamación el 5 de mayo de 2021, habiéndose producido el fallecimiento del marido de la interesada el día 7 de mayo de 2020.

7. Se ha sobrepasado el plazo máximo 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).

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, en el escrito de reclamación formulado se ha manifestado al respecto lo siguiente:

«Primero.- Que mi representada es la viuda de (...) fallecido el 7 de mayo de 2.020, casados y convivientes desde el 29 de junio de 1.973, es decir durante 47 años, según testimonio del Libro de familia e inscripción del matrimonio y de defunción que se adjuntan como documentos nº-2 y 3.

Segundo.- Que (...), contando con 72 años de edad y con antecedentes de miocardiopatía, enfermedad renal crónica y portador de marcapasos, fue derivado desde Arrecife al HUGCDN para tratamiento de su insuficiencia cardíaca descompensada el 26 de diciembre de 2.019, que lo convertía en paciente inmunodeprimido.

Allí se le realiza cateterismo cardíaco que muestra EAC manovaso (DA). Se decide implante de DAI-TRC así como tratamiento percutáneo de la DA.

El día 20 de enero de 2020 se procede al primer procedimiento, no pudiendo implantar electrodo en VI por anatomía venosa no favorable, por lo que se implanta únicamente bobina en VD y se plantea, en caso de mala evolución clínica, candidato a implante de electrodo epicárdico. El día 21 de enero de 2.020, episodio de insuficiencia cardíaca aguda por FA rápida y descargas inapropiadas del DAI secundarias a macrodislocación del cable de VD, con necesidad de estancia en UMI. El día 22 de enero se coloca nuevo cable de DAI sin incidencias y vuelve a planta el 25 de enero de 2.020.

El día 27 de enero, sufre episodio de tiritona y fiebre en contexto de bacteriemia por Klebsiella Oxytoca y Proteus Vulgaris, e ITU por Klebsiella Oxytocy Pseudomonas aeruginosa, cumpliendo tratamiento antibiótico con Ceftazidima durante 14 días.

El día 28 de febrero de 2.020 sufre un nuevo episodio de fiebre y tiritona en contexto de bacteriemia, esta vez con foco en cateter, por Staphylococcus Aerus, aplicándose tratamiento antibiótico con Cloxacilina y Daptomicina y Cefazolina, finalizando el 30 de marzo de 2.020, y se acuerda traslado secundario del HUGCDN al Hospital Dr. José Molina Orosa de Arrecife.

Se acompaña informes de la atención recibida en el HUGCDN como documento nº-4.

Tercero.- En los análisis previos a ese ingreso, no se detectó ningún tipo de infección, pero entre los días 27 de enero y 29 de febrero de 2.020 los análisis de microbiología del HUGCDN, indican la presencia de infección por varias bacterias Klebsiella Oxytoca, Pseudomonas aeruginosa, Proteus Vulgaris, y Staphylococcus aureus (documento nº-5).

Cuarto.- Fue derivado nuevamente al hospital de Arrecife, cuya evolución se describe en el documento nº- 6 que se acompaña, falleciendo en ese hospital el día 7 de mayo de 2.020 por sépsis por Enterococos faecalis (véase informe de éxitus que se aporta como documento nº-7).

Quinto.- Que mi representada ha sufrido un evidente daño moral, por la pérdida de su familiar, por lo que aplicando orientativamente lo previsto en 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, de aplicación en el año 2.020 conforme con lo dispuesto en su disposición Adicional Tercera, que expresamente indica que se tomará como referencia en materia sanitaria casos como el presente, esta parte ha calculado que la cuantía indemnizatoria que corresponde a la afectada asciende a la suma de 103.891,08

euros, en función de la edad de la víctima y el tiempo de convivencia del matrimonio, como establece la Resolución de la Dirección General de Seguros de 30 de marzo de 2.020».

2. La interesada reclama porque considera que *«En conclusión cabe decir, que el deficiente control de la debida asepsia hospitalaria, derivó en las infecciones nosocomiales sufridas por el mismo, unida al déficit en el tratamiento y la falta de información correspondiente, ha desembocado en el fallecimiento del esposo de mi representada, que constituye una infracción a la lex artis y consecuente responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria de esta Comunidad Autónoma, al haberse ocasionado a la misma, un daño evidente que se ha concretado en ese daño moral, existiendo una innegable y directa relación de causalidad entre dicha actuación de la administración y el resultado dañoso que se ha producido; siendo además evaluable económicamente e individualizado, que no tiene el deber jurídico de soportar».*

3. Para realizar una adecuada determinación de los antecedentes de hecho se ha de tener en cuenta lo manifestado en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), especialmente en el resumen de los hechos que consta en el mismo, siendo lo siguiente:

«1.-HTA. Diabetes Mellitus tipo 2. Dislipemia. Hiperuricemia. Enfermedad renal crónica. AOS con CPAP nocturna. Neurinoma del acústico intervenido. Sospecha de meningioma tentorial lado derecho en estudio por neurología.

En Coronariografía realiza en el año 2007: Hipertrofia ventricular izquierda, disfunción sistólica ligera (FEVI 56%) con coronarias sin lesiones, ectásicas pero sin lesiones, dilatación leve AI. SPECT MIBI del mismo año negativo para la detección de isquemia inducida por estrés mixto (discreta hipoactividad en cara inferior tras estrés mixto que se mantiene en el estudio en reposo).

En el año 2011 insuficiencia cardíaca congestiva, con disnea a moderados esfuerzos (subir escaleras) y aumento de edemas en zonas declives.

El 26 de junio de 2013 se le implanta marcapasos definitivo. FA permanente. BRIHH.

En octubre de 2017 ingresó en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN) por ICC con disfunción VI leve y datos sugestivos de IAM inferior sin evento clínico.

2.-Ingresó en el Servicio de Cardiología del Hospital Dr. José Molina Orosa, el 19 de diciembre de 2019, por ICC con FEVI severamente deprimida, en ritmo intermitente de marcapasos VVI.

Disnea progresiva de 1 año de evolución con empeoramiento de su clase funcional y síntomas de IC. El 22 de diciembre presenta tendencia a la hipopotasemia por lo que se ajusta el tratamiento.

Se traslada al HUGCDN, el 26 de diciembre de 2019, para cateterismo y valoración de upgrade de marcapaso unicameral a MCP. a DAI-TRC.

3.-Ingresa el 26 de diciembre de 2019 en el HUGCDN para cateterismo cardíaco.

El 27 de diciembre se realiza, por el Servicio de Cardiología de forma programada, cateterismo izquierdo bajo el diagnóstico de Disnea NYHA (III) e insuficiencia cardíaca. Enfermedad miocárdica (Miocardiopatía dilatada): Ventrículo izquierdo: Volumen diastólico final de 287ml (dilatado moderado), fracción de eyección de 40 % (disfunción severa) e hipocinesia en segmento diafragmático. Coronariografía EAC monovaso (DA). Tronco: Sin lesión coronaria.

DA: Con lesión calcificada del 70% en tercio proximal y con lesión larga y calcificada del 95% en tercio distal en tandem subocluida con flujo TIMI I. CX: Sin lesión coronaria, con calcio, resto con irregularidades sin lesiones.

CD: Con lesión no significativa calcificada del 50% en tercio proximal. Dominancia derecha.

En Ecocardiograma realizado el 7 de enero de 2020: Miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica VI global severa. Disfunción ligera VD. Disfunción diastólica grado II. Dilatación AI. IAo ligera.

Tras comentar el caso en sesión clínica, se decide implante de DAI-TRC así como tratamiento percutáneo de la DA.

El 20 de enero de 2020 se procede al primer procedimiento, no pudiendo implantar electrodo en VI por anatomía venosa no favorable, por lo que se implanta únicamente bobina en VD y se plantea, en caso de mala evolución clínica, candidato a implante de electrodo epicárdico. El día 21 de enero episodio de insuficiencia cardíaca aguda por FA rápida y descargas inapropiadas del DAI secundarias a macrodislocación del cable de VD, con necesidad de estancia en UMI. El día 22 de enero se coloca nuevo cable de DAI sin incidencias. Regresa a planta el 25 de enero.

El día 27 de enero sufre episodio de tiritona y fiebre sin clara focalidad infecciosa concomitante. Porta sonda vesical con débito hematúrico y dos vías periféricas sin signos de flogosis.

Se inicia tratamiento empírico con Linezolid + Meropenem IV, y se solicita interconsulta a UEI. (unidad de enfermedades infecciosas). Se ajusta tratamiento: Ceftazidima 1g c/24h IV + Linezolid 600 mg c/12h I.

JC: Pico febril en paciente portador de MCP, como foco es portador de sonda vesical. Se recoge urocultivo y hemocultivos. Se indica nuevo urocultivo al realizar el recambio de sonda vesical.

Tras aviso desde microbiología de aislamiento de BGN (bacilo gram negativo) en hemocultivos extraídos se retira linezolid. Se mantiene ceftazidima.

En hemocultivo se aísla *Klebsiella oxytoca* y *Proteus vulgaris*, multisensibles. En Urocultivo *P. aeruginosa*, multisensible.

El Juicio clínico establecido por la UEI: Bacteriemia por *Klebsiella oxytoca* y *Proteus vulgaris*. ITU por *P. aeruginosa* y *Klebsiella oxytoca* en paciente portador de sonda vesical (recambiada).

Se indica seguir con Ceftazidima 1g c/24h (ajustada por función renal). Repetir HC x2 la siguiente semana. Cumple tratamiento antibiótico con Ceftazidima durante 14 días.

Posteriormente, y dada la evolución tórpida del paciente, se realiza estudio de viabilidad miocárdica mediante SPECT, sin evidenciarse isquemia inducible en territorio anterior, por lo que se decide no revascularizar la DA.

El 10 de febrero de 2020 se escribe: RFA en control del 2 de febrero. Tos seca con difícil expectoración, además ha presentado hematomas en tronco y MMSS con anemia secundaria e ICC agudizada. EF: TA 100/60, FC 54. SaO2 97% con GN2L. Taquipneico sin trabajo respiratorio. AP roncus y crepitantes hasta campos medios. HC x2, 7/2: en curso. Bacteriemia por *K. oxytoca* y *P. vulgaris*. ITU por *P. aeruginosa* y *K. oxytoca*. Plan: Ha cumplido 14 días de tratamiento, se suspende antibioterapia. Se recuerda retirar sonda de forma precoz. En caso de persistir clínica respiratoria recoger exudado para descartar gripe.

El día 28 de febrero sufre nuevo episodio de fiebre y tiritona en contexto de bacteriemia, esta vez con foco en catéter PICC, por *Staphylococcus aureus* meticilin sensible, retirándose el PICC y cumpliendo tratamiento antibiótico dirigido inicialmente con Cloxacilina y Daptomicina y posteriormente desescalan antibioterapia a Cefazolina, hasta 1 mes tras hemocultivos negativos (fin el 30 de marzo).

En la valoración del 2 de marzo: MMII con edemas fovea + hasta 1/3 distal, pequeñas heridas costrosas de rascado en ambos tobillos, pulsos pedios y radiales presentes y simétricos JC: Bacteriemia nosocomial por SAMS, probablemente por catéter, menos probable en relación a posible origen cutáneo.

Fue indicado hemocultivo de control cada 72 horas hasta negativización así como ecocardiograma transesofágico para descartar infección del DAI.

En ecocardiograma transesofágico de 6 de marzo de 2020, miocardiopatía isquémica. No datos de endocarditis bacteriana.

Otras incidencias: anemización aparentemente en contexto de hematoma en pared abdominal por pinchazos de HBPM, pasando a dosis diaria única y posteriormente a ACOD (Apixaban), sin nuevas incidencias; difícil control glucémico con insulina y numerosos episodios de hipoglucemia en relación con disminución de la ingesta; dos episodios de artritis monoarticular con buena respuesta a Nuvacthen subcutáneo. Ha recibido sesiones de rehabilitación motora durante el ingreso. Varios intentos de inicio de Sacubitrilo/Valsartan con mala tolerancia por hipotensión marcada y deterioro de función renal. Ha tolerado Espironolactona hasta 25 mg, Valsartan 40 mg Bisoprolol hasta 5 mg diarios. Buena evolución clínica posterior, con mejoría de la función renal hasta Cr similares a basales y sin nuevas anemizaciones ni hipoglucemias, por lo que se decide el alta hospitalaria, previa revisión del DAI. Al alta, no angina ni semiología de insuficiencia cardíaca.

Se traslada al Hospital Dr. José Molina Orosa.

Se cita a revisión en la consulta de marcapasos el 15 de septiembre de 2020.

4.-Acude al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa el 18 de abril de 2020 por fiebre, desde ese día, acompañada de malestar general y tos de 48 horas de evolución. TA a la llegada 86/60 mmHg. No disnea, sí taquipnea, alguna diarrea aislada en días pasados. Refiere la familia que lleva 3 días desorientado, incontinencia fecal y urinaria.

No náuseas, no vómitos, no dolor abdominal ni torácico. No clínica miccional. No ha tomado tratamiento antibiótico desde el alta. Valorado por Médico de UCI. En analítica destaca acidosis metabólica de probable origen multifactorial (insuficiencia renal e hipotensión), insuficiencia renal reagudizada, aumento de reactantes de fase aguda.

A la exploración sin focalidad neurológica, hipoperfusión generalizada con cianosis distal, TA 83/40 mmhg, taquipnea con desbalance toracoabdominal, con insuficiencia respiratoria probablemente mixta.

Informa la UCI que atendiendo a los antecedentes personales del paciente con cardiopatía severa de base, no le consideran subsidiario a la adopción de medidas agresivas (no intubación orotraqueal, si PCR no RCP, etc) ni por tanto de ingreso en UCI.

Se recomienda tratamiento médico, aumentar el tratamiento antibiótico con meropenem y amikacina (antecedentes de infección por Klebsiella, pseudomona, etc) valorar si mala evolución añadir daptomicina. Descartar Covid 19.

Ingresa a cargo del Servicio de Medicina Interna bajo el juicio clínico de síndrome febril a filiar foco en paciente con ingreso largo previo y comorbilidades.

Entre las pruebas complementarias:

En hemocultivo extraído el 18 de abril se aísla Enterococcus faecalis, sensible a todo según antibiograma.

Exudado de herida (toma del 22 de abril). Gram: No se observan gérmenes. Cultivo aerobio: se aíslan escasas colonias de Staphylococcus aureus. Todos los estafilococos sensibles a cloxacilina, sensibles a cefalosporinas y betalactámicos resistentes a betalactamas (Amoxicilina-ac clavulancio) Según antibiograma sensible a todo salvo Penicilina G.

Inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro y luego dirigido según resultado de antibiograma.

Ecografía abdominal (22 de abril): Ambos riñones se encuentran normo posicionados, tienen tamaño normal. El parénquima renal está conservado, con una adecuada diferenciación corticomedular y sin evidencia de litiasis o dilatación del sistema excretor. Se visualiza un quiste cortical de 20 mm en el polo superior del riñón derecho. Vejiga urinaria levemente distendida con contenido hipocogénico homogéneo. Hígado con el tamaño conservado y aumento difuso de la ecogenicidad en relación con hígado graso. Vesícula biliar de paredes finas y alitiásica. Área pancreática parcialmente visualizada sin anomalías ecográficamente visibles. Bazo de tamaño normal y ecoestructura conservada. No se visualiza líquido libre abdominopélvico.

Ecocardiograma: MCD con disfunción VI severa. No signos de endocarditis.

En ileocolonoscopia completa (4 de mayo): Pólipo de colon. Diverticulosis en colon izquierdo. Hemorroides internas no complicadas.

Eco-doppler hepático sin hallazgos de interés patológico: Estudio dificultoso debido a muy escasa colaboración del paciente. Porta de calibre normal sin alteraciones en las velocidades y con flujo hepatópeto. No se identifican alteraciones hemodinámicas ni espectrales de la arteria hepática y ramas proximales intraparenquimatosas. Venas suprahepáticas sin signos de trombosis ni otras alteraciones de interés patológico. Sin otros hallazgos de interés patológico en el estudio eco-Doppler hepático.

Inicialmente buena respuesta clínica. Se objetiva trastorno de la coagulación con Quick disminuido e INR elevado.

Se realiza interconsulta al Servicio de Hematología que objetiva disminución de todos los factores de la coagulación siendo sugestivo de problemas hepáticos.

Presentó empeoramiento progresivo de la función hepática. El 6 de mayo, valorando evolución y pruebas complementarias impresiona que está haciendo un fallo hepático con un bajo gasto. Se reajuste tratamiento por los Servicios de Digestivo y Cardiología sin éxito.

Se informa a los familiares que dada su patología y estado basal no es candidato a medias agresivas.

Exitus el 7 de mayo de 2020.

Diagnóstico principal: Sepsis de origen digestivo por enterococos faecalis en paciente recientemente hospitalizado. Exitus. Otros diagnósticos: Miocardiopatía dilatada de origen isquémico. Disfunción VI severa. Enfermedad renal crónica. HTA. DM tipo 2. Dislipemia. Fibrilación auricular».

III

1. El procedimiento comenzó a través de la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 5 de mayo de 2021.

El día 20 de mayo de 2021, se dictó la Resolución n.º 2.618/2021 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación de la interesada.

2. El presente Procedimiento cuenta con el informe de SIP, el informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. José Molina Orosa, el informe del Servicio de Medicina Interna - Unidad de Enfermedades Infecciosas- del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN) y el del Servicio de Medicina Preventiva de este último Centro hospitalario.

En el informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital José Molina Orosa se afirma acerca del último ingreso hospitalario del esposo de la interesada, el que finalizaría con su fallecimiento el día 7 de mayo de 2020, que:

«El ingreso en el Hospital Dr José Molina Orosa se produce 17 días después por una sepsis por Enterococcus faecalis, un germen no presente en los Hemocultivos ni Urocultivo previos del Dr Negrín, repitiendo el Ecocardiograma que descarta nuevamente Endocarditis, por lo que de ninguna manera puede relacionarse fehacientemente con el ingreso previo. El origen de la bacteriemia no está claro, ya que aunque dicho germen puede colonizar las heridas, no se aisló en el cultivo de la herida quirúrgica ni tampoco se objetivó patología que lo justificara en la Colonoscopia realizada.

Por otra parte, en el cultivo del exudado de la herida quirúrgica se aislaron en nuestro Hospital escasas colonias de Staphylococcus aureus Meticilín sensible, siendo prácticamente imposible relacionar este hecho con el ingreso previo, ya que en éste se descartó Endocarditis infecciosa, se objetivó el origen en el catéter PIC, se trató de forma correcta y se confirmó la negativización de los Hemocultivos. El Staphylococcus aureus es una bacteria presente en la piel que coloniza frecuentemente las heridas, y en nuestro Hospital no creció en los Hemocultivos, por lo se descarta que sea el origen de la sepsis que motivó el fallecimiento del paciente.

En resumen, considero que la actuación en el Hospital Dr Negrín y en el Hospital Dr José Molina Orosa fueron correctas en todo momento (incluidos los protocolos de prevención de

enfermedades infecciosas asociadas a las intervenciones), ajustadas a las guías clínicas actuales y que no puede establecerse relación causal directa, por mala praxis, entre el ingreso en el H. Dr Negrín y la causa de fallecimiento en el H Dr José Molina Orosa».

3. Con fecha 25 de abril de 2022, se acordó la apertura del periodo probatorio, no proponiéndose la práctica de prueba alguna por parte de la interesada y se le otorgó el trámite de vista y audiencia, sin que presentara escrito de alegaciones.

4. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se emitió Propuesta de Resolución desestimatoria e informe de la Asesoría Jurídica Departamental de 12 de septiembre de 2022.

5. Por último, se ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, presentado ante el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 6, de Las Palmas de Gran Canaria, lo que ni obsta, ni condiciona el cumplimiento de la obligación legal de resolver el procedimiento (art. 21.1 LPACAP), salvo en los casos en los que hubiera recaído sentencia firme.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

En dicha Propuesta se alega que «Considerando la doctrina jurisprudencial antes expuesta, las consideraciones efectuadas en todos los informes obrantes en el expediente, esta Administración acredita la adopción de las medidas necesarias para evitar infecciones, tal y como informa el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Dr Negrín (Folios 546 a 549) que expresamente indica: Tras revisar la historia clínica los datos nos informan que se han aplicado las medidas de asepsia disponibles en los procedimientos aplicados sobre el paciente y que no se han observado incidencias que demuestren lo contrario, así como el informe del Servicio de Medicina Interna (Unidad de Medicina preventiva) del Hospital de Lanzarote (folios 553 y 554).

Así mismo se ha acreditado la adecuación del tratamiento pautado al paciente.

De todo lo expuesto hasta ahora cabe concluir: en el supuesto reclamado se actuó de conformidad con la lex artis, los hospitales han utilizado las medidas disponibles tanto para la prevención como para el ulterior abordaje del proceso sufrido por el paciente.

Por consiguiente no puede determinarse la responsabilidad de la Administración sanitaria porque el reclamante haya padecido aquellas infecciones.

En el procedimiento no se ha desvirtuado que la actuación de la Administración sanitaria haya sido correcta, no se han aportado pruebas ni tampoco en el trámite de Audiencia se han formulado alegaciones ni aportado documentación alguna que contradiga lo informado.

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.

Por todo lo expuesto, en el caso que se analiza no concurren los requisitos imprescindibles para que se genere la responsabilidad objetiva de la Administración».

2. En este caso, a la hora de entrar en el análisis de la cuestión de fondo es necesario partir de una serie de hechos indubitados, pues están debidamente probados en virtud de la documentación médica incorporada al expediente, no siendo negados por la interesada, que son los siguientes:

- El día 26 de diciembre de 2020 el afectado ingresó en el HUGCDN para someterse a un cateterismo cardíaco, que se efectuó al día siguiente, pero ante su mala evolución se le decide implantar de DAI-TRC, lo que se efectúa de forma definitiva el día 22 de enero de 2020.

- El día 27 de enero de 2020, estando todavía ingresado en el HUGCDN sufre un episodio de fiebre. Una vez determinada, tras las correspondientes pruebas médicas, que la infección ha sido causada por la bacteria *Klebsiella oxytoca* y *Proteus vulgaris*, se le prescribe un tratamiento de antibióticos, que finaliza a los 14 días con la curación de dicha infección.

- El 28 de febrero de 2020, estando todavía ingresado en el HUGCDN vuelve a sufrir una nueva infección, presentando fiebre, esta vez por *Staphylococcus aureus* meticilina sensible, cumpliendo el correspondiente tratamiento antibiótico, que finalizó el 30 de marzo de 2020, con hemocultivos negativos.

- El día 6 de marzo de 2020, después de efectuarle un ecocardiograma transesofágico, no se obtuvieron datos que determinaran la presencia de endocarditis bacteriana, siendo trasladado al Hospital José Molina Orosa, donde permaneció hasta que se le dio el alta el día 1 de abril de 2020, momento éste en el que ya no presentaba infección alguna.

- El día 18 de abril de 2020, el esposo de la interesada acude al Hospital José Molina Orosa por presentar una nueva infección, tras realización de las oportunas

pruebas médicas, se le diagnostica una infección, de carácter digestivo, por enterococcus faecalis, sensible a todo según antibiograma. Así, se inició un proceso médico, de evolución tórpida por presentar graves problemas hepáticos, que finalizó con el fallecimiento del afectado el día 7 de mayo de 2020.

3. En el referido informe del SIP, que tiene por base los informes emitidos por los distintos servicios sanitarios actuantes, se afirma acerca de la asepsia hospitalaria lo siguiente:

«2.-Tras estudio de la HC, este Servicio no objetiva que haya existido un defecto en las medidas de asepsia hospitalaria, ni que una vez presentados los procesos infecciosos se trataran incorrectamente y además se añade que los microorganismos identificados en los procesos infecciosos sufridos y tratados en el HUGCDN no se corresponden con el causante del posterior shock séptico que contribuyó al fallecimiento.

3.-Cuando un paciente ingresa en un centro hospitalario frecuentemente se coloniza con la microbiota propia del hospital, tanto más cuanto mayor sea la estancia hospitalaria y más necesidad de cuidados y técnicas invasivas precise.

Este hecho conduce al intento de minimizar, en lo posible, la infección hospitalaria mediante la aplicación de medidas preventivas como ocurre en el HUGCDN, no obstante, a pesar de las cuales resulta imposible eliminar totalmente el riesgo de infección nosocomial.

Por tanto, siendo la infección nosocomial un riesgo permanente en la asistencia sanitaria se presenta a pesar de haberse tomado todas las medidas para evitar la infección y por ello no imputable a la actuación sanitaria.

En el presente caso se daban circunstancias favorecedoras como largo ingreso en el HUGCDN, periodo 26 de diciembre de 2019 al 1 de abril de 2020, estancia en UMI durante el periodo 21 a 25 de enero de 2020, realización de cateterismo cardíaco, implante de DAI-TRC, portador de sonda vesical, vías venenosas periféricas, PICC (catéter central de inserción periférica) (...)

No obstante, ante el importante riesgo implícito en el implante DAI-TRC el centro dispone de un procedimiento normalizado de trabajo para la prevención de las infecciones en implantes de marcapasos en la Unidad de Medicina Intensiva (PNT-UMI-AA-Q-05). En este procedimiento se describe las medidas profilácticas utilizadas en la Unidad de Marcapasos durante el implante, reimplante y postimplante para prevenir infecciones asociadas a la técnica.

Además, existen recomendaciones y protocolos de higiene hospitalaria, entre los que se incluyen los protocolos de asepsia, profilaxis antibiótica quirúrgica, higiene de manos, limpieza y desinfección y/o esterilización de las superficies, dispositivos e instrumental

clínico y quirúrgico; todos basados en la evidencia científica y orientados a la minimización de la transmisión de las infecciones en el entorno de los centros asistenciales.

Se añade que el paciente recibió profilaxis antibiótica previo a la implantación del dispositivo CRT/DAI en un primer acto y a la recolocación del electrodo en un segundo acto.

En el impreso de "preparación del paciente para implante de Marcapasos/DAI figura en el turno noche del día anterior al implante: Administración de antibióticos prescritos».

4. Además, en dicho informe se alega sobre las distintas infecciones sufridas por el interesado, lo siguiente:

«4.-Los procesos infecciosos fueron abordados en el HUGCDN desde su inicio.

En fecha 27 de enero de 2020 presentó episodio de tiritona y fiebre sin clara focalidad infecciosa. Se indica urocultivo y hemocultivos, cambio de sonda vesical con nuevo urocultivo.

En espera del resultado de los cultivos, como está indicado, se inició antibioterapia empírica que se cambió a dirigida una vez que se dispuso del resultado del antibiograma.

La infección (infección urinaria bacteriémica) quedó tratada y resuelta.

*Un mes más tarde, el 28 de febrero de 2020 sufre nuevo episodio de fiebre y tiritona. El foco en esta ocasión fue el PICC que se retira. Tanto en el cultivo de punta de catéter como en hemocultivo se asibió *Staphylococcus aureus* meticilin sensible. Se ajustó el tratamiento. Este microorganismo no guarda relación con la bacteriemia anterior.*

Ambas infecciones recibieron tratamiento adecuado, tanto por los fármacos elegidos, como por el tiempo de administración y las pruebas complementarias para asegurar su correcta evolución.

Así mismo, se realizó Ecocardiograma transesofágico, como recomiendan las guías, para descartar Endocarditis infecciosa.

Siguiendo las Guías, como informa el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. José Molina Orosa, se comprobó la negatividad de hemocultivos extraídos el 2 de marzo y se continuó con antibioterapia hasta un mes después causando alta con la pauta completa de tratamiento cumplido y sin fiebre y sin datos de infección activa.

5.-*En las bacteriemias descritas durante el ingreso en el HUGCDN los gérmenes aislados en los cultivos fueron *Klebsiella oxytoca* y *Proteus vulgaris* en hemocultivos, y *Klebsiella oxytoca* y *Pseudomonas aeruginosa* en urocultivo.*

*17 días después del alta en el HUGCDN, y más de 3 meses desde el cateterismo cardiaco y más de 2 meses desde la última intervención, ingresa en el Hospital Dr José Molina Orosa con síndrome febril, diagnosticándose sepsis por *Enterococcus faecalis*.*

*Este germen no es coincidente con los aislados durante el ingreso en el HUGCDN y por tanto el nuevo proceso infeccioso bacteriémico no se relaciona con los anteriores ni con el abordaje de éstos como afirma la reclamante. No existe relación causal entre la bacteriemia por *Enterococcus faecalis* que motivó el ingreso en el Hospital Dr. José Molina Orosa y los episodios de infección nosocomial presentados en el HUGCDN.*

En esta ocasión también se descarta la presencia de endocarditis como origen de la sepsis, informa el servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. José Molina Orosa "por lo que de ninguna manera puede relacionarse fehacientemente con el ingreso previo. El origen de la bacteriemia no está claro, ya que aunque dicho germen puede colonizar las heridas, no se aisló en el cultivo de la herida quirúrgica ni tampoco se objetivó patología que lo justificara en la Colonoscopia realizada".

*En este último ingreso, además de aislarse *Enterococcus faecalis* como causa de la bacteriemia, también se aisló en el cultivo del exudado de la herida quirúrgica escasas colonias de *Staphylococcus aureus* meticilin sensible. Informa el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. José Molina Orosa que es prácticamente imposible relacionar este hecho con el ingreso previo, ya que en éste se descartó Endocarditis infecciosa, se objetivó el origen en el catéter PICC, se trató de forma correcta y se confirmó la negativización de los Hemocultivos.*

*El *Staphylococcus aureus* es una bacteria presente en la piel que coloniza frecuentemente las heridas, y en nuestro Hospital no creció en los Hemocultivos, por lo que se descarta que sea el origen de la sepsis que motivó el fallecimiento del paciente.*

*La sepsis que favoreció el fallecimiento, se concluye en informe final, es de origen digestivo por *Enterococcus faecalis*. Fue este microorganismo el aislado en hemocultivo y no el *Staphylococcus aureus*».*

5. En conclusión, se ha demostrado suficientemente por el SCS que se cumplió en todo momento con los protocolos de asepsia con la finalidad de evitar, en la medida de lo posible, infecciones nosocomiales, pero pese a ello se produjeron las mismas, las cuales fueron tratadas de forma correcta y con éxito.

Además, también resulta probado que la infección por la que ingresó el afectado en el Hospital José Molina Orosa, el día 18 de abril de 2020, 17 días después de que se le diera el alta hospitalaria por no presentar infección alguna en su ingreso previo, cuya mala evolución causó su fallecimiento, no es en modo alguno una infección nosocomial, ni guarda relación con las infecciones nosocomiales padecidas en el HUGCDN por parte del afectado.

Así mismo, está demostrado que se pusieron a disposición del afectado todos los medios materiales y humanos de los que dispone el SCS, siendo los tratamientos médicos dispensados los adecuados a las diversas patologías que el mismo fue presentado durante todo el proceso médico.

Por el contrario, la interesada no ha presentada ninguna prueba que permita demostrar la veracidad de las alegaciones efectuadas con ocasión de su escrito de reclamación.

6. Este Consejo consultivo ha señalado en su Dictamen 214/2022, de 1 de junio, entre otros muchos, que:

«Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada «Lex artis ad hoc».

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice 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, más 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 lo siguiente: «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.

En este mismo sentido, se ha decantado este Organismo. Cabe traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Consejo Consultivo de Canarias, en el que se expresa lo siguiente:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiéndose como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las

condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la *lex artis* se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha *lex artis*. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se van a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la *lex artis*, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la *lex artis* se define como *ad hoc*, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece “El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *Lex Artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”.

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que “en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica

correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto". Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

Esta doctrina resulta plenamente aplicable al presente caso.

7. Por último, es necesario precisar que obra en el expediente la documentación correspondiente al consentimiento informado, relativa a las actuaciones del servicio de cardiología del HUGCDN, conteniendo la información adecuada a las referidas intervenciones, concretándose en ella los riesgos específicos de tales actuaciones.

Las infecciones nosocomiales que padeció el afectado no guardan relación alguna con las actuaciones cardiológicas, sino que se derivan de su larga estancia hospitalaria, por lo tanto, las mismas constituyen la concreción de un riesgo general y ajeno a tales actuaciones cardiológicas, como se dijo, motivo por el cual se considera que el afectado estuvo debidamente informado de los riesgos de su intervenciones cardiológicas, sin que se pueda considerar que en tal aspecto haya habido *mala praxis*.

8. Por todo ello, no existe relación de causalidad entre el adecuado funcionamiento de los servicios médicos y el daño reclamado por la interesada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que desestima la reclamación formulada, se considera conforme a Derecho, con base en los razonamientos expuestos en el Fundamento IV.