

D I C T A M E N 3 0 6 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 15 de julio de 2025.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera 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. 256/2025 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 solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dado que la interesada solicita una indemnización cuya cuantía total asciende a 589.013,54 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Está facultada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la

* Ponente: Sr. Pérez Hernández.

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.

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, 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 SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la afectada la condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP]. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, mediante el SCS.

7. En lo que se refiere al requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), cabe manifestar que esta cuestión será tratada en el Fundamento IV del presente Dictamen.

8. 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 aún y en todo caso el deber de resolver expresamente (art. 21.1 citado y 24.3 LPACAP).

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, en la reclamación formulada por la representante de la interesada se ha manifestado acerca de los mismos lo siguiente:

«La Sra. (...), en fecha en que se iniciaron los hechos denunciados por la presente reclamación patrimonial tenía la edad de 63 años.

Como antecedentes clínicos presentaba fibromialgia en seguimiento por parte de la Unidad de Dolor crónico, motivo por el cual tenía pautada medicación específica para el manejo del dolor crónico y la ansiedad, provocada por dicho diagnóstico y por distimia y rasgos afectivos de la personalidad.

La medicación principal que tenía pautada, hasta la fecha de primera visita en fecha 20.07.2023, era la siguiente:

- *Hidromorfona (Edunix) 8mg mañana y 12mg noche.*
- *Paracetamol 650 3 veces al día.*
- *Pregabalina 100mg mañana y noche.*
- *Simvastatina 10 MG noche.*
- *Lorazepam 1mg 3 veces al día.*
- *Furosemida 40mg mañana.*
- *Sertralina 50mg noche.*
- *Omeprazol 20 MG mañana.*

Ello lleva a acreditar que la Sra. (...) tenía un historial de medicación crónica con opioides y benzodiacepinas.

PRIMERO.- CONSULTA CENTRO DE SALUD EL CALERO Y VISITA A URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR 20.07.2023.

En fecha 20.07.2023, mi representada acudió al centro de salud El CALERO por encontrarse en regulares condiciones. Desde el centro de salud, en la madrugada del 20.07.2023 al 21.07.2023, fue derivada al Hospital Universitario Insular, donde se le diagnosticó celulitis infecciosa y le dieron el alta médica con tratamiento de amoxicilina con ácido clavulánico.

Conviene adelantar en este punto que la celulitis infecciosa requiere confirmación microbiológica para identificar el patógeno causante y ajustar el tratamiento antibiótico de manera precisa. La ausencia de estos cultivos representa una deficiencia crítica en el manejo del caso. El cuadro clínico era poco sugestivo de celulitis: No había fiebre, síntomas generales (salvo astenia), la analítica sanguínea era normal. La paciente tenía la función renal alterada y no se tuvo en cuenta a la hora de dosificar la medicación. No se estudió una posible insuficiencia cardíaca como causa de la función renal.

Dado que la paciente tenía un historial complejo de fibromialgia y medicación crónica, una evaluación más exhaustiva que incluyera cultivos, análisis de sangre y posiblemente estudios de imagen habría sido necesaria (por presentar diversos factores de riesgo) para descartar otras posibles complicaciones y confirmar el diagnóstico de celulitis.

Sin embargo, se optó por parte del Hospital Universitario Insular optar por mantener el diagnóstico de celulitis infecciosa, dar tratamiento de amoxicilina con ácido clavulánico y el alta médica.

SEGUNDO.- SEGUNDA CONSULTA AL CENTRO DE SALUD EL CALERO Y TRASLADO A URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR 25.07.2023.

El 25 de julio de 2023, la paciente fue nuevamente llevada al Centro de Salud El CALERO, por servicio de ambulancia que asistió inicialmente en el domicilio. Posteriormente, la noche del 25 al 26, fue trasladada a urgencias del Hospital Insular debido a la persistencia de vómitos (hasta 13 vómitos contabilizados) e incontables deposiciones líquidas.

En esta ocasión, la evaluación inicial llevó al diagnóstico de una infección gastrointestinal causada por E. coli.

Sin embargo, al revisar los informes médicos, se observa que no se documentaron pruebas diagnósticas adicionales como cultivos fecales o análisis de sangre que podrían haber confirmado el diagnóstico real y definitivo, y ayudado a ajustar el tratamiento de manera más precisa.

Durante su ingreso hospitalario, en la madrugada del 25 al 26 de julio de 2023, mi representada evidenció un deterioro significativo del nivel de conciencia, acompañado de desviación de la mirada hacia la derecha y clonías palpebrales.

Tras ello y el suministro de medicación, fue ingresada en planta de neurología con el diagnóstico principal de “crisis de inicio focal con afectación del nivel de conciencia, post-crítico prolongado. Encefalopatía leve a estudio. Llama la atención LCR y RFA normales”.

Así, lo que inicialmente fue considerado como una infección gastrointestinal causada por E. coli, o celulitis infecciosa, acabó siendo un diagnóstico mucho más grave, como ya se ha podido adelantar en este hecho y se detallará a continuación.

TERCERO.- INGRESO HOSPITALARIO EN HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR A PARTIR DE 26.07.2023.

TERCERO PRIMERO.- Ingreso en planta de neurología 26.07.2023.

Como se ha manifestado en el ordinal anterior, debido al cuadro clínico diagnosticado, en fecha 26.07.2023 se decidió el ingreso de mi representada en la planta de neurología del H.U. Insular.

A su llegada a planta, según informe, la Sra. (...) presenta:

“lenguaje repetitivo, no obedece órdenes, no nomina. Mirada centrada que impresiona de limitación en movimientos conjugados horizontales y verticales. No asimetría ni paresia facial. Moviliza 4 extremidades sin aparente defecto motor. No claudicación en maniobras anti-gravitatorias. RCD flexor bilateral. No alteración de la sensibilidad algésica. No posible valoración de sensibilidad cortical. Estática sin alteraciones en la sedestación en cama. Marcha no valorable”.

Es preciso recalcar en este punto, por lo que se dirá a lo largo de la presente reclamación que, desde el día 25.07.2023, fecha en que acudió al centro de salud y se decidió

su ingreso hasta, como mínimo, el día 31.07.2023, cuando fue trasladada a la UMI con la gravedad de su cuadro médico, la Sra. (...) fue privada de su medicación habitual, con base principal de opioides y benzodiacepinas.

Ello consta, no sólo por el relato de hechos de los familiares, sino por la omisión de dichos medicamentos en la historia clínica sobre medicación suministrada a la paciente a lo largo de su ingreso como, por, una vez conocido el diagnóstico final de mi representada, qué es lo que lo produjo: “deterioro funcional agudo en probable relación con miopatía/pnp del enfermo crítico. Estatus epiléptico superrefractario. Cumple criterios de FIRES. No se puede descartar Trigger por supresión de Benzodiacepinas”.

TERCERO SEGUNDO.- Ingreso en UMI desde 31.07.2023 hasta 17.08.2023.

En planta permanece hasta el día 31.07.2023, día en que, tras su empeoramiento, es trasladada a la UMI para sedación debido a los ataques epilépticos que sufre desde su ingreso. Como especifica el informe de alta en la UMI:

“en el día de hoy empeoramiento clínico. Se realiza EEG compatible con estado epiléptico focal. Considerándose el estado epiléptico focal con alteración del nivel de alerta refractario nos avisan para escalar a 3º escalón. Se decide ingreso en UMI para sedación profunda y aislamiento de la vía aérea.

Es decir, en fecha 31.07.2023 fue trasladada a la UMI debido a episodio de estatus epiléptico refractario. Este diagnóstico se caracteriza por convulsiones continuas que no responden a los tratamientos iniciales con antiepilépticos y requiere una intervención médica inmediata y agresiva debido al alto riesgo de daño cerebral permanente y mortalidad.

Durante su estancia en la UCI, la paciente recibió múltiples antiepilépticos y sedantes, incluidos Lacosamida, Brivaracetam, Valproico, Clonazepam, Midazolam y Propofol. A pesar de estos tratamientos, la paciente presentó una evolución prolongada del estatus epiléptico, lo que indica una falta de respuesta adecuada a la terapia inicial y la necesidad de una revisión crítica del manejo y ajustes en el tratamiento.

Además, presentó complicaciones como infecciones urinarias, respiratorias y candida parapsilosis.

En la UMI permaneció ingresada hasta el día 17.08.2023, cuando fue trasladada de nuevo en planta.

TERCERO TERCERO.- Ingreso en planta de neurología en fecha 17.08.2023 hasta 08.09.2023.

Desde el día 17.08.2023 hasta el día 08.09.2023 permaneció ingresada en H.U. Insular, en concreto, en la planta de neurología.

Dado que mi representada es de Madrid y se encontraba en las Islas Canarias por visitar a su hija, quien residía allí, una vez aparentemente estabilizado su cuadro clínico, se ofreció por parte de los médicos de la UMI de Gran Canaria continuar el ingreso en Madrid, para evolución de la paciente. Así, los familiares, por recomendación de los médicos de H.U. Insular, iniciaron los trámites para proceder al traslado, que, inicialmente, fue aprobado en fecha 30.08.2023 para realizarse en H. Puerta de Hierro de Madrid.

Sin embargo, por lo que se reseña a continuación, el traslado no fue posible por su empeoramiento significativo que requirió nuevo traslado a la UMI.

TERCERO CUARTO.- Ingreso en UMI de H.U. Insular desde 08.09.2023 hasta 15.09.2023.

Como hemos apuntado anteriormente, en fecha 08.09.2023, su estado clínico empeoró significativamente, motivo por el cual tuvo que ser trasladada nuevamente a la UMI por estatus epiléptico superrefractario. El informe de alta de ingreso en UMI, especifica:

“Mala evolución en planta con persistencia de actividad epiléptica, siendo preciso el reingreso en la Unidad de Medicina Intensiva el 08.09.2023 en situación de coma secundario a Estatus epiléptico no convulsivo (por diagnóstico clínico y EEG)”.

Una vez ingresada en la UMI de H.U. Insular, donde tuvo que ser nuevamente sedada, en fecha 14.09.2023 se decide el destete progresivo de sedación y, dada la imposibilidad de controlar la situación clínica de mi representada, tras la aprobación de los médicos del H.U. Insular, se decide finalmente el traslado a Hospital Puerta de Hierro de Madrid.

El diagnóstico principal que consta en el informe de alta de la UMI de H.U. Insular es:

“Estado epiléptico focal superrefractario. Semiológicamente no convulsivo. Etiología no conocida (a valorar posible encefalitis autoinmune vs neurodegenerativo)”.

Desde H.U Insular no tenían respuesta alguna a lo que le sucedía a mi representada; el porqué del cuadro epiléptico y empeoramiento constante de su estado clínico y, consecuentemente, neurológico; ni tampoco respuesta a cómo revertir la situación.

Con todo ello, se decide el traslado interhospitalario al Hospital Puerta de Hierro de Madrid.

CUARTO.- INGRESO EN HOSPITAL PUERTA DE HIERRO DE MADRID A PARTIR DE FECHA 16.09.2023.

CUARTO PRIMERO.- Traslado en UVI móvil e ingreso en UCI de H. Puerta de Hierro.

En fecha 16.09.2023, mi representada ingresó, por medio de traslado interhospitalario, al Hospital Puerta de Hierro de Madrid.

El informe de ingreso recoge lo siguiente:

“Acude el 16.09.2023 en UVI móvil con perfusión con Midazolam y en volumen control. Temblor generalizado, no describen episodios de crisis durante el traslado (...)”.

El informe de H. Puerta de Hierro en Madrid, de fecha 16.09.2023, como diagnóstico principal al ingreso indica:

“Estado epiléptico focal superrefractario. No convulsivo de etiología no aclarada (posible encefalitis por síndrome antifosfolípido transitorio; posible privación de BZD y mórficos secundaria a GEA (...)) Anticoagulante lúpico positivo (pendiente de confirmación)”.

A raíz de su ingreso en H. Puerta de Hierro en Madrid, se le realizaron EEG prácticamente a diario para controlar la evolución clínica y conocer el progreso del status superrefractario. Cabe remarcar aquí que el ingreso fue directamente a la UCI de Puerta de Hierro dada la gravedad de su diagnóstico.

CUARTO SEGUNDO.- Alta en UCI en fecha 18.10.2023 y traslado a planta de hospitalización.

A partir de EEG de fecha 05.10.2023, a pesar de sí ser patentes los signos de disfunción cerebral, ya no se observaron crisis epilépticas, dándole el alta de la UCI en fecha 18.10.2023, con traslado a Planta de Hospitalización.

En concreto, la página 10 de 12 del informe de alta de UCI de H. Puerta de Hierro en Madrid, recoge lo siguiente:

“Tras control del cuadro convulsivo, con estabilidad hemodinámica y respiratoria, cuadro infeccioso filiado y en tratamiento con buena evolución clínica y analítica, se decide de acuerdo con neurología pase a planta de hospitalización.

A partir del ingreso en planta de hospitalización de H. Puerta de Hierro en Madrid, se continuaron los controles por medio de EEG hasta lograr cierta estabilización del cuadro clínico de actividad neurológica.

Desde el primer ingreso en H.U. Insular, mi representada adquirió daño neurológico.

En EEG que se le realizó el día 31.10.2023, en el apartado diagnóstico previo se prevé lo siguiente:

“Control EEG en paciente que ha salido de estatus epiléptico y que se está recuperando cognitivamente. Queremos bajar FAES”.

CUARTO TERCERO.- Solicitud de traslado a centro rehabilitador de daño cerebral para rehabilitación funcional y cognitiva.

Una vez finalizada su estancia en la UMI, UCI y planta de hospitalización, debido a la estabilización clínica, en fecha 30.10.2023, por parte del propio hospital Puerta de Hierro se solicitó el traslado a centro rehabilitador de daño cerebral para rehabilitación funcional y cognitiva.

Es más, en informe de alta de hospitalización de fecha 06.11.2023, por traslado a Hospital (...), y siguiendo con lo expuesto en el hecho previo y en el hecho tercero primero, el diagnóstico al alta hospitalaria de H. Puerta de Hierro, previo a derivación a H. (...), fue:

(...)

Es de interés hacer especial hincapié en el apartado “Estatus epiléptico superrefractario. Cumple criterios de FIRES. No se puede descartar trigger por supresión de benzodiacepinas. Deterioro cognitivo adquirido, secundario a encefalopatía residual a estatus epiléptico prolongado + toxicidad politerapia con FAES”.

Ello muestra, una vez más, que una de las causas principales del cuadro clínico que ha afectado a mi representada, que ha requerido ingreso durante un total de 5 meses, pasando por distintos centros hospitalarios, es la ausencia de administración de su medicación habitual basada en opioides y benzodiacepinas desde el inicio de ingreso en H.U. Insultar.

QUINTO.- INGRESO EN HOSPITAL (...) A PARTIR DEL DÍA 06.11.2023.

Siguiendo lo expuesto en el ordinal anterior, en fecha 06.11.2024 fue derivada desde H. Puerta de Hierro hacia la Unidad de Recuperación Funcional Neurológicos del Hospital (...), con el fin de iniciar un tratamiento rehabilitador de la pérdida de funciones motoras por el daño provocado por la negligencia denunciada por medio de la presente reclamación.

Se concluye, en el informe de traslado hospitalario (...) a Hospital (...), lo siguiente:

(...)

Así, tras un período de ingreso en H. Guadarrama, se prescribe el traslado a Hospital (...), para continuar con tratamiento, donde ingresa en fecha 16.11.2023 y es dada de alta a domicilio, como exponemos en el ordinal siguiente, en fecha 21.12.2023.

SEXTO.- INGRESO EN HOSPITAL (...) A PARTIR DE DÍA 16.11.2023. ALTA HOSPITALARIA EN FECHA 21.12.2023.

En fecha 16.11.2023, mi representada fue trasladada por el SUMMA 112, desde el Hospital (...) al Hospital (...), con motivo de seguimiento para tratamiento neurorrehabilitador, según especifica el informe de alta de fecha 21.12.2023:

(...)

Permaneció ingresada hasta el día 21.12.2023, cuando fue dada de alta con destino a domicilio, alcanzándose el tope posible de curación y rehabilitación; siendo dada de alta con las secuelas definitivas que se exponen y que se confirman con informe de “Neuron” de fecha 14.03.2024.

En el informe de alta hospitalaria de H. (...), de fecha 21.12.2023, se recoge el siguiente cuadro evolutivo:

Con las siguientes recomendaciones al alta:

(...)

SÉPTIMO.- POSTERIORES VISITAS MÉDICAS DESDE ALTA DE INGRESO HOSPITALARIO EN FECHA 21.12.2023 Y SECUELAS

Tras el alta hospitalaria en fecha 21.12.2023, la Sra. (...) ha seguido con control por parte de múltiples especialistas; además de requerir acudir a urgencias en varias ocasiones, principalmente, por cuadros de irritabilidad, agitación y dolores de cabeza profundos.

Actualmente, continua en seguimiento por parte de neurólogo y psiquiatra de la seguridad social. Además, por su propia cuenta, está acudiendo a terapia privada con psicóloga y tratamiento neurorrehabilitador, para tratar de mejorar cognitivamente las secuelas neurológicas que derivan de la negligencia denunciada.

En este punto es necesario remarcar que, dado que continua en tratamiento por múltiples especialistas, entre ellos, neurología, en fecha 06.03.2024 se le realizó nueva RMN en Hospital Puerta de Hierro, donde se constata la existencia de, al menos, dos ictus no detectados en el Hospital Insular de Gran Canaria. Este tejido cicatricial constituye parte de las secuelas que denotan el deterioro neurológico en la paciente.

Actualmente, y derivado de la actuación negligente de H.U. Insular, la Sra. (...) presenta las siguientes secuelas:

- *Deterioro cognitivo. Pérdida de memoria y alteración en el lenguaje.*
- *Movilidad reducida.*
- *Dolor crónico y síntomas neuropsiquiátricos.*
- *Síndrome ansioso-depresivo.*
- *Déficit neurológico. Hemiparesia y hemiplejía.*
- *Incontinencia mixta.*

Por parte de Neuron (centro especialista en rehabilitación neurológica de Madrid), se realizó informe de valoración en fecha 14.03.2024, que se adjunta a la presente reclamación patrimonial, donde pueden observarse las secuelas que han afectado a la Sra. (...) y su estado de salud».

2. En lo que se refiere a los motivos por los que se reclama, en el escrito de reclamación presentado se señala que:

«En el caso que nos ocupa, ha habido un claro funcionamiento anormal por parte de los servicios públicos, en concreto, por parte del Hospital Universitario Insular.

La responsabilidad de la administración tiene su origen, principalmente y sin perjuicio de todo lo mencionado a lo largo del presente escrito y el informe pericial que lo

acompañará, así como aquella información que sea necesaria, por un lado, en la falta de ajuste adecuado del tratamiento, desde el inicio de estatus epiléptico y, por otro lado, en el inadecuado manejo dinámico del estatus epiléptico, así como en la falta de administración de opioides y benzodiacepinas (medicación habitual por su cuadro clínico de fibromialgia y ansiedad) a su ingreso en Hospital Universitario Insular y el grado de afectación neurológica sufrido y no controlado por parte del hospital; máxime cuando los informes de los hospitales de la Comunidad de Madrid, tras tratar y estabilizar el cuadro clínico de mi representada concluyen que: No se puede descartar trigger por supresión de benzodiacepinas.

El deterioro significativo del estado de salud de la peritada se atribuye tanto a una combinación de evaluación y tratamiento inadecuados del diagnóstico inicial de celulitis, como de la abrupta discontinuación de su medicación crónica:

1. Evaluación y tratamiento inadecuados del diagnóstico inicial: El manejo (diagnostico incorrecto, dosis incorrecta de un fármaco con una indicación dudosa y un manejo inadecuado de la insuficiencia renal de base) llevaron a la paciente a ser más vulnerable a complicaciones neurológicas.

2. Abrupta discontinuación de la medicación crónica: La retirada súbita de opioides y benzodiacepinas es la segunda hipótesis que podría generar el cuadro que ha padecido la peritada, precipitando un síndrome de abstinencia grave y descompensación neurológica, contribuyendo al desarrollo de estatus epiléptico refractario y encefalopatía.

3. Combinación de ambas: Estas dos hipótesis (tanto de forma individual, existiendo una en ausencia de la otra, como en combinación de ambas) explican adecuadamente la progresión del estado de la paciente desde una sospecha de infección cutánea hasta un cuadro neurológico severo, confirmando que el manejo inadecuado en el Hospital Insular fue determinante en el deterioro de su salud.

(...)

Debido a la evolución prolongada y las complicaciones del estatus epiléptico, la paciente presentó un deterioro neurológico significativo. Las complicaciones infecciosas, como infecciones urinarias y respiratorias, y la candidemia, subrayan la necesidad de un manejo integral que no se documenta adecuadamente en los informes revisados.

Finalmente, la paciente tuvo que ser trasladada al Hospital Puerta de Hierro el 16 de septiembre de 2023 debido a la gravedad de su condición y la necesidad de un manejo más especializado que no se proporcionó adecuadamente en el Hospital Insular.

La mala praxis en el Hospital Insular, caracterizada por la falta de administración de medicación crítica, la omisión de pruebas diagnósticas esenciales y el manejo inadecuado del estatus epiléptico, tuvo un impacto directo y negativo en el estado de salud de la paciente. Estas deficiencias violaron las normativas y protocolos establecidos, contribuyendo

significativamente al deterioro neurológico y a las complicaciones graves experimentadas, teniendo ya el carácter de secuelas».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, el día 20 de diciembre de 2024.

El día 14 de enero de 2025, se dictó la Resolución n.º 15/2025 de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación de la interesada.

2. El presente procedimiento cuenta con el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, de 8 de mayo de 2025 y con los informes de los Jefes de los Servicios de Neurología y Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular materno Infantil (CHUIMI).

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no proponiéndose la práctica de prueba alguna por parte de la interesada, si bien aportó al expediente un informe médico-pericial en el que se valoran las distintas actuaciones médicas que se le efectuaran a la interesada.

En dicho informe médico pericial se afirma acerca de la actuación médica llevada a cabo en el CHUIMI lo siguiente:

«El manejo del estatus epiléptico refractario sigue protocolos bien establecidos que incluyen la administración de múltiples antiepilépticos y la sedación profunda para controlar las convulsiones. El uso de Lacosamida, Brivaracetam, Valproico, Clonazepam, Midazolam y Propofol es consistente con estos protocolos.

Sin embargo, la literatura médica sugiere que cuando un paciente no responde a la terapia inicial, se deben considerar opciones adicionales como la infusión continua de anestésicos generales, monitoreo electroencefalográfico continuo, y posibles terapias alternativas como la ketamina o el propofol (Trinka et al., 2015), no habiendo dado este paso clínico en el evolutivo de la paciente.

La evolución prolongada del estatus epiléptico en esta paciente indica una posible falta de ajustes adecuados en el tratamiento. En situaciones de estatus epiléptico refractario, es crucial realizar evaluaciones continuas y ajustar la terapia de manera dinámica para controlar las convulsiones y minimizar el daño cerebral.

Estudios han demostrado que el monitoreo electroencefalográfico continuo es esencial para evaluar la respuesta a la terapia y guiar los ajustes en el tratamiento (Claassen et al., 2002). La falta de documentación de estos ajustes sugiere una negligencia en el manejo dinámico del estatus epiléptico.

Durante la estancia en la UCI, la paciente presentó complicaciones como infecciones urinarias y respiratorias, y candidemia. Estas complicaciones son comunes en pacientes con estatus epiléptico refractario debido a la necesidad de ventilación mecánica y sedación prolongada.

La literatura médica destaca la importancia de un manejo integral que incluya la prevención y tratamiento de estas complicaciones para mejorar los resultados en pacientes críticos (Pugin et al., 1991).

Desde el inicio de sus síntomas graves, la paciente, que tenía antecedentes de fibromialgia y tomaba opioides (morfina) y benzodiacepinas (lorazepam) para el manejo del dolor crónico y la ansiedad, fue llevada a urgencias del Hospital Insular. Según el relato de la hija, en varios momentos críticos de su estancia en el hospital, la paciente no recibió su medicación habitual. Esta omisión es de particular preocupación dado que la abrupta discontinuación de opioides y benzodiacepinas puede llevar a complicaciones graves, incluidas convulsiones y deterioro neurológico.

Por otro lado, se le suministraron dosis en rango tóxico de Amoxicilina clavulánico. Este fármaco ha sido relacionado con la aparición de status epiléptico, así como las alteraciones metabólicas (que pueden causar los vómitos y diarrea) y la insuficiencia renal (que no fue tratada en ningún momento).

La falta de administración de medicación crítica se menciona en varios puntos:

1. Primer Ingreso (21/07/2023):

◦ La paciente fue derivada desde el Centro de Salud El Calero, y diagnosticada con celulitis infecciosa y no se menciona si se continuó su medicación habitual, aunque la familia refiere que en este punto la traía suministrada desde el domicilio.

2. Episodio Gastrointestinal (25/07/2023):

◦ Persisten los síntomas gastrointestinales, pero no se documenta la administración de su medicación crónica.

3. Deterioro del Nivel de Conciencia (26/07/2023):

◦ Se diagnostica encefalopatía leve y nuevamente no se menciona la continuidad de su medicación habitual.

4. Estancia en UCI (31/07/2023 al 15/09/2023):

◦ Durante el tratamiento del estatus epiléptico refractario, no se documenta si se administraron opioides y benzodiacepinas, esenciales para evitar el síndrome de abstinencia.

La abrupta discontinuación de opioides como la morfina puede llevar al síndrome de abstinencia, caracterizado por síntomas como ansiedad, agitación, y en casos graves, convulsiones. La literatura médica subraya la necesidad de un manejo cuidadoso al interrumpir opioides en pacientes crónicos para evitar complicaciones graves (Kosten & G., 2002).

La falta de administración de opioides en un paciente con dolor crónico puede no solo exacerbar el dolor, sino también precipitar crisis de abstinencia que complican el estado neurológico y general del paciente.

La discontinuación abrupta de benzodiacepinas como el lorazepam puede inducir el síndrome de abstinencia de benzodiacepinas, que incluye síntomas como ansiedad extrema, insomnio, irritabilidad, y en casos severos, convulsiones y delirium.

Estudios indican que el síndrome de abstinencia de benzodiacepinas puede ser severo y potencialmente mortal, y se requiere un manejo cuidadoso para prevenir complicaciones graves (Rickels et al., 1990).

La falta de administración de medicación crítica es incompatible con las mejores prácticas clínicas y los estándares de cuidado. En pacientes con medicación crónica, especialmente opioides y benzodiacepinas, es crucial mantener la continuidad de la medicación o proporcionar un manejo adecuado del retiro para evitar el síndrome de abstinencia.

La literatura sugiere que la interrupción de medicación crónica debe ser manejada con protocolos específicos que incluyan reducción gradual o substitución con medicación equivalente para prevenir efectos adversos severos (Lingford-Hughes et al., 2004).

El análisis detallado de los eventos durante la estancia de la paciente en el Hospital Insular revela numerosas deficiencias críticas en la atención médica proporcionada. Estas deficiencias constituyen mala praxis y contribuyeron de manera significativa al deterioro del estado de la paciente. A continuación, se detalla cómo se cumplen los criterios forenses para establecer el nexo causal entre las acciones y omisiones en el hospital y el deterioro de la paciente, incluyendo cómo se debió haber actuado para evitar estas complicaciones según normativas y protocolos vigentes.

Criterios Forenses para Establecer el Nexos Causal

Para establecer el nexo causal entre la mala praxis y el deterioro de la paciente, se consideran los siguientes criterios:

1. Criterio de Causalidad:

◦ Este criterio se refiere a la conexión directa entre la acción u omisión y el daño sufrido. En este caso, la omisión de la administración de medicación crítica y la falta de pruebas diagnósticas esenciales están directamente relacionadas con el deterioro de la paciente.

2. Criterio Cronológico:

◦ Este criterio establece una relación temporal entre la intervención médica y el daño. La secuencia temporal de eventos desde el ingreso de la paciente en el Hospital Insular el 21 de julio de 2023 hasta su traslado al Hospital Puerta de Hierro el 16 de septiembre de 2023 muestra claramente cómo las omisiones y errores contribuyeron al deterioro progresivo de la paciente.

3. Criterio de Exclusión:

◦ Este criterio implica la exclusión de otras posibles causas del daño. En este caso, la falta de administración de medicación crítica y la omisión de pruebas diagnósticas son las principales causas identificadas para el deterioro del estado de la paciente, excluyendo otras posibles causas.

La paciente tenía un historial de medicación con opioides (morfina) y benzodiacepinas (lorazepam). La abrupta discontinuación de estos medicamentos sin un manejo adecuado del síndrome de abstinencia, ni de su patología renal de base puede llevar a complicaciones graves, como convulsiones y deterioro neurológico. La administración continua o la reducción gradual de estos medicamentos y la hidratación adecuada es esencial para evitar estas complicaciones. La omisión de este manejo constituye una violación de las normativas establecidas para el manejo de medicación crónica en pacientes hospitalizados (Kosten & G., 2002; Lingford-Hughes et al., 2004).

◦ Informe Médico: El 25 de julio de 2023, la paciente continuó presentando vómitos y diarrea, sin documentación de la administración de su medicación crónica. Esta omisión es crítica y se repite durante su estancia en el hospital. Médico Responsable: Dr. (...)

En la evaluación de la celulitis, la falta de cultivos bacterianos y a la ausencia de datos clínicos o analíticos para confirmar el diagnóstico y guiar el tratamiento antibiótico es una deficiencia crítica.

◦ Informe Médico: El 26 de julio de 2023, la paciente presentó un deterioro significativo del nivel de conciencia acompañado de desviación de la mirada y clonías palpebrales. Con un período intercrítico muy prolongado. No se procedió a realizar EEG continuo. Médico Responsable: Dr. (...)

Aunque se siguieron protocolos básicos en el tratamiento inicial del estatus epiléptico, la falta de ajustes dinámicos y monitoreo continuo representa una negligencia. El monitoreo electroencefalográfico continuo y la evaluación frecuente son esenciales para guiar el tratamiento y minimizar el riesgo de daño cerebral permanente. La literatura médica y las

guías de práctica clínica para el manejo del estatus epiléptico recomiendan estas prácticas para asegurar una intervención efectiva (Claassen et al., 2002; Trinka et al., 2015).

◦ *Informe Médico: Del 31 de julio de 2023 al 15 de septiembre de 2023, durante su estancia en la UCI, la paciente presentó una evolución prolongada del estatus epiléptico refractario sin ajustes documentados en el tratamiento ni monitoreo electroencefalográfico continuo. Médico Responsable: Dr. (...).*

Debido a la evolución prolongada y las complicaciones del estatus epiléptico, la paciente presentó un deterioro neurológico significativo. Las complicaciones infecciosas, como infecciones urinarias y respiratorias, y la candidemia, subrayan la necesidad de un manejo integral que no se documenta adecuadamente en los informes revisados. Finalmente, la paciente tuvo que ser trasladada al Hospital Puerta de Hierro el 16 de septiembre de 2023 debido a la gravedad de su condición y la necesidad de un manejo más especializado que no se proporcionó adecuadamente en el Hospital Insular.

Las Guías de Práctica Clínica para el Manejo de Estatus Epiléptico, publicadas por la International League Against Epilepsy (ILAE), estas guías establecen protocolos claros para el manejo del estatus epiléptico, incluyendo el uso de antiepilépticos, monitoreo continuo y ajustes terapéuticos dinámicos.

La mala praxis en el Hospital Insular, caracterizada por manejo inadecuado del paciente en urgencias, la falta de administración de medicación crítica y el manejo inadecuado del estatus epiléptico, tuvo un impacto directo y negativo en el estado de salud de la paciente. Estas deficiencias violaron las normativas y protocolos establecidos, contribuyendo significativamente al deterioro neurológico y a las complicaciones graves experimentadas. Basado en la literatura científica y las mejores prácticas clínicas, se puede establecer un nexo causal claro entre las acciones y omisiones en el hospital y el descontrolado estado de la paciente. La atención adecuada, conforme a las guías y normativas mencionadas, habría mitigado significativamente el riesgo de complicaciones y mejorado los resultados clínicos de la paciente».

4. Además, se le otorgó el trámite de vista y audiencia a la interesada, que presentó escrito de alegaciones, estando referido, en gran parte, al cumplimiento en este caso del requisito de la no extemporaneidad de la reclamación formulada, contestado así al informe del SIP, que se pronuncia sobre tal cuestión.

5. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formula Propuesta de Resolución, emitida el día 5 de junio de 2025.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación, porque el órgano instructor entiende, con base en el informe del SIP, que el derecho a reclamar de la interesada está prescrito y se pronuncia subsidiariamente, para el caso de que no se considere prescrito el presente supuesto, sobre al fondo del asunto remitiéndose al informe del SIP, lo que implica la desestimación de la reclamación con base en lo manifestado en el mismo.

Así, se afirma en la Propuesta de Resolución que:

«El informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de 8 de mayo de 2025 así como los informes del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) y del Servicio de Neurología del citado Complejo, se incorporan a la presente resolución como fundamento de la misma de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 88.6. de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, ya citada. Solo destacaremos y reproduciremos del citado informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, aquellos aspectos relacionados con la prescripción de la acción, toda vez que el resto de consideraciones lo son respecto al fondo del asunto, que no será consecuentemente objeto de la presente resolución

El referido informe señala respecto a la prescripción:

La patología objeto de la reclamación consta en la historia clínica y es conocida por la paciente al menos desde el 06/11/2023, fecha en que la paciente fue dada de alta del Hospital Puerta de Hierro con el diagnóstico de deterioro cognitivo adquirido. En ese momento, se considera que el proceso alcanzó estabilidad clínica, dato corroborado en el informe del rehabilitador de fecha 31/10/2023, sin perjuicio de la posible mejoría derivada del tratamiento rehabilitador. Por tanto, dicha fecha puede fijarse como punto de partida para la determinación de los daños y, en consecuencia, para el cómputo del plazo anual previsto para interponer la acción, sin que las eventuales mejorías posteriores puedan dilatar dicho plazo.

La demanda (reclamación) se presentó el 19/12/2024, por lo que el plazo anual estaría vencido y la reclamación se encontraría prescrita. Tras el alta (06/11/2023), la paciente fue derivada a un centro de rehabilitación de media estancia, donde se sospechó que las secuelas cognitivas estaban influidas por factores emocionales.

Del mismo modo, el seguimiento psicológico/psiquiátrico ya formaba parte de su historia previa, y la continuación del control neurológico responde al propio cuadro que motivó la asistencia”.

Ello también tiene su reflejo en la propia reclamación formulada :

“CUARTO TERCERO.- Solicitud de traslado a centro rehabilitador de daño cerebral para rehabilitación funcional y cognitiva.

Una vez finalizada su estancia en la UMI, UCI y planta de hospitalización, debido a la estabilización clínica, en fecha 30.10.2023, por parte del propio hospital Puerta de Hierro se solicitó el traslado a centro rehabilitador de daño cerebral para rehabilitación funcional y cognitiva.

Formulada pues la reclamación el 19 de diciembre de 2024 y resulta evidente que ha transcurrido el plazo de un año previsto en el citado artículo 67 de la LPACAP ya citada.

En este sentido y de modo bien expresivo y escueto, la citada sentencia de 28 de febrero de 2.007 señala que “El día a quo para el ejercicio de la acción de responsabilidad por disposición legal ha de ser aquél en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto o aquél en que se objetivan las lesiones con el alcance definitivo de secuelas, y una vez establecido dicho alcance definitivo de la enfermedad y sus secuelas, los tratamientos posteriores encaminados a obtener una mejor calidad de vida o a evitar ulteriores complicaciones en la salud del paciente o la progresión de la enfermedad, no enervan la situación objetiva en que la lesión, enfermedad o secuela consisten”.

Así mismo el citado Tribunal Supremo en relación con la prescripción (Sentencia de 24 de septiembre de 2010, sección 6ª,) también ha señalado :

“Los acontecimientos posteriores a dicho diagnóstico invocados por la recurrente, no son mas que diversos tratamientos de naturaleza paliativa de la patología descrita, tratamientos que no alteran la certeza de la lesión crónica y de sus secuelas y que por tanto no impiden que el inicio del cómputo del plazo deba realizarse desde el diagnóstico realizados con la prueba de la gammagrafía tal y como se indica en la sentencia impugnada”.

En este sentido, nuestra jurisprudencia, de la que son muestra entre otras muchas las sentencias de 18 de enero (RJ 2008,166) y 1 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 567) distingue entre daños continuados, que como tales no permiten conocer aún los efectos definitivos de una lesión y en los que por tanto el “dies a quo” será aquel en que ese conocimiento se alcance, y daños permanentes, que aluden a lesiones irreversibles e incurables aunque no intratables, cuyas secuelas resultan previsibles en su evolución y en su determinación, siendo por tanto cuantificables, por lo que los tratamientos paliativos ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida o evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance como ocurrió en el caso enjuiciado”.

Presentada la reclamación el 19 de diciembre de 2024 resulta extemporánea la acción.

Por todo lo anteriormente expuesto y toda vez que la acción está prescrita no procede entrar sobre el fondo del asunto. No obstante y a tal efecto, subsidiariamente nos remitimos nuevamente a los informes ya citados del Servicio de Inspección y Prestaciones».

2. Antes de entrar en el fondo del asunto, es necesario tratar dos cuestiones previas correspondientes a dicha Propuesta de Resolución.

2.1. En primer lugar, en lo que se refiere al requisito de la no extemporaneidad de la reclamación formulada por la interesada, consta con toda claridad en los informes médicos, especialmente en el informe de la doctora (...) del Hospital Universitario de Puerta de Hierro, emitido el día 31 de octubre de 2023, poco antes de que se le diera el alta hospitalaria, en relación la evolución de la paciente lo siguiente:

«Paciente que se encuentra ingresada en nuestro centro por lo previamente descrito. Tras estabilización clínica comienza con tratamiento rehabilitador de forma integral. Al alta hospitalaria, se recomienda traslado a centro de estancia para continuar con rehabilitación para movilización, fortalecimiento, transferencias y marcha durante un tiempo aproximado de 2 meses».

Así, la rehabilitación a la que se sometió la interesada en el Hospital (...) y en el Hospital (...), es de carácter funcional y cognitiva, por tanto, es una rehabilitación que no solo va dirigida a mejorar sus condiciones de vida, finalidad esta que es común a toda rehabilitación, sino que está claramente dirigida a paliar o, al menos a intentarlo, la gravedad de las secuelas neurológicas que sufría la interesada.

En este sentido, tras la finalización de tales procedimientos de rehabilitación se logró no solo una mejoría del estado inicial de la interesada, sino que también quedó determinada de forma irreversible el alcance del daño físico sufrido por ella al haberse minorado la gravedad inicial de sus secuelas, lo cual se concretó el día 21 de diciembre de 2013, cuando se le dio el alta del Hospital (...).

A mayor abundamiento, no se puede confundir la estabilización clínica de la situación neurológica de la interesada con la determinación de las secuelas que la patología le causó, lo cual solo se pudo hacer tras la rehabilitación funcional y cognitiva a la que sometió la interesada en los referidos Hospitales.

Consta en la documentación obrante en el expediente que la reclamación de la interesada tuvo entrada en el Registro General Electrónico de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud el día 20 de diciembre de 2024 (no el día 19 de diciembre como erróneamente se afirma en el informe del SIP), por tanto, al establecerse el alcance de las secuelas de la interesada el día 21 de diciembre de

2023 procede afirmar que la reclamación no es extemporánea, no estando prescrito el derecho a reclamar de la interesada, al considerarse que las conclusiones jurídicas sobre la prescripción a las que llega el SIP (excediéndose dicho Servicio de su función exclusivamente médica) y que son seguidas por el órgano instructor, son del todo contrarias a Derecho, habiéndose aplicado incorrectamente la doctrina jurisprudencial incluida en la Propuesta de Resolución.

2.2. En segundo lugar, en cuanto al segundo pronunciamiento contenido en la Propuesta de Resolución, de forma subsidiaria al primer pronunciamiento anteriormente mencionado, la remisión al informe del SIP que sustenta la desestimación de la reclamación, es necesario señalar que el art. 88.6 LPACAP establece que «6. *La aceptación de informes o dictámenes servirá de motivación a la resolución cuando se incorporen al texto de la misma*» y, en este caso, el texto del informe del SIP no se incorpora a la Propuesta de Resolución, lo cual constituye un defecto formal que puede no causar indefensión a la interesada, que accedió a tal informe con ocasión del trámite de vista y audiencia, ni impide el pronunciamiento de fondo de este Consejo Consultivo, el cual tiene conocimiento del contenido de tal informe al obrar en el expediente remitido a este Consejo Consultivo, junto con la totalidad de informes emitidos en relación con este supuesto.

A mayor abundamiento, cabe señalar que dado que se entiende por este Consejo Consultivo que la reclamación se presentó en plazo y que en los informes obrantes en el expediente, tanto los aportados por la Administración, como por la interesada, tratan debidamente la totalidad de las cuestiones médicas planteadas por la misma, se entrará a dictaminar sobre ellas, aunque en los términos que más abajo se expresan.

Por último, sería conveniente, en cumplimiento del art. 88.6 LPACAP, que en la Resolución definitiva que se dicte por parte del SCS se incorporara el texto del informe del SIP.

3. En cuanto al análisis del resto de requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria, procede realizar las siguientes manifestaciones:

3.1. El régimen de la responsabilidad patrimonial de las administraciones públicas, en nuestro ordenamiento jurídico, descansa hoy en el precepto del art. 106 de la Constitución, que da derecho a los particulares a ser indemnizados por toda

lesión que sufran en sus bienes y derechos que sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, salvo en los casos de fuerza mayor.

En cumplimiento del mandato constitucional, la LRJSP por un lado y por otro la LPACAP regulan el régimen jurídico general de la responsabilidad patrimonial de la administración y las especialidades procedimentales de su exigencia.

Y en aplicación y obediencia de tales preceptos la jurisprudencia, la práctica judicial, la doctrina de los órganos consultivos y también la propia práctica administrativa ha construido un consistente y sólido cuerpo de doctrina, formada por un conjunto de principios tanto y de tal modo repetidos que no es difícil su exposición simple y resumida: para que exista responsabilidad se requiere que haya habido un daño, efectivo y evaluable, sufrido por uno o varios perjudicados concretos, que no tengan el deber jurídico de soportarlo y que no sea resultado de una fuerza mayor, sino que haya sido un efecto demostradamente causado por el funcionamiento de un servicio público aunque, en el caso del servicio público sanitario, no podrá tenerse por causa del daño el servicio público si se ha prestado con arreglo y sujeción a las exigencias de la *lex artis ad hoc*.

Nuestro Consejo viene aplicando reiteradamente la doctrina resumida (véanse, en fechas recientes, los DCC 254, de 11 de junio, DCC 183, de 6 de mayo, DCC 137, de 3 de abril, DCC 122, de 18 de marzo, todos de 2025) que suelen resumirla con frecuencia mediante la cita de concretos precedentes jurisprudenciales.

Así, por ejemplo, en el citado DCC 265/2025, se dijo:

«2. En el Dictamen de este Consejo Consultivo 673/2024, de 21 de noviembre, entre otros muchos, se ha manifestado con carácter general acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, que: «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 existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos: - La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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”. En este sentido 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, 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”».

3.2. La aplicación de todo ello a los supuestos concretos de exigencia de responsabilidad patrimonial requiere que, en la tramitación del expediente, se atiendan y cumplan las exigencias procedimentales singulares o específicas que ordenan las leyes antes citadas (LRJSP y LPACAP), según las cuales ha de ser objeto de pronunciamiento particular y expreso de la administración el relativo a la existencia de relación de causalidad entre la actuación del servicio público y el daño.

La misma exigencia de tal pronunciamiento o contenido explícito se impone también a este Consejo Consultivo (art. 81.2, párrafo tercero LPACAP).

Por ello, en el caso de servicios sanitarios, esta exigencia obliga a pronunciarse sobre el acomodo a la *lex artis* de la actuación del servicio público, pues no habrá causalidad ni daño antijurídico si la *lex artis* ha sido cumplida.

La especial exigencia legal de un pronunciamiento explícito sobre la causalidad y, por tanto, sobre el ajuste de la actuación a la *lex artis* no debe sorprender, dada su trascendencia pero también en la medida de su nada insólita complejidad, pues no es infrecuente -en el parecer y la experiencia de este Consejo- que ello requiera un escrutinio particular y especialmente atento -huelga recordar que no simple ni elemental, por sí mismo inadmisible- a las informaciones técnicas, al relato de los hechos, a las constancias documentales y también a las opiniones periciales que puedan obrar en el expediente.

La causalidad no es en sí misma un hecho, un puro elemento fáctico, cuya constatación sea posible por los sentidos humanos o -a su través- por los testimonios o referencias de que se dispongan. Es una relación entre hechos, acomodada a las reglas del sentido común y al propio concepto de causa y de causalidad. Lo que en la doctrina del Consejo se requiere cuando se exige la prueba de la relación de causalidad es la prueba de lo que esa misma doctrina ha denominado el *sustrato fáctico* o *los sustratos fácticos* (DCC 254/2025, citado, y 252 y 202) de la causalidad, que permitan relacionar inequívocamente el daño con la actuación sanitaria y atribuir a esta actuación contradicción o incumplimiento de la *lex artis*.

3.3. En este punto y en este concreto expediente, las consideraciones anteriores llevan a examinar el contenido del informe del SIP, en el que se efectúa tanto una exposición ordenada de lo efectuado por los servicios sanitarios dependientes del SCS, como una valoración o análisis de sus concretas actuaciones y de su ajuste a la *lex artis*.

El Servicio de IP concluye su informe expresando una opinión favorable o positiva, en estos términos, que queremos transcribir:

«10.- Analizados todos los documentos que obran en el expediente, consideramos que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación médica dispensada, puede calificarse acorde al proceso clínico en cada momento».

Sobra decir que esta conclusión de este informe no es solo la expresión puramente apodíctica del parecer del inspector firmante, sino que viene precedida de una detallada y sistemática exposición -y circunstanciado análisis- de lo acaecido desde el día 20 de agosto de 2023 en adelante, en que la reclamante fue atendida por los servicios médicos, primero del SCS y luego de otros centros sanitarios.

Esta exposición detalla, relata y a su término concluye que el padecimiento que, en lo esencial, es motivo de la reclamación es una enfermedad epiléptica -aunque no en todos los momentos y partes de este informe y de otros que figuran en el expediente se utiliza esta misma expresión («*epilepsia*»), calificada de *persistente* y *superrefractaria*, cuya etiología no ha podido ser determinada de modo concluyente.

Los razonamientos del informe del Servicio de Inspección y los fundamentos que van encadenándolos resultan, a juicio de este Consejo, consistentes y conducentes, con toda lógica, a sus conclusiones finales, y tanto aquellos razonamientos como estas conclusiones podrían compartirse por este Consejo, en su momento. Para resumirlos es útil hacerlo con sus propias palabras:

«La paciente presentó un cuadro neurológico raro, grave y potencialmente mortal, con necesidad de ingreso en UCI y secuelas físicas (polineuromiopatía del paciente crítico). Estas secuelas están vinculadas, al menos en parte, al mismo proceso neurológico, a la necesidad de una hospitalización prolongada y a su estancia en un entorno crítico. Todo esto no constituye, por sí solo, una evidencia de mala praxis.

Se activaron los recursos diagnósticos adecuados, ajustados a sus circunstancias clínicas y limitaciones, como la alergia al yodo y la baja colaboración para la resonancia magnética. El tratamiento fue dinámico, con ajustes continuos de la medicación, incluyendo sedación profunda cuando fue necesario.

El daño neurológico y el deterioro cognitivo adquirido no se debió a una actuación médica inadecuada ni a un ictus ocurrido durante la estancia en el CHUIMI, sino a una complicación secundaria al estatus epiléptico superrefractario —una patología grave y de alta morbilidad—, así como a procesos posteriores a la atención recibida en dicho centro».

Todo ello, como se reseña en el propio informe, ha ocasionado a la paciente sufrimientos y padecimientos intensos y graves, que han de merecer la compasión de quien llega a conocerlos, como resultan del expediente y del mismo informe del SIP.

Sin embargo, ni la propia constancia y gravedad e intensidad del daño producido por la enfermedad o enfermedades de la reclamante ni la imposibilidad de precisar su causa u origen pueden ser fundamento del reconocimiento de responsabilidad de la administración pública, pues no son prueba de mala práctica ni por tanto título ni motivo para declarar existente y probada la relación de causa a efecto entre la actuación del SCS y el daño.

Como ha dicho el TS y ha repetido este Consejo Consultivo, sin la prueba de que la relación de causalidad existe y se sustenta en hechos indubitados la ley no permite o, mejor dicho, impide que se atribuya responsabilidad a la administración. El desconocimiento que pueda subsistir sobre la causa del daño, al cabo del expediente y pese a su correcta sustanciación, incluso en los supuestos en que pueda llegar a trasladarse a la administración la carga de la prueba *«no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión»* (DCC 254/2025, antes citado, y también DCC 253 y 252 ambos de 2025, y STS 10 de julio de 2012 [ECLI: ES:TS:2012:4956, entre otras).

Por ello, puede ser conforme con el parecer de este Consejo sostenido en los Dictámenes reseñados y muchos otros la reflexión que el Informe dedica a reseñar la falta de conocimiento preciso de la causa de la enfermedad, que dice así:

«En síntesis, la imposibilidad de establecer una etiología definitiva no constituye, por sí sola, indicio de mala praxis».

Y añade:

«El diagnóstico de FIRES, que tampoco esclarece el origen subyacente, es plenamente compatible con el abordaje seguido en el CHUIMI».

(Mediante el acrónimo FIRES se denomina una enfermedad o patología llamada Febrile Infection-Related Epilepsy Syndrome, es decir, Síndrome Epiléptico Relacionado con Infección Febril. *«El FIRES es un síndrome de encefalopatía epiléptica raro y potencialmente mortal, caracterizado por el inicio súbito de crisis tónico-clónicas multifocales y bilaterales, que aparece tras una enfermedad febril inespecífica. Este síndrome se desarrolla en personas sin antecedentes de epilepsia y sin una causa identificable al inicio de las crisis».* [SIP, folio 702]

3.4 Pero, pese a todo ello, subsiste a juicio del Consejo una cuestión que no resulta suficientemente esclarecida en el relato de hechos que formula el SIP ni en sus conclusiones ni en los informes que acompañan al del SIP, pese a que en unos y otros se menciona esta cuestión y pese a que se refiere como un elemento que puede haber sido influyente en la aparición de la enfermedad, y que la paciente, por su parte, presenta como uno de los fundamentos que ella cree básicos de su reclamación.

Se trata de la posibilidad -así calificada en distintos puntos del expediente por algunos de los informes y por el propio SIP- de que la paciente reclamante hubiera padecido en los momentos iniciales del curso de las patologías que sufrió y que motivan su reclamación una *deprivación* -que es la discontinuidad en la toma de ciertos medicamentos o sustancias- de benzodiacepinas y mórnicos, y que esta deprivación pudiera haber actuado como desencadenante -*trigger*- de la enfermedad y de los padecimientos posteriores.

En los informes y sus fundamentos se razona que tal deprivación ni explica ni ocasiona un padecimiento de la duración y las características como el sufrido por la reclamante y, además, también se dice que ni es seguro ni es sabido o conocido ni está descrito en la literatura médica que la deprivación -una suerte de *síndrome de abstinencia*- origine los síntomas que presentó la enferma.

Pero, a pesar de todo ello, tal posibilidad continúa mencionándose en los informes, para recordar su existencia o para negar sus pretendidos (por la reclamante) efectos, de modo que el interés por su esclarecimiento no se disipa ni desaparece y el Consejo lo percibe así.

Sostiene el SIP en su informe esto que copiamos:

«Si bien la hipótesis de privación brusca de benzodiacepinas –tras la gastroenteritis y la suspensión por parte de la paciente de su tratamiento benzodiazepínico– podría explicar el desencadenamiento inicial (trigger), no justificaría la persistencia ni la refractariedad del estatus, pues las crisis recidivaron pese a la reinstauración y aumento de benzodiacepinas y a la utilización de varias líneas de antiepilépticos, evolución que no es típica de estos cuadros».

Por su parte, el Servicio de Neurología dice:

«Sumado a lo previo, se excluye de forma razonable la abstinencia a benzodiacepinas como posible etiología cuando se produce la recidiva del estado epileptico una vez controlado y estando en tratamiento con múltiples fármacos antiepilépticos incluido altas dosis de benzodiacepinas».

Pero el mismo Servicio, en el Informe de Traslado de la Paciente al Hospital de Puerta de Hierro, de Madrid, afirma:

« (...) inicialmente, se plantea una posible causa tóxica relacionada con la privación de benzodiacepinas y mórficos debido a un cuadro emético. Sin embargo, la recurrencia del cuadro sin nuevas modificaciones ni signos de abstinencia a esta medicación hace poco probable esta posibilidad».

De las indicadas referencias se deduce que en algunos momentos del proceso patológico de la reclamante los servicios sanitarios estimaron como posible -y no enteramente improbable- que la llamada privación de ciertos medicamentos o fármacos -benzodiacepinas y mórficos- pudo desencadenar el cuadro epiléptico o próximo a la epilepsia. Esta posibilidad se califica como *poco probable* y se estima incapaz de explicar o justificar la persistencia y la refractariedad del estatus patológico, su recurrencia y las recidivas, pero no se descarta.

El Consejo no ha dejado de advertir que el SIP documenta y acredita con precisión la aplicación, desde ciertos momentos posteriores al ingreso hospitalario del día 25 de agosto en el CHUIMI, de los medicamentos que venía utilizando la enferma, según se refiere en los apartados 3a, 3b, 3c y 3 de su Informe, según los

cuales desde el mismo día 26 se dispensaron y administraron en algunas ocasiones algunos de los fármacos de que se trata u otros similares, primero por vía intravenosa y luego por vía oral, por lo que en realidad -dice el SIP- no se produjo la privación en los términos en que la relata la demandante.

Sin embargo, ello obliga a preguntarse por el hecho de que en los informes transcritos -y alguna otra parte del expediente- se aluda al consumo, que llega a calificarse de *dependencia*, de los fármacos como un estado previo de la paciente, y que se mantenga la referencia a la posibilidad de que ello haya constituido el disparador o *trigger* del estatus patológico posterior. También resulta notoria, tanto como ilustrativa, la explicación de que los medicamentos de consumo habitual de la paciente no figuraban en su historia clínica dado que su residencia habitual es o era Madrid y no Canarias, referencia cuya lectura hace pensar que se trata de una carencia necesitada de explicación o justificación y que conduce, de igual forma obligada, a preguntarse si conociendo tal condición no era posible obtener la información necesaria o que fuera relevante sobre los medicamentos tomados o utilizados por la paciente antes de su ingreso, recabándola de ella misma o de sus familiares o acompañantes, cuya presencia consta, o se deduce de los informes. Tal circunstancia, dice el SIP, justifica el que el consumo de tales fármacos no se reseñara en los informes iniciales, ni la situación de dependencia.

Pero, además, lo que el Consejo encuentra necesitado de nuevos informes es que todas las referencias y manifestaciones y consideraciones transcritas -en relación con esta cuestión de la privación- se refieren al período que se inicia el día 25 de agosto, pero no a los días que transcurren entre la primera visita al CHUIMI, el día 20, y los días posteriores.

Es el día 20 cuando la paciente acude por primera al SCS, en primer término al Centro de Salud de El Calero y luego al propio CHUIMI, y en esas ocasiones ni se refiere ni se menciona ni consta que se hiciera alusión ni tratamiento ni indicación alguna sobre los fármacos que estuviera tomando la paciente y la conveniencia de no interrumpirlos.

En relación con ello, es también llamativo que el SIP se refiere a la privación o privación como iniciada en el contexto de algunas alteraciones ocurridas unos días antes de su ingreso:

« (...) la hija refiere que unos días antes del ingreso la paciente confundió una estatua con “algo”, y que presentaba visión de “dos moscas volantes” desde hacía más tiempo. Fue valorada en óptica sin referir alteraciones. Los familiares no habían

observado deterioro cognitivo aparente, aunque sí se describe que estaba algo lenta en el pensamiento. En ese contexto, se había iniciado descenso de medicación psicotrópica».

Se había iniciado, dice el SIP, pero no dice por quién se decidió ese *inicio del descenso de medicación psicotrópica*. No queda claro, pues, al menos en el entendimiento de este Consejo, si en la atención sanitaria del día 20 y madrugada del 21 se efectuó la correcta anamnesis de la paciente, si se obtuvo información sobre los antecedentes referidos y si se hizo alguna actuación sobre los medicamentos y fármacos que debía seguir tomando la paciente.

Si se produjo privación, y esta privación pudo desencadenar el curso de los padecimientos posteriores -aunque no haya sido su causa- es obligado disponer de cuanta información quepa obtener sobre todo ello y sin que el instructor la obtenga no podrá considerarse satisfecho el mandato de la LPACAP sobre los informes necesarios (art. 79) ni dictarse una resolución ajustada a la misma (art. 88.1) ni tampoco podrá pronunciarse antes este Consejo Consultivo (art. 81.2).

En este expediente, como en otros anteriores, ha entendido el Consejo que la existencia de informe del SIP, que en el presente caso resulta claro, ordenado, sistemático y de utilidad para el conocimiento y valoración de los hechos que originan el expediente, y de sus consecuencias, no impide la solicitud de un informe complementario, cuya necesidad puede derivarse, precisamente, de los contenidos y las conclusiones del propio informe del SIP.

Así, por ejemplo, en nuestro DCC 163/2025, de 24 de abril:

«Respecto a la singular trascendencia del informe del SIP en el marco de los procedimientos administrativos tramitados en concepto de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, procede remitirnos a lo manifestado por este Consejo Consultivo de Canarias en su Dictamen 63/2024, de 1 de febrero, cuyo contenido se da por reproducido, y los que en él y otros que se citan por nosotros corrientemente (P. ej., DDCC 41/2024, 53/2024, 63/2024, 105/2024, 163/2024, 189/2024, 226/2024, 358/2024 y 642/2024), en la mayor parte de los cuales se encomia explícitamente la consistencia de sus contenidos y la seguridad que proporcionan a quien ha de pronunciarse o dictaminar sobre su objeto. Ello, sin embargo, no ha impedido que el propio Consejo reclame, para entender completa y ajustada a las exigencias legales la instrucción del expediente, informes complementarios o adicionales al propio SIP cuando de los que haya emitido no sea posible obtener base suficiente para considerar que la resolución que se dicte cumple las exigencias legales de

exhaustividad, motivación y de congruencia con los pedimentos que fundaron la iniciación del expediente. (Vid. el reciente DCC 151/2015, de 10 de abril)».

4. El Consejo, a la vista de todo ello, entiende que no puede considerar que el expediente esté completo, en los términos que exige la ley, pues falta que algún informe esclarezca, por un lado, si pudo ser o no ser la privación de los medicamentos citados el desencadenante de la enfermedad y por qué, cómo y cuándo ello se produjo.

Se estima, por tanto, que para completar el expediente y cumplir las exigencias legales citadas, de exhaustividad, motivación y congruencia, debe retrotraerse y recabarse informe complementario del SIP sobre las cuestiones resumidas en el párrafo anterior y detalladas más arriba, en el apartado IV.4, es decir, si se produjo y sufrió la reclamante privación de algunos fármacos, si ello pudo evitarse en las actuaciones efectuadas por el SCS, incluso con anterioridad a su ingreso en el CHUIMI, y si hubo alguna probabilidad, caso de existir la privación, de que esta originase el comienzo de la enfermedad posterior de la paciente, aunque no pueda explicar -si es el caso- su persistencia, sus recidivas y su refractariedad.

Y también sobre lo que sea antecedente, complemento o consecuencia de las cuestiones referidas.

Obtenido el informe complementario, procederá conceder nueva audiencia a la interesada, formular nueva propuesta de resolución y remitirla a este Consejo para su preceptivo dictamen.

C O N C L U S I Ó N

El Consejo Consultivo no puede considerar conforme a derecho la Propuesta de Resolución analizada, porque entiende que se debe retrotraer el expediente a los fines y para los trámites expresados en el anterior Fundamento IV.