Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 7 3 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 22 de septiembre de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 331/2025 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 Secretaria General del Servicio de la Salud 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 reclamada por la interesada (300.000 euros) determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación de la Sra. Consejera de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias -en adelante, 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 -en adelante, LPACAP-.

En cuanto a la preceptividad del dictamen, es necesario precisar que la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 ha modificado la LCCC, mediante su Disposición final sexta, que establece:

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

«Uno. Se modifica la letra e) del apartado 1.D) del artículo 11 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, que queda redactado como sigue:

"e) Reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 60.000 euros. No obstante, tratándose de solicitudes de dictamen que versen sobre reclamaciones en materia de responsabilidad patrimonial frente a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejo Consultivo será competente para dictaminar cuando la cuantía de la reclamación sea superior a 20.000 euros"».

Por lo que, vista la cuantía indemnizatoria reclamada, el Dictamen de este Consejo Consultivo resulta preceptivo.

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 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. 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, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 [BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015] de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

5.1. En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 504/2021, de 21 de octubre

(con cita, entre otros, de los Dictámenes anteriores 449/2021, de 23 de septiembre y 66/2020, de 3 de marzo), reiterada en el más reciente de 16/2023, de 18 de enero:

«4.1.1. Respecto a la posibilidad de reclamación por daños -patrimoniales y extrapatrimoniales- derivados del fallecimiento, se ha de indicar lo siguiente:

La doctrina y la jurisprudencia consideran de forma prácticamente unánime que la muerte en sí misma considerada no se indemniza (a quien la sufre), sino que lo que se indemniza es la pérdida neta que sufren aquellas personas que dependían económicamente de los ingresos de la víctima (daño patrimonial), así como el dolor, sufrimiento, aflicción, la pérdida de la compañía, de proyectos conjuntos, etc., que produce a los familiares y allegados la muerte de una familiar (daño no patrimonial).

El fallecimiento de una persona da lugar a daños patrimoniales y no patrimoniales, pero no los sufre el que muere, sino los familiares cercanos, de modo que la indemnización no la perciben iure hereditatis, sino iure proprio. Se trata de un criterio generalizado en el Derecho comparado europeo, en el que la privación de la vida, no se considera un daño a efectos de las normas que regulan la responsabilidad y no es indemnizable.

En nuestro ordenamiento jurídico, el criterio de que el perjudicado por la muerte no es quien muere, sino los parientes allegados, se recoge en el baremo previsto para las indemnizaciones que se deriven de accidentes de tráfico. En consecuencia, la privación de la vida no es indemnizable a quien fallece, y, por tanto, nada se puede transmitir a los herederos del que muere.

La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, las diversas Salas del Tribunal Supremo consideran hoy que están legitimadas para reclamar por la muerte de una persona quienes resulten personalmente perjudicados por ella, en cuanto dependían económicamente del fallecido o mantenían lazos afectivos con él, de modo que ejercen un derecho originario y no derivativo. La STS (Sala de lo Civil) de 1 de abril (RJ 2009/4131) señala lo siguiente: "es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable ex iure proprio, al no poder sucederse en algo que no había ingresado en el patrimonio del de cuius, por lo que la legitimación no corresponde a los herederos en cuanto tales, sino a los perjudicados por el fallecimiento, pues sólo los vivos son capaces de adquirir derechos".

4.1.2. Dicho lo anterior, se ha de añadir que, como muy bien señala la sentencia de 2 de octubre de 2013, de la Sala de los Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (rec.780/2006), " (...) 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 propio´, 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´" (...) ».

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de la esposa (...) para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños derivados de su óbito [art. 4.1, letra a) LPACAP]. Legitimación activa que no es puesta en entredicho por la propia Administración Pública sanitaria.

Tal y como se cita en el Dictamen 292/2021, de 24 de mayo, de este Organismo consultivo *«sólo podrán reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento de (...) aquellos que posean: "vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios causados directamente de la muerte producida" (STS, de 4 de noviembre de 1999; STSJ de Navarra n.º 1089/2003, de 17 de octubre de 2003).*

Al tratarse de un daño moral en los sentimientos, se hace necesario poner un límite a la condición de legitimado. Es obligado establecer un orden de preferencia excluyente, siguiendo un orden lógico de afinidad con la fallecida, de forma que sean los más inmediatos los que, en su caso, reciban la indemnización con exclusión de los demás, primando de forma natural, a quienes hayan sufrido de forma más palmaria y directa. El Tribunal Supremo, en algunos casos se refiere a "parientes más allegados". Según la jurisprudencia, puede establecerse un orden de preferencia:

1.- Los miembros de la familia nuclear, que en este caso se desconocen, si bien parece desprenderse de la reclamación que (...) estaba casada y tenía un hijo, que no se identifican (¿?). El dolor de la familia nuclear, es decir, marido e hijos, se presume, no requiere prueba (STS de 15 de abril de 1988). No obstante, estos, los más allegados, no formulan reclamación en este caso.

2.- Para el resto de los parientes no existe presunción, requiriéndose la acreditación de alguna de las siguientes circunstancias para establecer su legitimación: Que pertenezcan de hecho a la familia nuclear por convivir con ella, o bien se demuestren fuertes e importantes vínculos afectivos, asimilándose a los que normalmente se dan entre los miembros de la familia central.

En síntesis, la jurisprudencia ha atribuido la legitimación de los daños morales derivados del fallecimiento de una persona, en primer lugar, al viudo o viuda, junto a los hijos del fallecido y en segundo término a sus padres si la víctima está soltera (STS de 2 de julio de 1979; STS de 14 de diciembre de 1996). Finalmente, los hermanos también estarían legitimados en defecto de otros familiares más allegados (los ya expuestos) (STS de 4 de julio de 2005), debiendo probar en su caso la vinculación afectiva entre ellos, su dependencia económica o su convivencia en el núcleo familiar».

La doctrina transcrita ha sido más recientemente reiterada por este Consejo en el ya citado Dictamen 16/2023, de 18 de enero, y también, entre otros, en los Dictámenes 433/2024, de 18 de julio, 531/2024, de 23 de septiembre, 538/2024, de 1 de octubre, 564/2024, de 8 de octubre y 331/2025, de 29 de julio, la cual es plenamente aplicable al presente caso.

5.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente, al Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple asimismo el requisito de no extemporaneidad de la acción, ya que se ha ejercitado por la interesada en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues presenta la reclamación el 3 de septiembre de 2024 en relación con el fallecimiento de su esposo, acaecido el 24 de septiembre de 2023.

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 ex art. 21.1 y 6 LPACAP.

II

La reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo.

A este respecto, la interesada fundamenta su pretensión resarcitoria en los siguientes presupuestos fácticos:

«VINCULACIÓN CAUSAL ENTRE EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO PÚBLICO SANITARIO Y EL FALLECIMIENTO MI ESPOSO

Déficit asistencial correcto ante la tos persistente por parte del servicio de oncología, habiendo influido en el desarrollo del fatal desenlace.

Era un paciente de alto riesgo, al estar inmunodeprimido a causa del tratamiento de quimioterapia que había estado recibiendo.

El riesgo que tiene el paciente de adquirir estos microorganismos aumenta a medida que lo hace su estancia en el hospital, se debió aislar al paciente con defensas muy bajas frente a los agentes infecciosos del ambiente.

La infección, se reveló antes de que se llegasen a conocer los resultados de los cultivos remitidos a la planta de oncología, así como la tardanza en administrar un tratamiento antibioterápico suficiente y adecuado.

Se hace constar que en este tipo de pacientes en tratamiento con quimioterapia la fiebre puede ser el signo más temprano, y, en muchas ocasiones único, de infección, siendo muy importante el tratamiento inicial apropiado en el paciente con neutropenia febril.

En este caso mi esposo estuvo en situación de neutropenia febril el 14.07.2023 (primer ingreso por urgencias), el 02.08.2023 (segundo ingreso por urgencias) y 13.09/2023 (tercer ingreso por urgencias).

Mi esposo es evidente que tenía una legítima expectativa de seguridad de no contraer en el centro hospitalario una patología adicional a la que sufría y que precisamente desencadenó su muerte.

Existencia de un funcionamiento anormal del servicio sanitario causalmente relacionado con un resultado lesivo antijurídico que ha consistido en la adquisición, durante las estancias en el hospital, de una enfermedad nosocomial que causó su muerte, a consecuencia de no habérsele proporcionado todos los medios de los que el hospital disponía para evitar el contagio.

Esta pérdida de oportunidad en cuanto a los medios puestos a disposición del paciente y falta de atención médica adecuada a fin de disminuir la progresión enfermedad, una mayor probabilidad de supervivencia, aumentar sus posibilidades de curación, genera responsabilidad en la administración sanitaria.

DETALLE DE LOS HECHOS

Mi esposo fallece el 24/09/2023 (...)

Diagnosticado de Adenocarcinoma de próstata, Gleason 7 4+3). Prostatectomía radical en 2011 con posteriores estenosis uretrales, portando un colector por incontinencia.

Hasta enero del 2019 le atiende el Servicio de Urología, su tratamiento médico es con bloqueo hormonal (Decapeptyl semestral 22.5 mg., Eligard semestral 45mg).

En febrero 2019 es derivado a Oncología Médica del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC) (Estadio IV por afectación ósea y ganglionar (PSA indetectable), siendo su médico el Dr. (...), empieza con Enzalutamida en primera línea.

Es radiado por lesión ósea en 4º arco costal izquierdo el 13.05.2022 y cuerpo vertebral D4 el 12/05/2023 (tres sesiones).

Recomiendan quimioterapia por progresión enfermedad (Docetaxel) en 2ª línea.

Según documento de consentimiento informado 12.06.2023 el beneficio es disminuir la progresión y mayor probabilidad de supervivencia. Circunstancia que no se ha dado.

Nos comunica el Dr. (…) que abandona el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria para dedicarse a otra rama de su especialidad, por lo que dejará todo dispuesto para empezar la quimioterapia.

(…) antes de empezar la quimioterapia tenía golpes de tos.

Desde el inicio de su tratamiento con quimioterapia 13/06/2023 hasta su fallecimiento 24/09/2023 (3 meses y 11 días), acontecen CINCO SESIONES DE QUIMIOTERAPIA Y TRES INGRESOS POR SERVICIO DE URGENCIA.

1º Quimio el 13/06/2023. Siempre el día anterior debe ir a consulta oncológica para con la analítica hecha ver que todo está correcto y administrar su tratamiento. Le asignan a la nueva doctora para llevar su caso la Dra. (...). Pero es atendido por una Dra. sustituta.

2º Quimio 04/07/2023. Consulta día anterior. Atendido por la Dra. (…).

(DOC. 1). - 14/07/2023 INGRESO POR URGENCIAS, por fiebre 38º. Refiere que tiene tos. Diagnóstico: Neutropenia febril sin foco. ALTA EL 17/07/2023.

3º Quimio 26/07/2023. Consulta día anterior. Atendido por la Dra. (…). Acompañado por mí, se hace mención a la doctora de la persistencia de tos. Nos indica que lo único que puede prescribirle en un inhalador. No hay examen físico.

Acudimos el 31/07/2023 al Centro Salud preocupados por la tos y hongos. Tras examen físico (auscultación, saturación oxígeno (...)) por Dra. recibe tratamiento antibiótico, inhalador y fúngico.

Antes de iniciar el tratamiento de quimioterapia, nos informamos cual sería la pauta a seguir en caso de necesidad consulta por algún problema salud relacionado con la quimio, siendo informados por el enfermero al que nos derivó el Dr. (…).: "Si tiene fiebre de 38º o más acudir por urgencias e indicar que es enfermo oncológico". "También dispone de contacto telefónico en horario de mañana", pero nunca tuvimos la suerte que nos descolgaran el teléfono.

(DOC.2).- 02/08/2023 INGRESO POR URGENCIAS, por fiebre 38º. (…) comenta tos crónica tras RT en T4. Diagnóstico: Neutropenia febril sin foco aparente. Dentro del Plan establecido por la Dra. (Oncóloga de guardia) señala: " (...) dejar solicitadas pruebas de valoración de respuesta por la tos persistente". ALTA 03/08/2023.

(Doc. 3) 08/08/2023 TC TORAX ABDOMEN PELVIS. Entre los hallazgos "Signos de ocupación de la vía aérea periférica en LID".

4º Quimio 18/08/2023. Consulta día anterior. Atendido por sustitución Dra. (...) Ajustan quimio al 80%.

En los días siguientes la tos es de mayor intensidad.

Acude el 25/08/2023 Centro Salud por el mismo problema (...) tos. Recibe tratamiento antibiótico y expectorante.

5º Quimio 08/09/2023. Consulta día anterior. Atendido por la Dra. (...)

(Doc. 4). 13/09/2023 INGRESO POR URGENCIAS. A las 9:55 h Fiebre 38º. Refiere tos. RT Lesión cavitada en LSD, absceso pulmonar.

El 14/09/2023 a las 17:10 h. sube a Planta de Oncología (permanece en Urgencias 31 horas. Cuando lo pude ver, se encontraba en el pasillo de ese Servicio).

(DOC.5) Fallece en planta de Neumología el 24/09/2023 por Neumonía nosocomial necrotizante por Pseudomonas aeruginosa multiresistente (bacteria hospitalaria) y coinfección por Pneumocystis Jirovecci (hongo).

He detectado una serie de irregularidades en la atención que se le prestó a mi esposo, las cuales considero que fueron decisivas para el desenlace fatal. En particular quiero destacar los siguientes puntos:

Resulta bastante frustrante, desalentador, creando una sensación de abandono a tu suerte, que ante la necesidad de consulta puntual, te ofrezcan una serie de teléfonos en horario de mañana y no se logre contactar. (Eso fue lo que el enfermero nos comentó y sólo en caso de fiebre 38º a Urgencias, esas fueron las vías que supimos). Por lo que se recurre en dos ocasiones al Centro de Salud correspondiente.

Por parte del servicio de consulta oncológica resulta contrario a una atención adecuada el haber pasado desde el inicio del tratamiento de quimioterapia por tres oncólogos diferentes en tan poco tiempo, dando lugar a crear inseguridad y desestabilizar emocionalmente al paciente, encontrándose en una situación ya de por si sumamente difícil y vulnerable.

Por otro lado, no solo se trata de leer una analítica y enviarle a sesión de quimioterapia sino de escuchar al paciente, recibir el tratamiento adecuado a la dolencia que se expuso, (tos persistente) sin considerarla y profundizar en ella y que se prolongó durante todo el tratamiento de quimioterapia (máxime cuando tuvo tres ingresos por urgencias).

Ahí estaba la causa que desencadenó su fallecimiento.

En cuanto al Servicio de Urgencias, al cual mi esposo acudió tres veces, permaneció en la misma zona que los demás pacientes siendo una persona inmunodeprimida estando expuesto a un mayor riesgo de contraer infecciones como ocurrió. Es por ello que deben de tomar las medidas adecuadas en beneficio de los pacientes en esa situación.

Considero que estos hechos constituyen una grave negligencia médica y organizativa siendo determinantes en la pérdida irreparable de mi esposo. Como consecuencia, esta situación ha causado un inmenso sufrimiento a nuestra familia y ha tenido un impacto devastador en nuestras vidas.

Es por lo que se presenta esta solicitud de responsabilidad patrimonial».

La interesada en este escrito inicial no cuantifica la indemnización que solicita, si bien en trámite mejora de su solicitud reclama la cantidad de 300.000 euros.

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

- El procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial se inicia mediante la presentación –con registro de entrada en el Servicio Canario de la Salud el día 3 de septiembre de 2024- de escrito de reclamación formulado por (...) en el que se interesa el resarcimiento de los daños y perjuicios irrogados a la perjudicada como consecuencia, presuntamente, del defectuoso funcionamiento del servicio público sanitario.

- Con fecha 17 de septiembre de 2024 el órgano instructor formula requerimiento a la interesada a fin de que mejore la reclamación interpuesta.

- Con fecha 17 de septiembre de 2024 se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la Sra. Pirla Rufino, acordándose la realización de cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución o, en su caso, el acuerdo indemnizatorio que pusiera fin al procedimiento.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma a la interesada.

- En esta misma fecha se solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que recabe el historial clínico y el informe/s del Servicio/s cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable y que, a la vista de la documentación e informes remitidos, emita, si lo estima oportuno, informe en relación a la asistencia sanitaria prestada.

Consta a este respecto en la Propuesta de Resolución *«que conforme a lo dispuesto en la Instrucción nº 9/24 del director del SCS para la tramitación de los expedientes de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria, a la vista de la sencillez de los hechos, o la índole de la reclamación o escasa cuantía, el SIP no emitirá el informe solicitado, pues según recoge el apartado Séptimo. 3.a) de la mencionada Instrucción: "El Servicio de Inspección y Prestaciones, a la vista de la reclamación y de la documentación incorporada, realizará una valoración inicial y adoptará una de las siguientes decisiones:*

a) Si considera que la claridad y exhaustividad de los informes es suficiente para continuar la instrucción remitirá todo lo tramitado al Servicio de Normativa y Estudios.

b) De no ser así, emitirá el informe solicitado (...) ».

A la vista de lo anterior, el 12 de diciembre de 2024 el Servicio de Inspección y Prestaciones, remite únicamente la Historia Clínica y los siguientes informes recabados:

* Informe de 4 de octubre de 2024 emitido por la Dra. (...), Jefa de Servicio en funciones de Oncología Médica del Centro Hospitalario Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (CHUNSC).

* Informe del Dr (...), Subdirector médico del CHUNSC, de fecha 5 de octubre de 2024.

- Con fecha 15 de enero de 2025 se procede a la apertura del periodo probatorio, si bien, una vez admitida la documental propuesta por la interesada e incorporados los informes recabados por la Administración, se resuelve no abrir plazo especial para su aportación, por lo que, de conformidad con el principio de impulso de oficio, procede ordenar que se pase al siguiente trámite en este procedimiento.

En consecuencia, en esta misma fecha se otorga trámite de audiencia, otorgando a la reclamante un plazo de diez días a fin de que pudiese formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimase convenientes.

Ambos trámites constan debidamente notificados a la interesada, que no presentó alegaciones en el plazo concedido al efecto.

- El 5 de diciembre de 2023 se elabora por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud Propuesta de Resolución, en la que se desestima la reclamación de la interesada.

Esta propuesta no es sometida a informe de la Viceconsejería de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión ya resuelta previamente en anteriores expedientes y que ha sido informada por el Servicio Jurídico.

- Finalmente, con fecha 17 de julio de 2025 (con Registro de entrada el siguiente día 21 del mismo mes) se solicita el preceptivo Dictamen de este Consejo Consultivo.

IV

1. Por lo que respecta al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación al apreciar que no concurren en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo (entre otros, en sus Dictámenes 328/2020, de 10 de septiembre y 331/2025, de 29 de julio), *«la jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que "para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

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

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

– Ausencia de fuerza mayor.

– Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración».

3. 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, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

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

En idéntico sentido, 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, por tanto, 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 Consejo Consultivo de Canarias. Así, se ha de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Organismo, 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, entendiendo 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 va 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».

4. Por otra parte, en cuanto a la carga de la prueba, procede señalar la reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de

distribución de la carga de la prueba, que se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el Dictamen 29/2025, de 22 de enero [con cita de los anteriores Dictámenes 704/2024, de 2 diciembre y 272/2019, de 11 de julio]*:*

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa no sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y, del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite

trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo *« (…) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».*

5. Pues bien, sentada la anterior doctrina, en el presente caso la interesada fundamenta su reclamación en la deficiente asistencia sanitaria que le fue dispensada a su esposo por el Servicio de Oncología del CHNSC ante la persistente tos que padecía, lo que influyó en el fatal desenlace.

Reclama asimismo por el padecimiento del paciente de una infección nosocomial que le causó la muerte, al no proporcionarle todos los medios de los que disponía el Centro hospitalario para evitar el contagio.

6. A efectos de valorar la asistencia sanitaria prestada al paciente, es necesario tener en cuenta la siguiente sucesión cronológica de hechos, tal como son puestos de manifiesto en la Propuesta de Resolución con base en la historia clínica del paciente:

«El 12 de enero de 2011 se recoge en HC de Atención Primaria (AP) que acude a su centro de salud aportando informe del urólogo en el que se diagnostica de Carcinoma de próstata.

- El 28 de enero de 2011 se realiza prostatectomía radical en C.P. y hormonoterapia y posteriores estenosis uretrales en el CHUNSC.

- En biopsia de fecha 28 de abril de 2014 se mantiene sin evidencia de neoplasia.

- En 2016 sufre recidiva bioquímica del adenocarcinoma de próstata que se trata mediante bloqueo hormonal.

- En diciembre de 2018 presenta progresión bioquímica y aparición de metástasis óseas, ganglionares mediastínicas y dudosa pulmonar (ésta se confirma por crecimiento de los nódulos en julio de 2019). Se considera entonces como enfermedad resistente a castración cuyo pronóstico, en base a los datos disponibles en diferentes publicaciones científicas, es de una mediana de supervivencia global de unos 3-3,5 años.

- Se inicia en 2019 tratamiento de 1ª línea con enzalutamida y análogo LHRH, con control de enfermedad hasta marzo de 2022, cuando se objetiva progresión de enfermedad, con crecimiento de metástasis ósea que se trata mediante irradiación ablativa/SBRT sobre lesión en cuarto arco costal izquierdo 13 de mayo de 2022.

A lo largo de 2022 presenta elevación lenta, pero progresiva, de PSA.

- En marzo de 2023 se confirma progresión ósea y persistencia de afectación mediastínica y pulmonar. Se remite a Oncología Radioterápica quienes indican posibilidad de radiar D4, pero persiste captación en 4º arco costal izquierdo, no siendo posible reirradiar a dosis ablativas en la zona.

Además se aconseja, en base a las recomendaciones de las principales sociedades científicas nacionales (SEOM) e internacionales (ESMO y ASCO), tratamiento de 2ª línea en hormonorresistencia con docetaxel, con intención paliativa.

- Inicia tratamiento de quimioterapia el 13 de junio de 2023, con segundo ciclo el 4 de julio de 2023.

- Ingresa el 14 de julio de 2023 por cuadro de neutropenia febril sin foco. Recibe antibioterapia y factores estimulantes de colonias. Presenta evolución clínica y analítica satisfactoria por lo que se procede alta a domicilio el 17 del mismo mes y año. Recibe 3º ciclo el 26 de julio de 2023 con factores estimulantes de colonias para disminuir el riesgo de infecciones.

- Precisó valoración en urgencias del HUNSC el 2 de agosto de 2023 por sobreinfección respiratoria en el contexto de nueva neutropenia. Refería tos con flemas y sensación de dificultad respiratoria leve. Se le indicó antibiótico (que ya le había puesto su MAP) y filgrastim.

- La Dra. (...) informa que tras recuperación es valorado en consulta el 18 de agosto de 23, en la que se revisa el resultado de TAC del 8 de agosto de 2023 (que se solicitó para

descartar complicaciones y para valoración de la respuesta a la quimioterapia) en el que se describe leve disminución de tamaño de los nódulos pulmonares milimétricos bilaterales. Signos de ocupación de la vía aérea periférica en LID (suelen corresponder a proceso bronquial previo en resolución, las imágenes pueden tardar semanas en desaparecer aunque el cuadro clínico remita). Múltiples ganglios mediastínicos e hiliares inespecíficos, sin cambios significativos. No se observan adenopatías axilares. Espacios pleurales libres.

El paciente presentaba clínicamente y analíticamente resolución del cuadro previo (habitualmente la tos puede tardar en remitir, acentuada además por la sequedad que produce el tratamiento con quimioterapia) por lo que, dados los cuadros previos, siguiendo las recomendaciones de las guías, se reduce el porcentaje de tratamiento de quimioterapia al 75-80% para minimizar efectos secundarios.

- El 8 de septiembre de 2023 acude a la consulta y tras comprobar estabilidad clínica y analítica se programa tratamiento citostático previsto. Nos comenta que dos semanas atrás había ido a centro de salud y le indicaron de nuevo antibiótico por clínica respiratoria alta, resuelta en el momento de la valoración.

- El 13 de septiembre de 2023 acude a urgencias del CHUNSC por fiebre de 38.6ºC y mal estado general. Refiere tos con escasa expectoración mucosa desde el tratamiento con Radioterapia torácica. A la exploración presenta Tª 37.2ºC, consciente y orientado, normohidratado, hipoventilación global. Abdomen blando no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. No edemas en MMII.

Se realiza radiografía de tórax. Lesión cavitada en LSD sugestiva de absceso pulmonar. Se ingresa e inicia tratamiento con antibiótico de amplio espectro (antibiótico con cobertura para gérmenes nosocomiales y multirresistentes). En TAC torácico de 15 de septiembre de 2023 se observan imágenes compatibles con sobreinfección pulmonar con proceso necrotizante bilateral, no presentes en estudios previos, en posible relación con neumonía vírica sobreinfectada. Otra posibilidad es toxicidad pulmonar por tratamiento con sobreinfección.

Exploración broncoscópica de 18 de septiembre de 2023 normal y en cepillado bronquial se aprecia crecimiento de P. aeruginosa multirresistente y P. Jirovecci, por lo que se amplía la cobertura antibiótica.

Presenta deterioro respiratorio apreciándose en control radiográfico una neumonía bilateral con patrón intersticial e insuficiencia respiratoria persistente. Es valorado por Neumología iniciando soporte ventilatorio.

La evolución es tórpida con desaturación, trabajo respiratorio y signos de sufrimiento, por lo que, de forma consensuada con la familia se inician medidas de confort.

Fallece el 24 de septiembre de 2023».

7. Como antes se ha indicado, la reclamante basa su reclamación en dos motivos, a los que los informes obrantes, con apoyo en loa historia clínica, en el expediente ofrecen respuesta que permite apreciar la adecuación de la asistencia sanitaria a la *lex artis*.

7.1. Así, en cuanto a la asistencia prestada por el Servicio de Oncología, de la que afirma la reclamante que fue deficiente en el tratamiento de la tos persistente que padecía el paciente, se indica por la Jefa del Servicio de Oncología del Centro hospitalario que fue diagnosticado de carcinoma de próstata en 2011, con recidivas y progresiones subsecuentes que llevaron a una enfermedad resistente a castración y afectación metastásica incluyendo afectación ósea, mediastínica y pulmonar. A partir de 2019, se inició un tratamiento de primera línea con enzalutamida, que mostró control inicial, pero fue seguido por una progresión que requirió tratamiento quimioterapia con docetaxel.

Explica también la citada facultativa que *«el docetaxel es un fármaco cuya eficacia en esta situación ha hecho que sea aprobado por la EMA y la Agencia Española del Medicamento. Precisa el uso profiláctico con corticosteroides. Este medicamento, tal y como aparece en su ficha técnica, puede causar efectos secundarios graves, algunos de ellos son reacciones alérgicas, retención de líquidos, recuento bajo de glóbulos blancos, infecciones secundarias, anemia, descenso de plaquetas, alopecia, neuropatía periférica, neumonitis, úlceras bucales, diarrea, náusea y vómitos, disminución del apetito, cansancio y dolores musculares».*

En el caso concreto de este paciente, indica:

«Durante el tratamiento, el paciente experimentó neutropenia febril y diversas complicaciones respiratorias en relación a la presencia de cáncer avanzado e inmunosupresión.

Están descritas infecciones por neutropenia febril en torno al 15% de pacientes en algunos estudios. A todos los pacientes en curso de tratamiento se les indica que, si aparece fiebre o se encuentran mal, deben acudir al Servicio de Urgencias del HUNSC para valoración. Así mismo, disponen del teléfono de la consulta, si desean ponerse en contacto con nosotros. Se reciben más de 200 mensajes mensuales a través de dicha vía, pero es para dudas, consultas, etc. Tal y como se ha referido, la indicación al paciente es la de que acuda a urgencias si hay eventos agudos, puesto que se trata de pacientes con inmunosupresión, que en el caso concreto viene dada por múltiples motivos: la presencia de cáncer avanzado, el uso de quimioterapia y de corticoides y otras comorbilidades como su cirrosis hepática alcohólica (compensada, Child A5).

Hasta junio de 2023, el Dr. (...) fue el oncólogo responsable del caso. A partir de esa fecha de 2023, fue la Dra. (...) En general, los pacientes son valorados por su médico excepto que este se encuentre ausente por baja o libranza, en cuyo caso, para que no haya demora en la atención, son valorados por otro facultativo Oncólogo, como así ocurrió, pues en ningún momento estuvo si asistencia facultativa especializada.

El paciente inicia tratamiento el 13/06/23 y tras el segundo ciclo, recibido el 4/07/23 ingresa el 14/07/23 por cuadro de neutropenia febril sin foco. Recibe antibioterapia y factores estimulantes de colonias. Presenta evolución clínica y analítica satisfactoria por lo que se procede alta a domicilio el 17/07/23. Recibe 3º ciclo el 26/07/23 con factores estimulantes de colonias para disminuir el riesgo de infecciones. Precisó valoración en urgencias el 2/08/23 por sobreinfección respiratoria en el contexto de nueva neutropenia. Refería tos con flemas y sensación de dificultad respiratoria leve. Se le indicó antibiótico (que ya le había puesto su MAP) y filgrastim.

1.1.1. La tos en un paciente con cáncer de próstata avanzado puede deberse a muchas causas, algunas de las cuales las presentaba el paciente:

1.1.2.-La presencia de metástasis pulmonares y la afectación mediasínica. Las metástasis a los ganglios linfáticos del mediastino o la expansión del cáncer en áreas cercanas pueden comprimir las vías respiratorias, desencadenando una tos refleja sin infección (el paciente tenía tos desde antes del inicio de tratamiento).

1.1.3.- El tratamiento oncológico: la quimioterapia puede causar tos como efecto secundario. Además algunos tratamientos como el docetaxel pueden producir inflamación pulmonar que provoca irritación y tos. El haber recibido radioterapia (SBRT) sobre lesiones óseas en tórax puede hacer que haya tos por inflamación del pulmón subyacente (en el caso del paciente, radioterapia de D4 y 4ª costilla).

Tras recuperación es valorado en consulta el 18/08/23, en la que se revisa el resultado de TAC del 8/08/23 (que se solicitó para descartar complicaciones y para valoración de la respuesta a la quimioterapia) en el que se describe leve disminución de tamaño de los nódulos pulmonares milimétricos bilaterales (1 en LID, 1 en língula y 4 en LII). Signos de ocupación de la vía aérea periférica en LID (suelen corresponder a proceso bronquial previo en resolución, las imágenes pueden tardar semanas en desaparecer aunque el cuadro clínico remita). (...) El paciente presentaba clínicamente y analíticamente resolución del cuadro previo (habitualmente la tos puede tardar en remitir, acentuada además por la sequedad que produce el tratamiento con quimioterapia) por lo que, dados los cuadros previos, siguiendo las recomendaciones de las guías, se reduce el porcentaje de tratamiento de quimioterapia al 75-80% para minimizar efectos secundarios.

El árbol de gemación es un hallazgo en el TAC que indica inflamación o infección en los bronquios distales. En el caso del TC del 8/08/23 la imagen estaba en probable relación a la infección previa que el paciente presentó y por la que fue valorado y tratado con

antibioterapia el 2/08/23, con buena evolución clínica. Esta imagen también puede indicar otras patologías inflamatorias, neoplásicas o asociadas a enfermedades granulomatosas.

El tiempo que tarda en desaparecer la imagen de árbol de gemación en una tomografía computarizada (TAC) de pulmón es variable, pueden ser semanas o incluso meses después de un tratamiento antibiótico adecuado. Esto sucede porque el árbol de gemación refleja no solo la presencia de infección activa, sino también el proceso inflamatorio o la obstrucción bronquiolar que afecta a las pequeñas vías aéreas. Incluso después de que la infección haya sido eliminada, la inflamación y las secreciones acumuladas pueden persistir durante algún tiempo.

El 8/09/23 el paciente acude a la consulta y tras comprobar estabilidad clínica y analítica se programa tratamiento citostático previsto. Nos comenta que dos semanas atrás había ido a centro de salud el 25/08 y le indicaron de nuevo antibiótico por clínica respiratoria alta, resuelta en el momento de la valoración.

El 13/09/23 el paciente acude a urgencias por fiebre, tos y mal estado general. Tras valoración el Servicio de Urgencias, fue ingresado en nuestro servicio. Se había realizado a su llegada una radiografía de tórax en el Servicio de Urgencias, en la que se identificó una lesión cavitada en el lóbulo superior del pulmón derecho, lo que generó, junto con el resto de clínica, la sospecha de un absceso pulmonar. Ante estos hallazgos, se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro con meropenem (antibiótico con cobertura para gérmenes nosocomiales y multirresistentes).

A las 48 horas de su ingreso, se lleva a cabo una tomografía computarizada (TC) de tórax, que revela imágenes compatibles con un proceso infeccioso necrotizante bilateral, imágenes que no estaban presentes en estudios previos. Ante esta evolución, se decidió ampliar la cobertura antibiótica con Linezolid, además de realizar una fibrobroncoscopia diagnóstica.

A nivel microbiológico, el cultivo de esputo mostró el crecimiento de Pseudomonas aeruginosa, por lo que se ajustó el antibiótico en función de los resultados del antibiograma. Posteriormente, los cultivos obtenidos en la broncoscopia fueron compatibles con Pneumocystis jirovecii, añadiendose Sulfametoxazol-trimetoprima (Soltrim) al tratamiento.

Clínicamente, el paciente comienza entonces a presentar signos de insuficiencia respiratoria. Es valorado por los servicios de Neumología y Medicina Intensiva, decidiéndose traslado a la Unidad de Cuidados Respiratorios Intensivos (UCRI) para iniciar ventilación mecánica no invasiva de alto flujo.

A lo largo de los días siguientes, el seguimiento fue realizado de forma conjunta con los servicios de Neumología y Oncología. Sin embargo, el paciente presentó un empeoramiento

clínico progresivo, con insuficiencia respiratoria persistente y signos de sufrimiento evidente, falleciendo finalmente el 24/09/2024.

Las neumonías por gérmenes multirresistentes son enfermedades graves con gran dificultad de manejo por limitación en la respuesta a tratamiento antimicrobiano. Este tipo de infecciones son más frecuentes en pacientes con inmunosupresión crónica como la que presentaba el paciente (presencia de enfermedad tumoral avanzada, uso de corticoides y quimioterapia, otras comorbilidades como la cirrosis (...)), que se encuentran en un ambiente hospitalario y que han usado otros antibióticos previamente. A pesar de los múltiples tratamientos administrados el paciente presenta mala evolución y, lamentablemente, fallece.

En relación a la necesidad de aislamiento referida en la reclamación, hay que decir que, aunque el aislamiento de los pacientes con neutropenia/inmunosupresión se utilizó históricamente como una medida preventiva, no se ha demostrado un beneficio significativo en supervivencia, por lo que las guías actuales no lo recomiendan de forma rutinaria».

7.2. Por lo que respecta al contagio de la enfermedad nosocomial, el informe del Subdirector Médico del HUNSC, indica que «*siguiendo la Orden SND/726/2023, de 4 de julio, publicada en el BOE número 159 del miércoles 5 de julio de 2023 por la que se declara la finalización de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 y el cese en la aplicación de medidas extraordinarias y, en particular, las relativas al uso obligatorio de las mascarillas, su uso será obligatorio en las urgencias hospitalarias, incluida la sala de espera. Esta medida, fundamentalmente orientada a proteger a pacientes inmunodeprimidos como (...), es suficiente para evitar contagios por patógenos oportunistas a pacientes inmunodeprimidos.*

Asimismo, en su visita del 14 de julio, donde se detecta una neutropenia grave, es la médico de urgencias la que inicia precozmente un antibiótico de amplio espectro (que posteriormente es desescalado a las 4 horas por el oncólogo).

Las otras 2 visitas (una con neutropenia moderada y otra SIN neutropenia), se vuelve a actuar de la misma forma: mascarilla a todos los usuarios y trabajadores, antiinfecciosos de forma precoz y valoración temprana por el Servicio de Oncología Médica».

Concluye por ello que la actuación y organización del Servicio de Urgencias del HUNSC no tiene influencia en la evolución infecciosa y posterior fallecimiento del paciente.

8. Así pues, de la documental obrante en las actuaciones se constata la inexistencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado por la reclamante.

La reclamante alega que el paciente presentaba tos desde julio de 2023, sin que recibiera la debida atención médica.

A este respecto consta en el expediente que el paciente padecía un carcinoma de próstata desde 2011 con recidivas y progresiones subsecuentes que llevaron a una enfermedad resistente a castración y afectación metastásica incluyendo afectación ósea, mediastínica y pulmonar, para lo que requirió tratamiento con quimioterapia. Consta además que durante el tratamiento el paciente experimentó neutropenia febril y diversas complicaciones respiratorias, derivadas del estado avanzado del cáncer padecido y de la situación de inmunosupresión provocada por la propia enfermedad y el uso de quimioterapia y de corticoides.

En este contexto, tras el inicio del tratamiento de quimioterapia el 13 de junio de 2023, sufrió diversos episodios de neutropenia febril, para las que recibió tratamiento y remitió el cuadro clínico, hasta que el 13 de septiembre de 2023 el paciente acude nuevamente a urgencias por fiebre, tos y mal estado general. En este momento fue nuevamente ingresado en el Servicio de Oncología, tras su valoración por el Servicio de Urgencias, bajo la sospecha de absceso pulmonar y se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro con meropenem (antibiótico con cobertura para gérmenes nosocomiales y multirresistentes). A las 48 horas de su ingreso, se lleva a cabo una tomografía computarizada (TC) de tórax, que revela imágenes compatibles con un proceso infeccioso necrotizante bilateral por gérmenes multirresistentes (imágenes que no estaban presentes en estudios previos), que evolucionó de forma desfavorable, culminando en el fallecimiento del paciente.

Por lo que respecta a la alegada falta de medios puestos a disposición del paciente con la finalidad de evitar la infección, consta en el expediente (Informe de la Jefa de Servicio de Oncología) que la medida de aislamiento a la que se refiere la interesada, si bien utilizó históricamente como una medida preventiva, no se ha demostrado un beneficio significativo en supervivencia, por lo que las guías actuales no lo recomiendan de forma rutinaria. Del mismo modo, se informa que el uso de mascarillas -obligatorio en las urgencias hospitalarias conforme a la Orden SND/726/2023, de 4 de julio- es suficiente para evitar contagios por patógenos oportunistas a pacientes inmunodeprimidos.

Resulta por todo ello que, pese a la afirmación de la reclamante, no se produjo ni una falta de atención, ni un abandono terapéutico, al paciente, sino que se le dispensó un tratamiento y asistencia adecuadas, conforme a las exigencias de la *lex*

artis. Como ya hemos señalado, la asistencia sanitaria se configura como una prestación de medios, que en este caso fueron puestos a disposición del paciente, por lo que no existiendo una mala praxis médica no existe responsabilidad de la Administración.

En atención a lo expuesto, se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación en atención a los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.