Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 21 de enero de 2026.

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 (...) en representación de (...) y (...), (...) y (...), por la asistencia sanitaria prestada su esposo y padre, (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 533/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 5 de diciembre de 2025 (registro de entrada de fecha 11 de diciembre de 2025), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...), (...) y (...), (...) y (...), por el fallecimiento de (...), esposo y padre, respectivamente, ocasionado, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada (100.000 euros) determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

---

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, 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 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.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. Los reclamantes, hijos y esposa del fallecido, ostentan la condición de interesados, en cuanto titulares de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP)], como familiares directos de la persona fallecida a consecuencia, supuestamente, del funcionamiento del servicio público sanitario.

Sobre la legitimación activa de los herederos del fallecido, en el Dictamen 245/2015, de 6 de julio, se recoge nuestra reiterada doctrina sobre este asunto, que es plenamente aplicable al supuesto analizado. Así señalamos en el citado dictamen:

« (…) si en nuestro Ordenamiento se contempla un derecho a indemnización por causa de muerte (art. 113 del Código Penal en relación con los arts. 138 a 143 y 621.2 del mismo, art. 1.902 del Código Civil, apartado 1º.5 del Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro de la Circulación de Vehículos a Motor, etc.), su titularidad no es derivativa mortis causa ya que, como se ha visto, no puede sucederse en algo que no ha ingresado en el patrimonio del causante sino que es un derecho que se adquiere originariamente y que, por ende, es ejercitable ex iure propio por aquellos que han sido perjudicados por la muerte de la víctima.

Este perjuicio lo sufren aquellos que compartían su vida con la víctima, formando una comunidad de vida a la que pone fin esa muerte que, eventualmente, puede producir una disminución de ingresos o un desamparo económico para los supérstites y un daño moral por la ruptura de la íntima convivencia y de los lazos de afecto, presumiéndose este daño moral en sus parientes más directos por línea recta ascendente o descendiente, prefiriéndose siempre, con exclusión de los demás, a sus más estrechos allegados que son los que convivían

con la víctima y compartían con ella sus ingresos comunes o dependían de ella económicamente; estimándose que no existe perjuicio indemnizable cuando nadie ha quedado desamparado o disminuido económicamente ni se ha sufrido daño moral, porque se había abandonado en vida a la víctima o roto toda relación con ella" (Doctrina reiterada en los DDCC 405/2015, 228/2020, 232/2020 y 562/2020)».

Por tanto, aplicada la citada doctrina al presente caso, los hijos y esposa del fallecido están legitimadas exclusivamente por el daño moral que la muerte de su padre les ha causado.

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

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero de la LPACAP, puesto que el fallecimiento se produce el día 9 de agosto de 2019 y la reclamación se presenta el 6 de agosto de 2020.

6. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración puede y debe resolver expresamente (art. 21 LPACAP).

II

En lo que se refiere a los antecedentes de hecho que han dado lugar al presente procedimiento, podemos señalar los siguientes extraídos de la reclamación, así como de la Propuesta de Resolución, donde se procede a efectuar una síntesis de lo manifestado por los reclamantes:

- El 20 de octubre de 2018, (...) sufre una caída en su domicilio desde 1,5 metros de altura, por lo que es trasladado a urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) por traumatismo craneoencefálico (TCE) grave.

- Estuvo ingresado en el HUNSC desde el 20 de octubre de 2018 hasta el 16 de julio de 2019, fecha en la que es trasladado a la Clínica (...).

- Durante su estancia en el HUNSC, se somete a seis intervenciones quirúrgicas relacionadas con el diagnóstico inicial de TCE:

21 de octubre de 2018: Craniectomía frontal izquierda.

20 de marzo de 2019: procedimiento DVP + craneoplastia por Hidrocefalia y defecto oseo quirúrgico.

27 de marzo de 2019: Ligadura valvular por sobredrenaje.

8 de abril de 2019: Desligamiento valvular por Hidrocefalia activa.

20 de mayo de 2019: Retirada del DVP por malfunción valvular.

29 de mayo de 2019: colocación de DVE.

- Durante los nueves meses de hospitalización, el diagnóstico principal del Sr. (...), que consta en la historia médica, se concreta: Traumatismo craneoencefálico grave; Fractura temporoccipital derecha no desplazada; Hemorragia subaracnoidea bilateral postraumática; contusiones hemorrágicas bifrontemporales y parietal derecha; Hipertensión endocraneal; Craniectomía descomprensiva coronal y necrosectomia; Hidrocefalía DPV, Defecto óseo postquirúrgico; Creaneoplastia;Ventriculitis por K pneumoniae.

- Siguiendo la historia médica, se detallan otros diagnósticos: Shock séptico de origen respiratorio; Síndrome de disfunción multiorgánica; Aislamiento por gérmenes multirresistentes en muestras respiratorias; Traqueotomía percutánea; Decanulación fallida; Sarcopenia severa. Desnutrición Severa y miopatía del paciente crítico.

- Se destaca en los informes médicos su prolongada estancia en medicina intensiva debido a la evolución infeccioso-respiratoria, colonizada por gérmenes multirresistentes y aislándose en reiterados cultivos Klebsiella penewnoniae OXA 48 en aspirado traqueal y stafilococo aures meticilin resistente en derrame pleural, estando en situación de aislamiento respiratorio y de contacto.

- El 19 de julio de 2019, es trasladado a la Clínica (...), donde fallece con fecha 9 de agosto del mismo año.

Los fundamentos en los que se sustenta la acción de responsabilidad patrimonial son los siguientes:

- Que el paciente sufrió durante su hospitalización infecciones nosocomiales sucesivas o recurrentes de K.Jebsiella pneumonia 0XA 48 y satifilococo aureus meticilin, que retrasaron de forma considerable el tratamiento quirúrgico y debilitaron el sistema inmunológico del paciente. En relación con lo cual, alegan que el tratamiento con antibiótico se inició después de los cinco días de estancia, y sin cultivo, de forma que se suministró una medicación, y luego otra distinta, lo que

supuso un retraso que influyó en el fatal desenlace. No consta que se haya seguido el protocolo para la prevención de infecciones intrahospitalarias, pero si se destaca en todos los informes la repercusión negativa de las infecciones sufridas en la recuperación del paciente.

- Falta de seguimiento de la intervención del 27 de marzo 2019, cirugía programada para ligadura valvular, pues debido a la falta de control médico durante los tres días siguientes o seguimiento inadecuado, hizo que no se percataran de que la hidrocefalia continuaba activa, de forma que se reiteró el procedimiento quirúrgico hasta en tres ocasiones: el 8 de abril del 2019, el 20 de mayo del 2019 y 29 de mayo del 2019.

- Que el centro hospitalario (...), al que fue trasladado el paciente el día 16 de julio del 2019, no reunía las condiciones de personal ni materiales para atenderlo por lo se requirió la intervención de la oficina de defensa del usuario de la sanidad, para que se aplicara la legislación sobre la muerte digna en esta Comunidad, debido a la falta de personal y medios materiales, por lo que se está tramitando en la actualidad las diligencias preliminares, a fin de dirimir las presuntas irregularidades cometidas por el referido centro médico.

Por tanto, alegan que el contagio de (…) de las infecciones intrahospitalarias sumado al inadecuado seguimiento por el equipo médico de la intervención quirúrgica programada del día 8 de abril del 2020, acortaron de forma importante la esperanza de vida del paciente.

Cuantifican la indemnización solicitada en 100.000 euros.

III

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

1. El procedimiento se inicia mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 6 de agosto de 2020, por (...), (...) y (…), (…) y (...) solicitando una indemnización por el fallecimiento de su padre y esposo, como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, en los términos indicados en el fundamento anterior.

2. Mediante Resolución de 22 de marzo de 2021 del Secretario General del Servicio Canario de la Salud se admite a trámite la reclamación de responsabilidad

patrimonial y se ordena el inicio del procedimiento. Esta Resolución se notifica al interesado con fecha 22 de marzo de 2021.

3. Con fecha 27 de septiembre de 2023, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) remite la Historia Clínica y los informes recabados:

- Informe emitido por Dirección Médica del Hospital (...) de fecha 4 de mayo de 2021.

- Informe emitido por la Jefa del Servicio de Medicina Intensiva del HUNSC de 13 de junio de 2021.

- Informe emitido por el Jefe del Servicio de Neurocirugía del HUNSC de 3 de agosto de 2021 de 2021.

El SIP no emite informe siguiendo instrucciones de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud.

4. El 17 de noviembre de 2023 se dicta Acuerdo probatorio por el que se admite la prueba documental propuesta por la parte interesada, así como la prueba documental que obra incorporada al expediente.

5. Con fecha 21 de noviembre de 2023 se notifica a la parte interesada Acuerdo Probatorio y Trámite de Audiencia y el 4 de diciembre de 2023 se recibe escrito de alegaciones manifestando la omisión en la práctica de pruebas propuestas, necesarias para la determinación de la responsabilidad patrimonial, entre otras, ausencia de protocolos de vigilancia y control de microorganismos, informe que acredite la antigüedad y deterioro de los quirófanos, etc. Se solicita que se anule el trámite de audiencia y se acuerde la retroacción de las actuaciones hasta el 19 de diciembre de 2023 para proceder a la práctica de la prueba omitida.

6. Con fecha 13 de diciembre de 2023 se solicita la documentación señalada al HUNSC y el 9 de junio de 2025, este centro hospitalario remite:

- Informe de la Subdirección Médica del HUNSC relativo al motivo de los retrasos de las intervenciones Quirúrgicas como consecuencia de las infecciones intrahospitalarias.

- Informe de la Subdirección de Gestión de Ingeniería, Electromedicina y Seguridad del HUNSC de 26 de mayo de 2025 acreditativo de la antigüedad y deterioro de habitáculos, quirófanos y demás estancias hospitalarias y su relación con los resultados de esterilización y desinfección.

- Resumen de las precauciones de transmisión por contacto aplicadas en el HUNSC.

- Protocolo para el control del paciente con infección y/o colonización por Enterobacterias productoras de Carbapenemasas.

7. El 19 de junio de 2025 se da traslado de esta nueva documentación a la parte interesada y se otorga el plazo de diez días para que aporte las alegaciones que estime convenientes.

8. Con fecha 11 de julio de 2025 se solicita informe del SIP, emitiendo el mismo el día 10 de noviembre del mismo año.

9. El 12 de noviembre de 2025 se notifica a los interesados nuevo trámite de audiencia, con traslado del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de 10 de noviembre de 2025, a fin de que, en el plazo de diez días desde la notificación del presente escrito, aporte las alegaciones que estime convenientes.

Transcurrido el plazo conferido, no se formulan alegaciones.

10. Con fecha 3 de diciembre de 2025 se dicta Propuesta de resolución por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud por la que se propone desestimar la reclamación de responsabilidad formulada por (...) y (…), (…) y (...) por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

IV

1. La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el principio genérico de la tutela efectiva, art. 24 de la Constitución o de manera específica en el art. 106.2 del Texto Constitucional, al disponer que los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

La remisión que se contiene en el precepto constitucional nos conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar de la LRJSP, cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre

que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

A partir de dicha regulación constitucional y legal, la jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, recurso n.º 1308/2012, ponente D.ª M. Robles F., Roj STS 4942/2014, FJ 3): *«la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».*

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010, ponente D. J. Cudero B., Roj STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) 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, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *lex artis*, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: La obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *lex artis*, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 es requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos, que el daño alegado sea consecuencia de 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 la *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 la *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).

2. Sentada la anterior doctrina, a los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido una infracción de la *lex artis* y el obligado nexo causal entre esa actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de la Salud extraído del informe emitido por el SIP de su Secretaría General, de la historia clínica, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención al paciente, así como de la documentación aportada por la reclamante durante la tramitación del procedimiento.

De este modo, los hechos relevantes relativos a la asistencia sanitaria, extraídos de la documentación clínica obrante en el expediente, son los siguientes:

- (...), paciente varón, de 60 años de edad en el momento de los hechos, ingresa en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) el 20 de octubre de 2018, tras sufrir una caída accidental en su domicilio desde 1,5 metros de altura, con traumatismo craneoencefálico grave (TCE).

En la valoración inicial en Urgencias se objetiva Glasgow 8/15, anisocoria y signos radiológicos de fractura temporo-occipital derecha, hemorragia subaracnoidea difusa y contusiones hemorrágicas bifrontales y parietales.

- Una vez llega al Servicio de Urgencias se decide intubación urgente y se le realiza TC craneal y cervical que confirma fractura y hemorragia intracraneal, y se decide ingreso en UMI.

- Tras ello se objetiva hipertensión intracraneal sin respuesta a medidas de primer nivel requiriendo craniectomía descompresiva bifrontal y necrosectomía y evacuación del hematoma frontal izquierdo.

- El paciente ingresa en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) para control neurocrítico, sedación profunda y ventilación mecánica prolongada.

Durante su estancia en UMI se mantiene con ventilación mecánica, control de la presión intracraneal y profilaxis infecciosa.

Se diagnostica neumonía asociada a ventilación mecánica, tratada con ceftazidima-tazobactam y vancomicina; posteriormente se confirma colonización por

K. pneumoniae OXA-48. Medicina Preventiva aplica aislamiento de contacto y limpieza terminal según protocolo EPC (SCS, 2019).

- Durante las primeras semanas se registran picos de hipertensión intracraneal refractaria, tratados con osmoterapia, drenaje controlado y medidas posturales.

Posteriormente desarrolla hidrocefalia posthemorrágica, por lo que en enero de 2019 se implanta una derivación ventrículo-peritoneal (DVP), con recambios sucesivos ante disfunción valvular e infección asociada.

- A lo largo de la hospitalización, el paciente presenta neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAVM) y episodios de bacteriemia, con aislamiento de *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa (OXA-48), *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA) y, de forma esporádica, *Proteus mirabilis*. Los tratamientos se ajustan de acuerdo con los antibiogramas y los programas de control ENVIN-HELICS, Bacteriemia Zero y EPC-SCS (Servicio Canario de la Salud, 2019).

La infección de la derivación con *S. aureus* (MRSA) y *K. Pneumoniae* (OXA-48) fue tratada con meropenem y linezolid conforme a sensibilidad y recomendaciones SEMICYUC (2019). Medicina Preventiva verifica cumplimiento del protocolo EPC con registro ambiental y desinfección documentada.

- El curso clínico se complica con desnutrición proteico-calórica severa, síndrome de inmovilidad y dependencia de ventilación mecánica, factores de riesgo conocidos en pacientes con TCE grave y estancia prolongada en UCI (OMS, 2021; ECDC, 2022). El manejo fue multidisciplinar, con participación de Neurocirugía, Medicina Intensiva, Medicina Preventiva, Nutrición Clínica y Rehabilitación.

- En el período mayo–junio 2019 el paciente es sometido a revisión conjunta por el Servicio de Neurocirugía–UMI. El paciente mantiene nivel de conciencia mínimo; se inicia destete ventilatorio progresivo y plan de traslado. Medicina Preventiva certifica ausencia de brotes activos y cumplimiento de las medidas de control.

- Tras nueve meses de ingreso y alcanzada la estabilidad hemodinámica, se decide el traslado al Hospital (...) Tenerife el 16 de julio de 2019, para cuidados prolongados y de confort, dada la situación neurológica irreversible y dependencia total.

- Durante su ingreso en la Clínica (...) el paciente es atendido por un equipo médico multidisciplinar. Se documenta daño neurológico irreversible y dependencia

total. Se mantienen cuidados de confort, control nutricional por PEG y acompañamiento familiar.

- El paciente fallece el 9 de agosto de 2019 por fracaso multisistémico en contexto de encefalopatía postraumática avanzada.

3. Establecidos así los hechos ocurridos que se extraen del contenido de la historia clínica aportada, y del contenido completo del expediente administrativo, debemos analizar si concurre la supuesta infracción de la *lex artis* en la atención sanitaria dispensada y su relación causal con el resultado dañoso, para lo cual debemos partir de los motivos en los que los reclamantes fundamentan su acción resarcitoria por responsabilidad patrimonial.

- En cuanto a las infecciones nosocomiales sufridas por el paciente, se alega en la reclamación que se incumplió el protocolo para la prevención de infecciones intrahospitalarias, que el tratamiento con antibiótico se inició después de los cinco días de estancia, y sin cultivo, y que se suministró una medicación, y luego otra distinta, lo que supuso un retraso que influyó en el fatal desenlace.

Sobre esta cuestión debemos partir del concepto de infección nosocomial que se define como un subconjunto de enfermedades infecciosas, adquiridas por un paciente durante su estancia hospitalaria y que aquel no reportaba con anterioridad al ingreso en el centro sanitario, en el sentido de que se hubiera manifestado antes del ingreso o se encontrara en período de incubación. Por ello, hay coincidencia generalizada en considerar como infección hospitalaria aquella transmitida a un paciente transcurridas 48 a 72 horas desde la admisión en el centro sanitario, o dentro de los 10 días posteriores al alta. Aunque estos términos pueden variar de acuerdo con el tiempo de incubación de ciertas enfermedades.

Siguiendo la teoría de la imputación de responsabilidad por culpa basada en la concurrencia de infracción de la *lex artis*, esta se centraría en el incumplimiento de los protocolos o guías de actuación por parte del centro sanitario o del profesional actuante.

En virtud del principio de la inversión de la carga de la prueba, en las reclamaciones por infecciones intrahospitalarias o nosocomiales, corresponde a la Administración la obligación de demostrar el cumplimiento de la *lex artis* en la atención sanitaria dispensada. Por ello cuando concurren infecciones nosocomiales se exige que se acredite, por parte de la Administración, que se cumplieron los protocolos de asepsia y profilaxis. Ahora bien, como recuerda la STS de 18 de julio de

2019, *«lo que no basta es contar con los protocolos de asepsia y profilaxis, si no se demuestran que son escrupulosamente observados, correspondiendo la carga de la prueba al centro hospitalario en virtud de los principios de disponibilidad o facilidad probatoria».*

Debe tenerse en cuenta que las infecciones nocosocomiales no siempre generan responsabilidad, debiendo acreditarse para ello que se ha vulnerado la *lex artis*, de modo que el paciente perjudicado ha de acreditar la infección intrahospitalaria y el daño, y sobre la Administración pesa el acreditar que se adoptaron todas las medidas para evitar la infección. Finalmente, es preciso estar al caso concreto, teniendo en cuenta todas las circunstancias concurrentes, incluido el riesgo del propio estado del paciente.

Entre los factores relacionados con la aparición de la infección existen algunos que son modificables y otros que no lo son, por tanto, existe un mínimo irreductible de infección, que está también condicionado por el estado actual del conocimiento de la patogenia de la infección y del sistema inmunitario. Así, el riesgo de infección intrahospitalaria obliga a la Administración sanitaria a aplicar todas las medidas preventivas que la ciencia pone a su alcance. Por ello, cuando la Administración no ha hecho todo los posible para prever y evitar el daño, no puede recaer sobre el perjudicado las consecuencias de este funcionamiento por muy alto que sea el riesgo inherente a la enfermedad de aquel.

No es suficiente, por tanto, con constatar el origen intrahospitalario de una infección para derivar responsabilidad de la misma al centro sanitario pues sólo es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales.

No cabe afirmar que los pacientes no tienen en caso alguno el deber jurídico de soportar las infecciones nosocomiales, cualquiera que sea su grado de inevitabilidad e imprevisibilidad.

Como se ha indicado corresponde a la Administración sanitaria acreditar que se cumplieron en el caso concreto los protocolos de asepsia y profilaxis, conforme al estado de la ciencia y posibilidades disponibles. Acreditado esto no se derivará responsabilidad a la Administración por el contagio. En este sentido, se ha pronunciado la STS de 22 de noviembre de 2010, Sala de lo Contencioso-administrativo (rec. 4674/2006), según la cual las obligaciones de la Administración

sanitaria, *grosso modo,* se ciñen a la prueba de la *lex artis* en la asistencia médica, a la información de los riesgos y el cumplimiento de los protocolos de asepsia y profilaxis.

En síntesis, la responsabilidad patrimonial en materia de infecciones nosocomiales se remite a la infracción de la *lex artis* consistente en la ausencia de medidas de asepsia y de profilaxis, de modo que si la Administración ha cumplido con los protocolos y medidas de sepsia no podrá declararse la existencia de responsabilidad.

En este sentido, en el expediente, constan los siguientes documentos, recabados en la instrucción del procedimiento:

Informe del Servicio de Medicina Intensiva del HUNSC en el que se hace constar:

«Con respecto a la prevención de la infección nosocomial en nuestro servicio, llevamos a cabo el registro nacional de vigilancia de la infección nosocomial en las unidades de medicina intensiva ENVIN_HELICS, y seguimos los protocolos de la SEMICYUC avalados por el Ministerio de Sanidad de Resistencia Zero, Bacteriemia Zero y Neumonía Zero (protocolos que se adjuntan a este escrito).

Según protocolos de seguridad para el control de la infección nosocomial, en el paciente (...) se extraen cultivos en las primeras 24h de ingreso, procediéndose a profilaxis antibiótica con Amoxicilina _Clavulánico lgr/8h durante las primeras 72h según protocolo Neumonía Zero. El día 24/10/2018 se extrae nueva batería de cultivos, y se instaura tratamiento empírico con cefalosporina de 4ª generación en espera de resultados microbiológicos. En cribajes del día 29 y 30 del 10/2018 se aísla Staphilococcus aureus meticilin resistente, por lo que se procede a suspender antibioterapia previamente prescrita, y cobertura con Linezolid dado que el paciente presenta fiebre y elevación de reactantes de fase aguda, con buena respuesta clínica y negativización de cribajes que se realizan desde su ingreso semanalmente y cultivos. El día 21/11/2018 se instaura de nuevo tratamiento antibiótico de forma empírica por sospecha de infección, extrayéndose nuevos cultivos en los que se aísla el día 24/11/2018 Proteus mirábilis. Se mantiene tratamiento antibiótico durante 14 días, procediéndose a su retirada el día 5/12/2018 con Aspirado traqueal y Cribajes negativos. El paciente se mantiene sin antibióticos hasta el día 18/12/2018 iniciándose cobertura antibiótica con quinolonas ante el aislamiento en aspirado traqueal de enterobacteria (Proteus mirábilis). El día 27/12 se aisla E. Coli en aspirado traqueal que también crece en exudado de ulcera. Los cribajes siguen siendo negativos los días 14/11 23/11, 27/114/12, 11/12, 18/12, 31/12 de 2018, y 8/12/2019.

El día 1/1/2019 presenta bacteriemia transitoria por Staphiloccus aureus meticilin resistente y urocultivo y aspirado traqueal positivo para enterobacterias sensibles a Piperacilina -Tazobactam instaura como tratamiento. El día 10/1/2019 crece en Aspirado

Traqueal Klebsiella OXA 48 iniciándose tratamiento antibiótico con Ceftazidima-avibactam según antibiograma que se mantiene hasta el 28/1/2019. El día 15/1 en cribajes se positiviza la Klebsiella OXA- 48 que persiste en cribajes hasta el alta el alta de la Unidad de Medicina Intensiva el día 14/3/2019, al que además se añade en los cribajes del 12/2/2019 19/2/2019, 26/2/2019, 6/3/2019 y 14/3/2919.

El traumatismo craneoencefálico siempre se asocia a importantes alteraciones sistémicas que modifican la respuesta del organismo. Dichas modificaciones incluyen cambios en la respuesta cardiovascular y respiratoria, así como trastornos en la función gastrointestinal, anomalías metabólicas y endocrinológicas, coagulopatías y variaciones en la inmunocompetencia.

La mala respuesta inmunológica tras un trauma craneal incluye anergia, reducción de los linfocitos circulantes disminución de la activación de células T, trastornos en la fagocitosis y producción de factores inmunosupresores séricos, a pesar de que la función de los polimorfonucleares parezca permanecer intacta. Hay varios factores que contribuyen al desarrollo de infecciones nosocomiales en estos enfermos, el trauma en primer lugar (factor inmunodepresor), la presencia de coma y alteraciones de los reflejos, la malnutrición, la utilización de determinados tipos de tratamiento como la sedación profunda, la ventilación mecánica artificial prolongada la ruptura de las barreras anatómicas del paciente por múltiples procedimientos invasivos, todo ello presente en el paciente (...) Los agentes infecciosos que producen las infecciones nosocomiales suelen ser organismos oportunistas que viven en los hospitales y aprovechan la debilidad de la persona para invadir su organismo. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, una media del 8,7% de los pacientes de un hospital presentan infecciones nosocomiales».

Por otra parte, la Administración aporta informe acreditativo de la antigüedad y deterioro de habitáculos, quirófanos y demás estancias hospitalarias por las que pasó la persona afectada durante su ingreso y su relación con los resultados de esterilización y desinfección, a cuyo contenido nos remitimos, y en el que se informa del estado y mantenimiento que cada estancia (quirófanos, UCI, habitación 824), y sobre los controles microbiológicos periódicos realizados por el Servicio de Medicina Preventiva, haciendo referencia a los más cercanos a la fecha de intervención del paciente, todos ellos con resultado aceptable (adecuada BSA). En todos ellos, además, se informa del correcto estado de conservación y falta de deterioro de los locales analizados. Resultado de controles microbiológicos periódicos Medicina Preventiva. CHUNSC.

Se aporta, además, «Resumen de las precauciones de transmisión por contacto» que se aplican en el HUNSC y el «protocolo para el control del paciente con infección y/o colonización por enterobacterias productoras de carbapenemasas 2019».

De tales documentos se deriva, por un lado, que el estado del paciente era de especial gravedad, pues presentó un TCE grave con lesiones múltiples y pronóstico neurológico muy limitado desde el ingreso. Esto supuso, de por sí, importantes alteraciones sistémicas que modificaron la respuesta del organismo, entre ellas, una mala respuesta inmunológica. Existieron varios factores en este paciente que contribuyeron al desarrollo de infecciones nosocomiales, como es el trauma en primer lugar (factor inmunodepresor), la presencia de coma y alteraciones de los reflejos, la malnutrición, la utilización de determinados tipos de tratamiento como la sedación profunda, la ventilación mecánica artificial prolongada, la ruptura de las barreras anatómicas del paciente por múltiples procedimientos invasivos.

Por otro lado, no parece que se hayan vulnerado los protocolos y pautas de actuación en cuanto a asepsia y profilaxis, y las infecciones nosocomiales se detectaron y trataron conforme a los programas institucionales y europeos de control (EPC, ENVIN-HELICS, Bacteriemia Zero, Neumonía Zero; ECDC, 2022).

En cuanto al tratamiento antibiótico consta en la historia clínica y así se informa que el paciente estaba en tratamiento con Amoxicilina_Clavulánico Igr/8h, y que se extraen cultivos en el primeras 24 horas de ingreso y el día 24 de octubre de 2018 se extrae nueva batería de cultivos, y se instaura tratamiento empírico con cefalosporina de 4.ª generación en espera de resultados microbiológicos.

En este sentido, respecto las alegaciones de los reclamantes sobre los cambios en el tratamiento antibiótico, procede indicar que ello no supone una actuación contraria a la *lex artis*, pues una vez realizados los cultivos y a la espera de los resultados se instaura tratamiento antibiótico empírico, que es el iniciado antes de conocer la bacteria causante de la infección, para evitar el empeoramiento del paciente mientras se espera al resultado del cultivo, basándose en la probabilidad de patógenos frecuentes, las características del paciente y la infección. Una vez conocido el resultado se ajusta el tratamiento conforme al antibiograma. Lo que ocurrió en este caso, pues una vez que se aísla Staphilococcus aureus meticilin resistente, se procede a suspender antibioterapia previamente prescrita, y cobertura con Linezolid, con buena respuesta clínica y negativización de cribajes que se realizan desde su ingreso semanalmente y cultivos. Así, en las distintas infecciones que afectaron al paciente se actuó del mismo modo, antibioterapia empírica,

cultivos y ajustes de tratamiento una vez que se aísla el germen causante de la infección.

En la actualidad no hay ninguna estrategia probada que reduzca el riesgo de infección a cero, pues muchos de los factores son dependientes del estado del paciente. Esto convierte un hecho previsible en parcialmente inevitable y no se traduce en que hayan existido necesariamente roturas en la cadena de asepsia. El estado de la ciencia a pesar de los medios puestos a disposición no permite eliminar un porcentaje irreductible de prevalencia de infecciones en el ámbito hospitalario.

- En segundo lugar, se alega en la reclamación una falta de seguimiento de la intervención del 27 de marzo 2019, cirugía programada para ligadura valvular, por falta de control médico durante los tres días siguientes o seguimiento inadecuado, y que no se percataran de que la hidrocefalia continuaba activa.

Sobre este punto, tal afirmación no se ajusta al contenido de la historia clínica, en la que se anota el seguimiento y control diario del paciente en los días posteriores a tal intervención, así como la realización de TAC craneal de control. Hay que señalar que el paciente era valorado tanto por Neurocirugía como por Medicina Intensiva.

En los tres días siguientes a la intervención (27/03/2019) existió control por Neurocirugía diario, así consta en la HC:

- 28/03/2019: Evolución neurológica favorable, tras ligadura de la DVP. El paciente se encuentra con apertura espontánea, conecta con la mirada, localizando dolor y obedece órdenes de manera inconstante con MMSS, moviliza MMII contra gravedad. Se comenta en sesión decidiendo realizar punción de la colección frontal extraaxial. Se logra canalizar agujero frontal PIC mediante abbocath saliendo líquido serohemático sugestivo de higroma sin presión (no drena espontáneamente, hay que realizar succión para evacuadora), se drena 35-40cc. Se envía muestras para microbiología.

Se solicita TC control y se acuerda con MI, que no será candidato a reingreso ni ventilación mecánica dada su situación global.

TAC de control tras evacuación parcial de la colección extraaxial favorable con neumoencéfalo y restos de colección. Dilatación ventricular tras ligadura de DVP

- 29/03/2019: Estable, hoy por la mañana sin fiebre, apertura espontánea, conecta y parece que obedece órdenes de manera inconstante con MMSS. PICNR.

Respiratoriamente estable, mantiene secreciones verdosas, precisando oxigenoterapia, mantiene buenas saturaciones. Anoche hizo pico febril, valorado por MI, no considera cambio de antibiótico. Ha realizado dos vómitos alimenticios, en relación con la introducción de NE y la movilización, por el momento suspendemos. Hablado con la familia, no será candidato de medidas de RCP ni reingreso en UVI. Realizo hoja A.

- 30/03/2019: Estable, afebril, apertura espontánea, conecta y parece que obedece órdenes de manera inconstante con MMSS. PICNR. Respiratoriamente estable, mantiene secreciones verdosas, precisando oxigenoterapia, mantiene buenas saturaciones. Valorado por MI, tras pico febril hace 48h y no considera cambio de antibiótico

Diariamente el paciente es valorado por Neurocirugía y por Medicina Intensiva si así era requerido, con un seguimiento conjunto por los dos servicios. En el TAC de control realizado el 7 de abril de 2019 se objetiva Signos de hidrocefalia con disminución de surcos y cisuras, motivo por el cual fue reintervenido de desligamiento valvular.

- En cuanto al traslado del paciente al Hospital (...), se alega que este centro no reunía las condiciones de personal, ni materiales para atenderlo por lo que se requirió la intervención de la oficina de defensa del usuario de la sanidad, para que se aplicara la legislación sobre la muerte digna en esta Comunidad. Manifestaciones que no se corroboran a través de ningún elemento probatorio que permita tener por acreditadas las mismas.

En informe de alta de Neurocirugía se hace constar: «Dada la situación actual y tras valoración conjunta con trabajo social y Medicina interna se recomienda traslado o bien a centro médico de segundo nivel o a centro de larga estancia de alto requerimiento».

Consta, en informe del SIP que tras nueve meses de ingreso y alcanzada la estabilidad hemodinámica, se decide el traslado al Hospital (...) Tenerife el 16 de julio de 2019, para cuidados prolongados y de confort, dada la situación neurológica irreversible y dependencia total. En dicho centro se mantuvo atención médica continuada y cuidados orientados a la limitación del esfuerzo terapéutico y acompañamiento familiar (Ley 1/2015; SECPAL, 2020).

El informe del Director Médico del Hospital (...) confirma la adecuación del esfuerzo terapéutico y la observancia de la Ley 1/2015 y de las guías de la SECPAL (2020) en la atención al final de la vida. En tal informe se hace constar:

«En cuanto a si se está aplicando la ley de muerte digna cabe hacer las siguientes aclaraciones:

Se trata del caso de un paciente derivado a nuestro hospital tras un ingreso de nueve meses en otro centro debido a un trauma craneoencefálico severo, con múltiples complicaciones durante dicha hospitalización, quedando con secuelas irrecuperables, así como un grado avanzado de dependencia, alimentado por sonda de gastrostomía con severa sarcopenia, portando cánula de traqueostomía y sonda vesical.

Desde el ingreso en nuestro centro la familia del paciente ha mantenido un intenso nivel de insistencia en medidas que no eran acordes con la situación clínica y el pronóstico del paciente, dado la severidad de las lesiones sufridas y las secuelas permanentes que presentaba. En más de una ocasión se les explicó las opciones para implementar tratamiento sintomático y medidas de confort, negándose en todo momento a medidas paliativas. Esta discrepancia queda reflejada tanto en los evolutivos médicos como en los de enfermería.

La ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, publicada en el BOE número 54, del miércoles 4 de marzo de 2015, es de obligado cumplimiento en la comunidad autónoma. Del análisis evolutivo del documental que se adjunta se evidencia la constante interferencia de la familia del afectado con el cumplimiento de dicha ley por parte de los facultativos intervinientes».

Finalmente, el SIP, en su informe, concluye:

«Tras la revisión exhaustiva de la historia clínica, los informes de los servicios implicados y la documentación complementaria, se concluye:

1. El paciente presentó un TCE grave con lesiones múltiples y pronóstico neurológico muy limitado desde el ingreso.

2. Las actuaciones neuroquirúrgicas se realizaron conforme a indicación clínica y sin demoras atribuibles al equipo asistencial.

3. Las infecciones nosocomiales se detectaron y trataron conforme a los programas institucionales y europeos de control (EPC, ENVIN-HELICS, Bacteriemia Zero, Neumonía Zero; ECDC, 2022).

4. No se detectan fallos ni omisiones asistenciales con impacto causal; la evolución final responde a la gravedad inicial y a las complicaciones inherentes al cuadro neuro crítico prolongado (Vincent et al., 2020).

5. La coordinación interservicios fue adecuada, con continuidad asistencial entre UMI, Neurocirugía, Medicina Preventiva y (...) Tenerife.

6. En el centro de segundo nivel se mantuvieron las medidas de confort y la comunicación permanente con la familia, según lo dispuesto en la Ley 1/2015 y la guía de la SECPAL (2020).

7. El fallecimiento ocurrió en el contexto de daño neurológico estructural irreversible y fracaso multiorgánico, sin pérdida de oportunidad terapéutica ni indicios de mala praxis».

Por tanto, analizado en su conjunto el material probatorio practicado durante la instrucción del procedimiento, podemos concluir que el desarrollo de las intervenciones quirúrgicas y posteriores tratamientos durante el ingreso hospitalario, no demuestran vulneración de la *lex artis* en cuanto a la observancia del protocolo preventivo frente a infecciones intrahospitalarias, ni una falta de asistencia del paciente o desatención durante el tiempo de ingreso hospitalario, de modo que el fallecimiento no guarda relación causal con la asistencia sanitaria, sino con el propio estado del paciente que presentó un TCE grave con lesiones múltiples, lo que conllevó a una tórpida evolución a pesar de adoptarse todas las medidas al alcance del servicio sanitario para su curación. Se acredita que se adoptaron todas las medidas de control y vigilancia para impedir la infección nosocomial; pero tal y como consta en los informes de los Especialistas los pacientes traumatológicos son los que presentan el mayor índice de infecciones.

En el presente caso, no concurren los requisitos exigidos para apreciar la existencia de relación de causalidad entre el daño producido, en este caso, el fallecimiento del paciente y la actividad administrativa. Los informes especializados obrantes en el expediente acreditan la correcta actuación sanitaria, y las distintas infecciones padecidas por el paciente eran en cierta medida inevitables conforme al estado de la ciencia y posibilidades disponibles atendiendo al estado de especial gravedad, o al menos, se puede afirmar, a la vista de los informes especializados, que dicha infección era una consecuencia directa del estado en que se encontraba el paciente, el cual fue atendido conforme a la diligencia exigida por el servicio sanitario público.

Los reclamantes no han incorporado al expediente ningún elemento probatorio que pueda contradecir el contenido de los informes médicos que concluyen la corrección de la asistencia sanitaria dispensada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria, se considera conforme a Derecho, tal como se razona en el Fundamento IV del presente Dictamen.