Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 7 4 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 11 de marzo 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 (...), (...), (...) y (...), en nombre de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 17/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria reclamada por los interesados [250.000 €] determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Consejera de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.done) 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-.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución son de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, 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

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

41/2002, de 14 de noviembre, básica 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 (SCS), 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.

Pero 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, está delegada en la Secretaría General del mismo SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio.

Por tanto, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del SCS, 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 cumplen los requisitos de legitimación activa y pasiva.

5.1. En cuanto a la legitimación activa, ha de recordarse lo que ha entendido el Consejo Consultivo en numerosos dictámenes, p. ej., el 642/2024, de 6 de noviembre [con cita, entre otros, de los Dictámenes anteriores 66/2020, de 3 de marzo, 449/2021, de 23 de septiembre y 504/2021, de 21 de octubre]:

« (...) 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 sus dictámenes el Consejo ha ponderado, de conformidad con el mandato legal (art. 34.2 LRJSP), las disposiciones reguladoras de las indemnizaciones en materia de seguro obligatorio, el conocido Baremo de Tráfico: «*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*».

Añade el dictamen citado:

«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"».

También se cita la STS de 2 de febrero de 2006 [Sala 1.ª], que reseña otras*:*

«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" (...) ».

Ello establecido, se han fijado y aplicado también reglas sobre las concretas personas, allegadas del fallecido, en quienes puedan reconocerse las circunstancias descritas, de proximidad, vínculo afectivo y daño.

Así, en nuestro Dictamen 292/2021, de 24 de mayo, y en muchos otros:

« (…) sólo podrán reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento (…) 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 (...) El dolor de la familia nuclear, es decir, marido e hijos, se presume, no requiere prueba (STS de 15 de abril de 1988). (...) .

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».

El propio Dictamen transcrito formula un resumen de los criterios anteriores, y dice:

«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».

A la luz de la jurisprudencia y doctrina expuestas, se reconoce la legitimación activa de la viuda de (...) [(...)] y de sus hijos [(...), (...) y (...)] para reclamar por derecho propio -como hacen en este expediente- la indemnización de los daños morales derivados del óbito de su esposo y padre, respectivamente [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

Esta legitimación activa no es puesta en cuestión por la propia Administración Pública sanitaria, que la reconoce en la Propuesta de Resolución aquí examinada.

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

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación [art. 67.1, párrafo primero LPACAP], toda vez que se presenta el 7 de febrero de 2020 en relación con un hecho lesivo [óbito del Sr. (...)] que se produjo el 13 de febrero de 2019.

7. 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 haya podido comportar, la Administración puede y debe resolver expresamente [art. 21.1 y 6 LPACAP].

II

1. Los reclamantes promueven 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 SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a (...) durante su estancia en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil [en lo sucesivo, CHUIMI].

Los perjudicados fundamentan su reclamación en los siguientes presupuestos fácticos:

«PRIMERO.- Con fecha 13/02/2018, como consecuencia del anormal funcionamiento del servicio público que presta el Hospital Insular, se produjo el fallecimiento de (...); esposo de doña. (...) y padre de (...), (...) y (...), a consecuencia de una INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA, también denominada nosocomial, cuyo fatal desenlace se produjo después de los siguientes hechos:

I. Con fecha 01/06/2018, a las 23:30 horas, (...), acudió al servicio de urgencias del Hospital (...), derivado por dolor abdominal de CS acompañado de vómitos, que inició a las 10 am, con el "erróneo" diagnóstico de ESTREÑIMIENTO Y VÓMITOS y después de administrarle nolotil y un enema Casen le dan el alta el día 02/06/2018 a la 1:53 horas con las siguientes prescripciones médicas: DUPHALAC SOBRE 1-0-0x5 días y CIPROFLOXACINO 500MG 1-0-Ix7 días.

Hasta ese día, pese a su avanzada edad (83 años), (...) gozaba de buena salud y disfrutaba de su familia y de lo que había logrado en la vida con el duro esfuerzo de su

trabajo, teniendo su residencia habitual en el campo (concretamente en (...), n.º 78), donde las caminatas, el aire puro y la comida saludable acompañaban su vida diaria. Siempre pensó que la vida era un regalo y devoraba cada segundo con una enorme ilusión.

2. Con fecha 02/06/2018, a las 18:00 horas, (...), acudió de nuevo al servicio de urgencia del Hospital (...), motivado por cuadro de vómitos y dolor abdominal intenso de 48 horas. Se le realiza un TC DE ABDOMEN en el que detectan una oclusión del intestino delgado, secundaria a hernia localizada anterior a la vena femoral derecha, la cual comprime, por lo que deciden trasladarlo al Hospital Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria. Produciéndose la salida del Hospital (...) a las 21:50 del día 02/06/2018. (...) .

3. Con fecha 03/06/2018, a las 17:01 horas, (...), ingresó en el Hospital Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria, remitido directamente desde el centro concertado Hospital (...), por presentar un cuadro de vómito y dolor abdominal continuo difuso que no mejoró con tratamiento analgésico oral. El diagnóstico principal fue una OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA CRURAL, consistiendo el procedimiento de urgencia en una INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE "RESECCIÓN INTESTINAL+ HERNIOPLATIA CON MALLA". (...) .

4. Después de varios días en la UMI y a vista la buena recuperación del paciente se remitió a planta para la recuperación postoperatoria. Estando en planta debido a un vómito puntual y a una insuficiencia respiratoria deciden remitirlo a la Unidad de Cuidados Intensivos para observación, no detectando durante su estancia en esta unidad nada significativo, recuperándose favorablemente.

Durante ese tiempo, su esposa, hijos y demás familia, podía pasar a visitarlo en las horas prescritas por el Servicio de UMI, sin ninguna protección especial, pudiendo tocarlo, besarlo y charlar distendidamente con él pues disfrutaba de largas y animadas conversaciones, esperando con enorme paciencia que se le pasara a planta y tras eso recuperarse, para volver con los suyos a casa.

5. Con fecha 15/06/2018, dada su buena evolución, se le concedió alta a planta de cirugía general, permaneciendo el paciente en UMI por falta de cama libre en planta de hospitalización. (...) .

6. Con fecha 18/06/2018 se procede por el personal de UMI a la RETIRADA DEL DRENAJE ABDOMINAL que le fue colocado durante su operación; no obstante, la retirada del mismo se realizó tan bruscamente, sin seguir las más mínimas normas de praxis médica, dispuesta para el caso de que se note resistencia en el momento de la retirada, que se le produjo un SHOCK SÉPTICO, por lo que a los 10 minutos aproximadamente comienza con caída del nivel de conciencia, mala perfusión periférica, hipotensión refractaria con caída de la hemoglobina y aumento del perímetro abdominal. SE PROCEDE A IOT Y CONEXIÓN A VENTILACIÓN MECÁNICA, SE AVISA A CIRUGÍA GENERAL, PASANDO A QUIRÓFANO DE FORMA URGENTE. Se encuentra hemoperitoneo (presencia de sangre en la cavidad peritoneal del abdomen) de 2

litros por LESIÓN DE LA ARTERIA EPIGÁSTRICA IZQUIERDA, por lo que se procede a una LAPARATOMÍA URGENTE, con lavados de la cavidad y sutura de la misma. (...) .

7. LA EVOLUCIÓN POSTERIOR A ESTA SEGUNDA CIRUGÍA FUE MÁS TÓRPIDA, por desarrollo de FRACASO RENAL AGUDO, OLIGÚRICO, así como un CUADRO DE SEPSIS MOTIVADO POR EL DESARROLLO DE UNA NEUMONÍA NOSOCOMIAL (infección intrahospitalaria). El paciente fue diagnosticado "Portador de KLEBSIELLA PNEUMONIAE TIPO OXA".

Tales circunstancias motivaron a que se controlara el régimen de visitas por turnos individuales, obligando a los familiares a usar batas y guantes; no obstante, estos fueron informados mucho tiempo después de la contracción de la citada bacteria (concretamente durante su estancia en planta y por personal de enfermería). Ellos tenían la convicción de que tales precauciones eran para proteger al paciente. Nada más lejos de la realidad, la causa era bien distinta, Justo L. había sido contagiado por una bacteria nosocomial. Nunca más pudieron besar, abrazar y tocar libremente al mismo (que era esposo, padre, hermano (...)).

8. Con fecha 05/07/2018, se le realizó una TRAQUEOTOMÍA QUIRÚRGICA por ventilación mecánica prolongada y se inició proceso de weanning con ventilación espontánea a través de MT.

9. Con fecha 09/10/2018, una vez estabilizado todos los sistemas se decide alta a planta de cirugía, pero debido a la infección intrahospitalaria contagiada (KLEBSIELLA PNEUMONIAE TIPO OXA) durante su ingreso, motivó un aislamiento de contacto a la planta instaurada para los pacientes contagiados con bacterias nosocomiales o intrahospitalarias.

La existencia de una planta de aislamiento para los numerosos pacientes que contraían la citada bacteria, es prueba irrefutable de que el personal del hospital conocía perfectamente que no se estaban tomando las precauciones debidas para que la misma no se transmitiera al resto de los pacientes. (...) .

10. Estando en la planta de aislamiento y debido a las complicaciones surgidas con la traqueostomía practicada al paciente (salida del contenido alimenticio por traqueotomía) la cual no hacía viable la dieta oral, SE LE TUVO QUE PRACTICAR UNA GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA para facilitar su alimentación.

11. Con fecha 28/11/2018, se le trasladó al Centro Concertado (...), con diagnóstico de NEUMONÍA NOSOCOMIAL. (...) .

12. El día 13/02/2019 a las 2.00 horas, después de una estancia corta/media en el Hospital (...), con una evolución tórpida, con complicaciones de neumonía, que precisan de manejo antibiótico de amplio espectro, con períodos de mejoría, estancamiento y retroceso, en un episodio de brocoaspiración severa, fallece el paciente (...) (...) .

SEGUNDO.- De los anteriores hechos resulta evidente la relación de causalidad entre las lesiones producidas a (...) (sufrimiento durante nueve meses y posterior fallecimiento) y el funcionamiento de los servicios públicos de esa Administración, debido a que el paciente no sufría una patología propiamente hospitalaria a su ingreso, sino que fue intervenido quirúrgicamente por una oclusión intestinal, el día 02/06/2019, de la que se recuperó con éxito. Sin embargo, después del SHOCK SÉPTICO SUFRIDO AL RETIRARLE EL DRENAJE DE LA OPERACIÚN, A LOS DIECISÉIS DÍAS (16) DE SU INTERVENCIÓN (SUPERANDO EL PROMEDIO DE LA PRAXIS MÉDICA QUE OSCILA ENTRE LOS 2 A LOS 10 DÍAS), se produjeron una serie de acontecimientos como son LAPARATOMÍA URGENTE POR LESIÓN DE LA ARTERIA EPIGÁSTRICA, TRAQUEOTOMÍA, GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA, INFECCIÓN NOSOCOMIAL CON LA BACTERIA KLEBSIELLA PNEUMONIAE TIPO OXA, que complicaron las expectativas para su curación, dando lugar a su fallecimiento el día 13/02/2019, a causa de una NEUMONIA NOSOCOMIAL INCURABLE.

(...)

(...) El paciente (...), después del sufrimiento durante nueve meses, falleció el día 13/02/2019, a causa del deficiente funcionamiento de los servicios públicos de esa Administración (...) . (...) fueron dos factores los que determinaron el nexo causal con ese fallecimiento:

a) SHOCK SÉPTICO sufrido AL RETIRARLE NEGLIGENTEMENTE, A LOS 16 DÍAS DE SU INTERVENCIÓN (SUPERANDO EL PROMEDIO DE LA PRAXIS MÉDICA QUE OSCILA ENTRE LOS 2 A LOS 10 DÍAS), EL DRENAJE DE LA OPERACIÓN REALIZADA EL DÍA 03/06/2018, que condujeron a otra serie de acontecimientos como son LAPARATOMÍA URGENTE POR LESIÓN DE LA ARTERIA EPIGÁSTRICA, TRAQUEOTOMÍA, GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA.

b) INFECCIÓN NOSOCOMIAL CON LA BACTERIA KLEBSIELLA PNEUMONIAE O OXA, que complicaron las expectativas para su curación, dando lugar a su fallecimiento el día 13/02/2019, a causa de una NEUMONIA NOSOCOMIAL INCURABLE».

2. A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que concurren los requisitos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, los reclamantes [esposa e hijos del paciente fallecido] formulan una pretensión indemnizatoria -en concepto de daños morales- cuyo monto total asciende a la cantidad de 250.000 €.

III

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

1. Mediante escrito con registro de entrada de 7 de febrero de 2020, (...) y (...), (...) y (...), esposa e hijos, respectivamente, de (...), interesan la incoación de un

procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños causados, presuntamente, por el anormal funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada al Sr. (...) en el CHUIMI y que derivó, finalmente, en el fallecimiento del paciente.

2. Con fecha 27 de febrero de 2020 el órgano instructor formula requerimiento a los interesados a fin de que subsanen o mejoren la reclamación interpuesta. Este requerimiento no produjo respuesta de aquellos.

3. La reclamación formulada es admitida a trámite mediante Resolución del Director del SCS de 3 de abril de 2020, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando, por el órgano instructor, realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente; entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

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

4. Con fecha 16 de noviembre de 2023 se dicta acuerdo probatorio cuyo tenor literal es el siguiente:

«Cuarta.- Que por la parte interesada, en su escrito de (...) 6 de febrero de 2020 se proponen los siguientes medios de prueba:

1.- Documental.-

Consistente en que se incorpore la historia Clínica de (...) tanto el obrante en Hospital Insular-Materno Infantil como el que figura en el Hospital (...).

Más documental, consistente en que se incorpore al procedimiento el número de pacientes que fueron infectados en la misma bacteria en los dos años anteriores y posteriores al fallecimiento de (...), así como las denuncias formuladas en el hospital por el deficiente estado de limpieza de sus instalaciones.

2.- Pericial consistente en que por perito competente en la materia se informe los daños producidos y su cuantificación económica, en aplicación de los baremos de indemnización previstos en la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la circulación de vehículos a Motor.

3.- Testifical que se tome declaración a los siguientes testigos:

1.- Dra. (...) y Dra. (...), del Servicio de Urgencias del Hospital (...).

2.- Dr. (...), Jefe de Servicio de Urgencias del Hospital Insular-Materno Infantil.

3.- Dra. (...), Jefa del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Insular-Materno.

4.- Dra. (...), del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Insular-Materno Infantil.

5.- Dr. (...), Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario Insular-Materno Infantil.

6.- Dr. (...) y Dr. (...) del Servicio de Medicina Interna y Geriatría del Hospital (...).

(...)

Quinta.- Que por esta Administración se propone como prueba la siguiente documental que obra, asimismo, incorporada al expediente y consistente en:

1.- Historia Clínica (...), obrante en el Hospital Insular.

2.- Historia Clínica (...) obrante en el Hospital (...).

3.- Informe del Servicio de Medicina Preventiva.

4.-Informe de Gestión de Calidad.

5.- Informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva.

6.- Notas Clínicas.

En cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 77 y 78 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas

ACUERDO

PRIMERO.- Admitir a trámite las prueba documental y pericial propuesta por el interesado en los términos indicados en el presente acuerdo, y abrir un periodo probatorio de 30 días a fin de que pueda aportar el informe pericial.

Transcurrido dicho plazo, de conformidad con el principio de impulso de oficio, se ordenará que se pase al siguiente trámite en este procedimiento.

Inadmitir por innecesaria la prueba testifical propuesta por cuanto en relación con el personal del Hospital (...) citado no atendieron al paciente en el Hospital Insular y en cuanto al personal del Hospital Insular consta incorporado informe de los de servicios citados.

SEGUNDO.- Incorporar como prueba documental los informes y documentación clínica recabados por esta Administración en periodo de instrucción, aportados al procedimiento por el Servicio de Inspección y Prestaciones y detallados en la consideración cuarta anterior».

Se indica en la Propuesta de Resolución -y se extrae del contenido de las actuaciones-, que *«el citado informe (pericial) no se aporta por los reclamantes dentro del plazo conferido»*.

5. Con fecha 30 de abril de 2024 se procede a la apertura del trámite de vista y audiencia, otorgando a los reclamantes un plazo de diez días a fin de que pudiesen formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimasen convenientes.

6. Con fecha 19 de junio de 2024 los reclamantes formulan escrito de alegaciones.

7. Con fecha 11 de julio de 2024 se evacua informe *«complementario»* del Servicio de Inspección y Prestaciones del SCS -en adelante, SIP- en relación con las anteriores alegaciones formuladas por los reclamantes.

8. Con fecha 16 de julio de 2024 se acuerda dar traslado del informe del SIP a los reclamantes para que pudieran, nuevamente, formular alegaciones.

9. Con fecha 1 de agosto de 2024 los reclamantes presentan nuevo escrito de alegaciones en el que, tras ratificarse en su anterior escrito de alegaciones de 19 de julio de 2024 y formular las consideraciones oportunas en relación con el contenido del informe del SIP, concluyen interesando, nuevamente, la estimación íntegra de su pretensión resarcitoria.

10. Con fecha 8 de octubre de 2024 se evacua Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio, desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial *« (...) por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración»*.

11. Con fecha 25 de noviembre de 2024 se emite Dictamen 678/2024 de este Consejo Consultivo que entiende procedente retrotraer las actuaciones en los siguientes términos, que es conveniente reproducir ahora:

«1. Con carácter previo al análisis de la cuestión de fondo, y, por ende, al examen de la concurrencia de los presupuestos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, resulta necesario efectuar una serie de consideraciones respecto a la tramitación del presente procedimiento administrativo y a la suficiencia de los documentos e informes que componen el expediente.

Y es que, a la vista de la documentación remitida, este Consejo Consultivo constata una incompleta tramitación del procedimiento administrativo de referencia, lo que imposibilita la emisión de un juicio de adecuación jurídica respecto al asunto de fondo.

En efecto, a pesar de que el órgano instructor da por concluida la instrucción del procedimiento administrativo y formula la correspondiente Propuesta de Resolución, lo cierto es que, ni en ésta, ni en el informe evacuado por el SIP (llamado complementario aunque no parece haber ninguno anterior, debe entenderse que se califica de complementario de los de otros servicios informantes) con fecha 11 de julio de 2024 se entra a valorar la totalidad de los argumentos -fácticos y jurídicos- esgrimidos por los interesados como fundamento de su reclamación, faltando así, en el criterio de este órgano consultivo, al deber de exhaustividad y de motivación bastante que ha de presidir la resolución que ponga fin a este procedimiento administrativo [arts. 88 y 35.1, letra h) LPACAP].

A este respecto, cabe hacer notar que el órgano instructor omite una referencia expresa y pormenorizada respecto a la concurrencia -o no- de las diversas argumentaciones esgrimidas por los reclamantes para fundamentar el concurso de la necesaria relación de causalidad sobre la que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria -folios 932 y ss.-: «Teoría del error e insuficiencia de prueba diagnóstica», «teoría del daño o resultado desproporcionado», «teorías de la causalidad adecuada (criterios de imputación objetiva) y de la probabilidad estadística». Entiéndese acaso que no se consideran fundadas tales alegaciones ni sustentadas en pruebas que permitan desvirtuar los informes de los servicios pero parece preciso detallar, siquiera sucinta pero expresamente, la consideración que aquellas alegaciones merezcan.

De igual manera, tampoco se da una respuesta a las «nuevas contradicciones» -tal y como las definen los interesados- advertidas por los reclamantes en su escrito de alegaciones de 1 de agosto de 2024 -folios 950 y ss.- [y a cuyo contenido procede ahora remitirnos].

Así pues, a la vista de las circunstancias descritas anteriormente, la complejidad del asunto planteado y la relación de varias negligencias que se imputan al funcionamiento del servicio público sanitario, es por lo que, a juicio de este órgano consultivo, se considera necesaria la emisión de nuevo informe adicional por parte del SIP en el que, de forma cronológica y sobre la base de la historia clínica y los informes evacuados -o que pudieran emitirse- por los diversos servicios sanitarios que atendieron al paciente, se analicen, por separado y de manera detallada -con el necesario soporte documental- los diferentes estadios del proceder médico observado en la atención sanitaria dispensada al paciente y su adecuación -o no- al parámetro de la lex artis ad hoc.

Se trata, pues, como siempre o casi siempre en este tipo de expedientes, de disponer de un análisis de conjunto e integrador de toda la actuación médica observada por el servicio público sanitario -a partir del relato descriptivo de la asistencia sanitaria prestada que ofrece la historia clínica y la información de los diferentes departamentos o servicios

médicos implicados en la atención al paciente y también de las aportaciones que justificadamente puedan hacer y probar los reclamantes-, con objeto de alcanzar una conclusión respecto a la corrección o no del proceder médico a la luz de la lex artis ad hoc, pues sin ello no es posible verificar la existencia de responsabilidad, como con abrumadora insistencia se sostiene por la jurisprudencia y la doctrina, también la nuestra.

Por ello, como también reiteradamente ha tenido ocasión de expresar este Consejo Consultivo, aunque la emisión del informe del SIP no se exprese literalmente como preceptiva, sí resulta de especial relevancia para este órgano a la hora de que por el órgano instructor deba (y pueda) formarse correctamente un criterio respecto al fondo del asunto analizado [art. 79 LPACAP], esto es, la corrección médica -en términos de adecuación a la lex artis ad hoc- de la prestación sanitaria dispensada al paciente y ulteriormente pueda el Consejo Consultivo dictaminar sobre la corrección jurídica de la propuesta administrativa.

Así, respecto a la singular trascendencia de los informes del SIP y la detenida e intensa atención que su contenido ha solido merecer a este órgano, en el marco de los procedimientos administrativos tramitados en concepto de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, este Consejo Consultivo de Canarias se ha pronunciado en los siguientes términos [Dictamen 63/2024, de 1 de febrero]:

« (...) no figura en el expediente administrativo la evacuación del informe del SIP interesado por el propio órgano instructor (...) . Documento que, si bien no es preceptivo en cuanto a su emisión, sí resulta de especial relevancia a la hora de que el órgano instructor pueda formar su criterio respecto al fondo del asunto analizado (art. 79 LPACAP), esto es, la corrección médica -en términos de adecuación a la lex artis ad hoc- de la prestación sanitaria dispensada al paciente. Máxime en casos como el presente, en el que los informes médicos que obran en las actuaciones (evacuados por los diversos Servicios médicos que han atendido al paciente) se limitan a efectuar un relato descriptivo de la asistencia sanitaria prestada, pero no justifican que ésta fuera ajustada a la lex artis.

A mayor abundamiento, y con independencia de si en el caso concreto examinado el órgano instructor hubiera cursado o no la correspondiente petición de informe al SIP, resulta necesario destacar la especial significación y relevancia de este informe dentro de la instrucción del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial extracontractual por daños derivados de la prestación sanitaria dispensada por el Servicio Canario de la Salud.

A este respecto, hemos de comenzar reiterando que, conforme a nuestra doctrina (véase, Dictamen 41/2024, de 25 de enero), la evacuación de dicho informe, en puridad, no resulta exigible con carácter general en el curso de los procedimientos de responsabilidad extracontractual.

Ahora bien, el informe del SIP ofrece una perspectiva integradora y omnicomprensiva de la asistencia sanitaria prestada, que va más allá de la atención concreta llevada a cabo por parte de los distintos servicios médicos implicados en cada caso, y cuya incorporación al expediente -la de estos informes-, sí resulta obligada a tenor de lo dispuesto por el art. 81.1 LPACAP. De esta manera, se franquea la visión inevitablemente parcial que pudiera resultar si son varios los servicios intervinientes en un mismo asunto.

Por otra parte, el informe del SIP permite también suplir las eventuales deficiencias de que pudiera adolecer, en su caso, alguno de los informes evacuados por los servicios médicos implicados en la prestación sanitaria al paciente, proporcionando una fundamentación adecuada, completa y consistente en apoyo de la Propuesta de Resolución que el órgano instructor venga a formular en los procedimientos de responsabilidad extracontractual cuya tramitación le incumbe.

Por lo demás, y como ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en su reciente Dictamen 41/2024, de 25 de enero, «no han faltado en nuestra práctica consultiva los casos, desde luego, en que nuestro parecer ha podido expresarse sin dificultad prescindiendo del indicado informe del SIP, sea a la vista del rigor y exhaustividad de los informes evacuados por el servicio actuante, la claridad de las circunstancias concurrentes, su escasa complejidad, u otros factores que también podrían estar presentes».

Ahora bien, fuera de estos supuestos particulares -en los que se habrá de atender a las concretas circunstancias concurrentes en el caso analizado en aras a prescindir o no de la evacuación del informe del SIP-, lo cierto es que, con carácter general, resulta pertinente -a la par que necesaria- la emisión del citado informe. Y ello no sólo en atención a su contenido y funcionalidad (centrado en la exposición de los antecedentes médicos y estado de salud del paciente, así como en la descripción/explicación de las dolencias que aquejan a éste; en el análisis de conjunto -a la luz de la lex artis ad hoc- de la actuación médica practicada, y en la formulación de conclusiones relativas a la corrección -o no- del proceder médico -previo examen de la historia clínica y de los informes emitidos por los servicios médicos implicados en la atención dispensada al paciente-), sino, además, porque viene a suplir la falta de conocimientos técnicos y/o médicos por parte de los miembros de este Consejo Consultivo de Canarias, permitiendo a este Organismo consultivo contar con los elementos de juicio suficientes como para poder formarnos una razonable convicción respecto al fondo de la reclamación interpuesta -y poder valorar adecuadamente los diversos instrumentos de prueba que obran en las actuaciones- (en idéntico sentido nos hemos pronunciado en nuestro reciente Dictamen 53/2024, de 25 de enero)».

2. Así pues, la constatación de las deficiencias o insuficiencias procedimentales detalladas en el apartado anterior impide -con fundamento en la razonada doctrina citada y largamente aplicada por este Consejo- considerar que el expediente se haya tramitado correctamente y que se entienda producida la suficiencia de los antecedentes y de los

argumentos que se deriven de estos, como exigen las leyes de procedimiento y de régimen jurídico antes citadas, y del propio Consejo; motivo por el que este Consejo Consultivo no puede analizar y, en última instancia, dictaminar debidamente respecto al fondo del asunto que ha sido sometido a su consideración.

Es por todo ello que se entiende procedente retrotraer las actuaciones al objeto de que se recabe nuevo informe adicional o también nuevamente complementario del SIP, en el que se contenga un pronunciamiento y una valoración sobre las cuestiones señaladas en el apartado anterior y al que en todo caso se habrá de incorporar la copia del protocolo o instrumento de actuación en materia de prevención y control de infecciones nosocomiales vigente en el centro hospitalario al tiempo de prestación de la asistencia sanitaria al paciente -justificando su aplicación al caso concreto-, así como la acreditación documental de las pruebas e informes médicos cuya existencia es puesta en entredicho por los reclamantes en su escrito de alegaciones de 1 de agosto de 2024.

Deberá también formularse una consideración concreta y razonada acerca de la complicación hallada o percibida con ocasión de la retirada del drenaje (el 18 6 18) tras la intervención quirúrgica sufrida por el paciente (el 3 6 18), consistente en hemiperitoneo importante [2 litros] por o con lesión de una arteria, cuya evolución posterior, calificada de tórpida, que entienden los reclamantes fue causa concurrente a la producción del resultado final, complicación de la que solo se dice en la Propuesta que es una complicación posible y que puede ocurrir, sin expresar ninguna otra consideración.

3. Cumplimentado el trámite anterior, y otorgada vista y audiencia a los interesados, se formulará una nueva Propuesta de Resolución [en la que se habrá de examinar, separadamente, los diferentes argumentos esgrimidos por los perjudicados como fundamento de su reclamación, así como valorar los diversos instrumentos de prueba que obran en las actuaciones -informes evacuados por los diversos servicios médicos actuantes, informes del SIP, etc.- ex arts. 35.1, letra h) y 88 LPACAP], que se podrá remitir ulteriormente a este Consejo para la emisión del dictamen preceptivo ordenado por los arts. 11.1.done) LCCC en relación con el art. 81.2 LPACAP».

12. Mediante Resolución n.º 818/2024, de 4 de diciembre, de la Secretaría General del SCS, se acuerda retrotraer las actuaciones al objeto de dar cumplimiento a lo dictaminado por este Consejo Consultivo de Canarias.

13. Con fecha 3 de diciembre de 2025 el SIP evacua informe en relación con la asistencia sanitaria prestada al paciente.

14. Con fecha 12 de diciembre de 2025 se acuerda la apertura del trámite de audiencia a los interesados, dando traslado a éstos del nuevo informe del SIP.

15. Con fecha 14 de enero de 2026 los interesados formulan escrito de alegaciones, ratificándose en el contenido de sus escritos anteriores y solicitando, nuevamente, que se declare la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

16. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas, en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico, y ello en aplicación del art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

17. Con fecha 21 de enero de 2026 se emite Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud en la que se propone la desestimación de la reclamación planteada por los familiares de (...).

18. Mediante oficio con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 27 de enero de 2026, se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.done) y 12.3 LCCC.

19. Los trámites descritos en los párrafos anteriores se han prolongado por espacio de cinco años, desde el día 30 de diciembre de 2020 -fecha de la reclamación- hasta el día 15 de enero de 2026. De este tiempo, cabe explicar el transcurso del que se dedicó, últimamente, a la cumplimentación de los trámites propuestos en el anterior dictamen, aunque parece -al menos a la vista del expediente- que la dedicación a ello de más de un año no se corresponde con el contenido de las propias propuestas. Y en ese tiempo, y en todo el curso del procedimiento, se han producido -al menos en apariencia- largos períodos de inactividad, como se ve en el índice.

20. No se ofrece en el propio expediente ni hay en la Propuesta de Resolución ninguna explicación ni justificación alguna de esta duración, a todas luces excesiva -entiende el Consejo- en relación con el propio contenido del expediente. Es por ello obligado hacerlo notar y advertir a la administración pública que el mandato de celeridad que la ley (art. 71 LPACAP) impone a la actuación administrativa debe ser cumplido, y que el consiguiente derecho de los interesados a la pronta tramitación y resolución de sus solicitudes ha de respetarse debidamente.

IV

1. La Propuesta de Resolución es desestimatoria de la reclamación de los interesados, por entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria, puesto que no se ha demostrado mala praxis en la atención médica dispensada al paciente.

2. La regulación legal de la responsabilidad patrimonial de la Administración, derivada del art. 106 de la Constitución y, con arreglo a sus mandatos, del art. 32 LRJSP se ha expuesto y resumido muchas veces por este Consejo en sus dictámenes. Así, por ejemplo, en el Dictamen 18/2026, de 21 de enero, con cita del anterior Dictamen 200/2025, de 12 de mayo, entre otros muchos, se dijo:

«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".

En el mismo Dictamen [200/2025] recuerda también el Consejo su doctrina sobre la especificidad y peculiaridad de la responsabilidad en el caso de la asistencia sanitaria:

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

de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación".

Asimismo, entiende el TS 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 el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

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

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

Por tanto, y como ha tenido ocasión de expresar este Consejo Consultivo en su Dictamen 9/2026, de 9 de enero -entre otros-, *« (...) en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria el criterio básico utilizado para hallarla es el de la contravención o incumplimiento 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 sin que quepa exigírsele 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.

Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la lex artis es el que determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la lex artis, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP)».

También es reiterada la doctrina del Consejo sobre los principios generales de distribución de la carga de la prueba, reflejada, entre otros, en el Dictamen 521/2025, de 12 de diciembre [con cita de los anteriores Dictámenes 29/2025, de 22 de enero, 704/2024, de 2 diciembre y 272/2019, de 11 de julio], con transcripción literal de doctrina jurisprudencial:

« (...) 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)».

(...) 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)».*

3. A la luz de tales reglas legales y doctrinas jurisprudencial y consultiva, y una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado en este caso, y tras la valoración conjunta, ordenada y sistemática de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, se concluye que no es posible declarar la

existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo, por las razones y consideraciones que acto seguido se exponen detenidamente.

Según se deduce de las actuaciones, el paciente presentaba desde su ingreso una situación clínica extraordinariamente grave, condicionada por su pluripatología y la complejidad del proceso quirúrgico inicial, y por su edad avanzada. El propio informe médico del CHUIMI consigna que se trataba de *« (…) un paciente de 83 años, que ingresa en el hospital por cuadro de oclusión intestinal por hernia crural incarcerada, que desarrolla como complicación una neumonía aspirativa secundaria a episodios de vómitos en domicilio, y cuya evolución posteriormente no fue buena, con desarrollo de neumonía nosocomial y shock séptico (…) »*. Esta descripción fáctica revela que las complicaciones surgidas no se debieron a un funcionamiento anormal del servicio sanitario, sino a la evolución natural de un cuadro clínico severo, tórpido y multifactorial, propio de un paciente frágil sometido a múltiples y sucesivas intervenciones médicas y a un prolongado ingreso en unidades de cuidados intensivos.

Teniendo en cuenta la situación descrita anteriormente, procede analizar las diversas negligencias médicas denunciadas por los interesados en su reclamación.

3.1. En lo que se refiere a la supuesta negligencia derivada de la retirada del drenaje el día 18 de junio de 2018 y el subsecuente sangrado, los reclamantes sostienen que la retirada del drenaje se realizó de manera negligente por llevar 16 días colocado, superando la supuesta praxis habitual de 2 a 10 días. Sin embargo, ninguna norma ni protocolo clínico rígido acredita una duración máxima invariable del drenaje; por el contrario, la duración depende del estado del paciente, del tipo de cirugía y del débito obtenido. En el caso que nos ocupa, de los informes resulta que lo decisivo no es la duración previa, sino la reacción del equipo sanitario ante la complicación producida.

En este sentido, no se acredita que la retirada del drenaje pueda reputarse negligente o ni siquiera inadecuada. Es cierto que se produjo la complicación —lesión de la arteria epigástrica con hemoperitoneo—, pero también lo es que la respuesta asistencial fue inmediata, proporcionada y técnicamente correcta:

«Dada la buena evolución, se decidió alta a planta de Cirugía General con fecha 15/6/2018, permaneciendo el paciente en UMI por falta de cama libre en planta de hospitalización. En esta situación, estando pendiente de traslado, el 18/6/2018 se procede a

retirada de drenaje abdominal que quedaba por retirar de la cirugía; a los 10 minutos aproximadamente comienza con caída del nivel de conciencia, mala perfusión periférica, hipotensión refractaria con caída de la hemoglobina y aumento del perímetro abdominal. Se procede a IOT y conexión a ventilación mecánica, y se avisa a Cirugía general, pasando a quirófano de forma urgente. Se encuentra hemoperitoneo de 2 litros por lesión de la arteria epigástrica izquierda, procediéndose a lavados de la cavidad y sutura de la misma».

La existencia de una complicación vascular infrecuente, pero conocida [como figura en el consentimiento informado rubricado por el paciente], no convierte la actuación sanitaria en culposa o desacorde con la *lex artis* cuando, como sucede aquí, el equipo médico actuó con celeridad, estabilizó al paciente y controló el sangrado según la buena práctica clínica. Esta actuación diligente, acreditada por la historia clínica, excluye el funcionamiento anormal o no ajustado a la *lex artis* del servicio público sanitario.

Así argumenta sobre ello el SIP en su informe de 3 de diciembre de 2025 tras nuestro anterior pronunciamiento consultivo:

«2.- La hernia crural es habitualmente asintomática. En su caso, la clínica y los estudios de imagen eran sugestivos de oclusión intestinal secundario a una hernia crural que comprimía la vena femoral, es decir, sugería signos de sufrimiento vascular (por encarcelamiento-estrangulamiento, es decir, compresión de dicha vena por la hernia, que le provoca isquemia y necrosis) o hernia complicada.

3.- Ante estos datos, la única alternativa posible es la revisión quirúrgica urgente de la cavidad abdominal con el objetivo de llegar al diagnóstico cierto, es decir, confirmar la enfermedad y tratarla, de ser posible, en el mismo procedimiento. En su caso, se le explicó al paciente dicho procedimiento y sus riesgos inherentes, dentro de los cuales, según el consentimiento informado, puede haber afectación secundaria de todos los órganos y sistemas (ello incluye infecciones como la neumonía, la infección del tracto urinario o de catéteres, sepsis, shock, entre otros), así como también infecciones y sangrado a nivel abdominal y de la herida quirúrgica.

4.- En su caso, de forma adecuada y urgente, y con administración de profilaxis antibiótica, se le realizó la cirugía propuesta, en la que se confirmó el diagnóstico de oclusión intestinal secundaria a hernia crural con compromiso vascular de asa de intestino delgado, para lo cual se realizó intervención quirúrgica mediante resección intestinal, anastomosis y corrección del defecto herniario con malla.

(...)

15.- Estando en UMI, el 18/06/2018, en nota evolutiva de Cirugía, queda descrito la retirada del drenaje con salida de contenido hemático que cede un minuto después, tras el cual el paciente presenta hipotensión, empeoramiento hemodinámico y caída de la

hemoglobina. Se realiza intubación orotraqueal (IOT) y conexión a ventilación mecánica. Pasa a quirófano de forma emergente por shock hemorrágico, activándose protocolo de transfusión. Se realiza laparotomía, encontrándose hemoperitoneo de aproximadamente 2 litros por lesión de la arteria epigástrica izquierda, tras retirada de drenaje, procediéndose a sutura y lavados de cavidad.

16.- En su caso, el drenaje que el paciente portaba, es considerado parte del tratamiento de resección intestinal que fue necesario hacer como consecuencia de la isquemia irreversible de dicha asa intestinal, provocada por la hernia crural complicada. Este drenaje realizado a través de una pequeña incisión en la pared abdominal y exteriorizado a piel, se deja para detectar fugas de la anastomosis y evacuar los exudados y posibles colecciones residuales tras la cirugía.

17.- Cuando el drenaje ya no es necesario porque ya no hay exudados o colecciones que evacuar, se extrae, simplemente tirando de él. Si en la colación del drenaje se lesionó la arteria epigástrica, algo que es posible, aunque infrecuente, el propio drenaje coapta la lesión y evita el sangrado. En el caso de que se haya lesionado la arteria epigástrica o cualquier otro vaso de la pared abdominal, en una persona normal, los mecanismos de coagulación natural formarán un trombo que taponará dicho vaso evitando el sangrado una vez retirado el drenaje, pero en el caso de este paciente, al estar anticoagulado por la arritmia cardíaca, el trombo no se formó, lo que hizo que el sangrado al retirar el drenaje no se detuviera espontáneamente, sangrado que al provenir de un vaso situado en la parte profunda de la pared abdominal vertió hacia la cavidad abdominal, manifestándose con deterioro hemodinámico por hipovolemia (shock hemorrágico).

18.- El paciente pasó a quirófano realizándose laparotomía exploratoria de forma emergente, pudiendo ser encontrada la lesión de la arteria epigástrica izquierda y controlada la hemorragia.

19.- El sangrado de vasos de la pared abdominal (sangrado intraabdominal), así como las infecciones en este contexto son riesgos contemplados en el consentimiento informado que fueron conocidos, entendidos y asumidos por el paciente, previo a la cirugía abdominal realizada de oclusión intestinal, intervención que era vital en un proceso de enfermedad grave de oclusión intestinal por hernia crural con isquemia y necrosis de asa intestinal.

20.- La retirada del drenaje se realizó según técnica habitual, y el sangrado ocurrido está relacionado con la anticoagulación, medicación absolutamente necesaria en presencia de arritmia cardíaca por fibrilación auricular, como era su caso.

21.- Por consiguiente, frente al shock hemorrágico, patología grave en un paciente anciano y deteriorado, se puso a su disposición de forma adecuada y rápida, los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios, que controlaron la complicación surgida.

22.- Si bien, la situación fue controlada, el paciente de edad avanzada, con comorbilidades y deteriorado, tuvo que ser nuevamente ingresado en UMI, dado que requería soporte terapéutico intensivo dado el shock hemorrágico padecido».

En definitiva, no se acredita la existencia de mala praxis en la retirada del drenaje ni en el manejo del sangrado posterior, practicadas ambas operaciones según las técnicas habituales y sin contravención de las reglas médicas -atendidos los informes- y la respuesta del sistema sanitario público ante tal complicación fue no sólo inmediata sino, además, eficaz y plenamente ajustada a la *lex artis ad hoc*.

La documentación que obra en el expediente muestra que el paciente estaba pendiente de traslado a planta por *«buena evolución»* cuando se retiró el drenaje *[«Dada la buena evolución, se decidió alta a planta de Cirugía general con fecha 15/06/2018 (...) »*]. El evento hemorrágico sobrevenido -*«hemoperitoneo de 2 litros por lesión de la arteria epigástrica izquierda»*— constituye una complicación conocida y estadísticamente infrecuente, pero no necesariamente indicativa de mala praxis si la indicación y la ejecución del acto son correctas y, además, cuando la respuesta ante tal complicación es inmediata y técnicamente adecuada, como ocurrió en el presente caso, donde se actuó con la máxima celeridad: intubación orotraqueal, ventilación mecánica, aviso inmediato a Cirugía y laparotomía urgente con sutura del vaso lesionado y lavados, según se deduce del expediente instruido.

Desde el prisma de la *lex artis ad hoc*, lo determinante no es la ausencia absoluta de complicaciones -imposible de garantizar para todo caso en medicina-, sino la diligencia en su prevención razonable y su manejo inmediato. Los informes, anotaciones y documentos del expediente muestran una actuación sanitaria proporcionada, rápida y técnicamente correcta.

En suma, no se objetiva infracción técnica en la retirada del drenaje ni en la gestión del hemoperitoneo, sino una complicación eventual pero inherente a procedimientos invasivos, que fue resuelta conforme al estándar médico. Y por ello se debe excluir la existencia de funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

3.2. En cuanto a la infección nosocomial por *Klebsiella pneumoniae OXA-48*, los reclamantes sostienen que el contagio bacteriano se debió a fallos higiénicos o asistenciales. Sin embargo, el expediente no permite concluir que haya sido así: el paciente no solo fue diagnosticado precozmente, sino que, además, se instauraron las correspondientes medidas de aislamiento y de medicina preventiva adecuadas a su situación. La infección por *Klebsiella OXA-48* aparece asociada a factores clínicos

del paciente, a su evolución crítica y a la presión antibiótica prolongada del caso, no a la inexistencia o infracción de protocolos o a fallos en la limpieza hospitalaria.

A este respecto, procede reproducir las consideraciones efectuadas por el SIP en su informe de 3 de diciembre de 2025:

« (...) En fecha 10/07/2018, en evolutivo realizado por Medicina Preventiva, queda anotado: cultivo de vigilancia epidemiológica positivo para K. Pneumoniae con carbapenasa tipo OXA, por lo que con el diagnóstico de paciente portador de Klebsiella Pneumoniae tipo OXA quedan indicadas las medidas de aislamiento de contacto para evitar la transmisión de este patógeno a otros pacientes en un entorno hospitalario de enfermos agudos, tanto mientras esté hospitalizado en UMI, como posteriormente a su traslado a planta.

(...) Por parte de Medicina Preventiva queda descrito en historia clínica:

Indicamos aislamiento de contacto, higiene de manos con solución alcohólica antes y después del contacto con el paciente. Uso de guantes y batas desechables al manipular al enfermo.

Resaltamos la importancia de mantener siempre las medidas de aislamiento de contacto en pacientes aunque solo estén colonizados para evitar la transmisión cruzada y contaminación ambiental. Con la finalidad de limitar la propagación de este patógeno a otros pacientes, se establecen las siguientes indicaciones: Antes de dar alta de UMI informar al Servicio de medicina Preventiva para valorar ingreso del paciente en la planta 8 o 6 Norte con medidas de aislamiento de contacto.

(...)

(...) El paciente fue mejorando progresivamente pudiendo ser retirada la sonda nasogástrica e iniciada la nutrición oral. Dado mejoría y estabilización de todos los sistemas, se decidió alta a planta de Cirugía (planta de aislamiento) en fecha 16/07/2018.

(...)

(...) A su traslado a planta, en su caso a planta de aislamiento, se continúa con las medidas de aislamiento de contacto ya iniciadas en UMI, desde el conocimiento de cultivo positivo a Klebsiella Pneumoniae tipo OXA.

(...)

(...) El cultivo de exudado de herida 08/08/2018, se informa negativo y el cultivo de esputo 09/08/2018 se aísla Klebsiella pneumoniae, decidiéndose, según notas clínicas de fecha 13 y 14/08/2018, no modificar tratamiento antibiótico dado que el paciente se ha mantenido afebril, eupneico con FiO2 ambiente, sin empeoramiento de su clínica respiratoria y con controles analíticos favorables (función renal normal y PCR en descenso).

(...)

(...) Dado cultivo de herida recogido el 13/08/2018, negativo, y permanecer estable desde el punto de vista respiratorio, el 20/08/2018, se suspende tratamiento antibiótico.

(...) En notas clínicas de 06/09/2018, presenta bacteriemia con hemocultivo (03/09/2018) positivo Klebsiella pneumoniae oxa 48 por lo que se introduce nuevamente antibioterapia según sensibilidades de exudado anal previo y cultivo BAS actual (positivos a dicha bacteria), a la espera de antibiograma de hemocultivo. Se aprecia clínicamente afebril, eupneico, responde a ordenes sencillas. Presenta abundantes secreciones respiratorias por traqueostomía, y en Rx de tórax se describe la presencia de derrame pleural derecho, ya presenta en radiografías previas.

(...) En fecha 07/09/2018, se ajusta antibioterapia según sensibilidad del antibiograma del hemocultivo (Tigeciclina+ciprofloxacino), se describe cultivo de punta de catéter con presencia de estafilococo.

(...)

(...) En evolutivo de fecha 20/09/18, se aprecia está afebril y estable. Rx de tórax se describe derrame pleural derecho crónico. Se suspende antibioterapia.

(...) En fecha 28/09/2018, presenta pico febril. Se realizan cultivos (hemocultivo, cultivo de esputo y cultivo de orina).

(...) En evolutivo del 01/10/2018, presenta secreciones espesas amarillentas que expulsa a través de traqueostomía, sin cambios respecto a sus habituales. En Rx tórax se observa derrame pleural derecho ya presente en estudios previos. Presenta orina colúrica turbia, sistemático de orina con 500 leucos, pero con nitritos negativos. Dado que el paciente se encuentra sin nuevos picos febriles desde el 28, con control analítico sin empeoramiento, se realiza recambio de sonda vesical y actitud expectante.

(...) En notas clínicas de fecha 03/10/18, en cultivo BAS (respiratorio), se aísla E. coli. En cultivo de orina, se aísla E. fecalis y Pseudomona aeruginosa. Se mantiene afebril, pero presenta empeoramiento de las secreciones respiratorias (mayor purulencia de esputos), por lo que se inicia antibioterapia con amoxicilina clavulánico que se mantiene hasta el día 10/10/18.

(...) En fecha 04/10/18, en entrevista de familiares con trabajadora social, estos solicitaron derivación del paciente a centro concertado dado que carecían de condiciones y medios para atender al paciente en su domicilio (paciente dependiente, que precisa de cuidados de traqueostomía y nutrición por gastrostomia).

(...) En fecha 16/10/18 y posteriores continúa con secreciones asociadas a la falta de colaboración con el cierre de la cánula. Lo ponen en pie y hace fisioterapia.

(...) En fecha 24/10/18, se describe presenta estabilidad clínica y hemodinámica, eupneico con SaO2 100% basal, y afebril. Continúa con secreciones respiratorias, pero ya se consigue taponar la cánula durante 2-3 horas por la mañana y la tarde, se sienta más y hace fisioterapia.

(...) En notas clínicas posteriores, se mantiene afebril, estable, con nutrición enteral con buena tolerancia.

(...) En fecha 28/11/2018, se le trasladó a centro concertado HSRM, para continuar con sus cuidados, con informe de alta de Cirugía y de Medicina Preventiva, en el que constan entre otros aspectos, los diagnósticos y las recomendaciones terapéuticas.

(...)

En fecha 10/07/2018, en evolutivo realizado por Medicina Preventiva, queda anotado: cultivo de vigilancia epidemiológica (cultivo para identificar bacterias en el recto de pacientes hospitalizados para rastreo epidemiológico) positivo para K. Pneumoniae con carbapenasa tipo OXA, por lo que con el diagnóstico de paciente portador de Klebsiella Pneumoniae tipo OXA quedan indicadas las medidas de aislamiento de contacto para evitar la transmisión de este patógeno a otros pacientes en un entorno hospitalario de enfermos agudos, tanto mientras esté hospitalizado en UMI, como posteriormente a su traslado a planta.

(...) Con respecto a la infección por Klebsiella Pneumoniae con carbapenasa tipo OXA por lo que se reclama:

26.- Este tipo de microorganismos se da en ambientes hospitalarios debido que precisan para aparecer la presencia de un paciente como el de nuestro caso, que haya sido sometido a múltiples ciclos de antibiótico de amplio espectro, antibióticos que resultaban imprescindibles para controlar la situación en un paciente que precisaba de antibióticos desde el ingreso, por cuadro de oclusión intestinal complicada, neumonía y sepsis.

27.- El requerimiento de antibióticos de amplio espectro puede favorecer la selección de bacterias productoras de OXA-48, y la presión selectiva de antibióticos puede llevar a mutaciones dentro del gen blaOXA-48 o de otras enzimas asociadas que aumentan la resistencia.

28.- Para que esta infección se produzca, no necesariamente tiene que haber una rotura de las medidas de higiene y asepsia, sino que se da en el contexto de un paciente inmunodeprimido, que ha recibido múltiples ciclos de antibióticos; estos antibióticos van destruyendo las bacterias que le son sensibles, pero al tiempo van seleccionado los microorganismos del paciente de forma que, antes o después, si la situación se alarga, aparece algún tipo de bacteria multirresistente.

29.- Si tenemos en cuenta el informe de Medicina Preventiva (20/04/20), en el que se recoge que este microorganismo no forma parte del medio ambiente hospitalario, y tenido en cuenta que se trata de un paciente que se encontraba en UMI, y en tratamiento antibiótico de amplio espectro desde su ingreso, nos encontramos ante un caso donde los propios gérmenes del paciente sometidos a una gran presión antibiótica se fueron seleccionado y sobreviviendo solo aquellos que son resistentes, lo cual les permite crecer sin competencia biológica de otras especies. Es decir, que aunque se trate de una infección que ocurrió pasadas las 48 horas de ingreso hospitalario (período aceptado para considerar una infección como nosocomial), puede admitirse que la infección por klebsiella oxa 48, proceda de sus propios gérmenes seleccionados por la utilización de antibióticos, por otra parte, imprescindibles, desde su ingreso.

30.- La presencia de infección por klebsiella oxa 48, fue detectada precisamente dentro del programa de vigilancia epidemiológica hospitalaria para bacterias multirresistentes, y una vez detectada, inmediatamente el Servicio de Medicina Preventiva, instauró las medidas de aislamiento de contacto, primero en UMI y luego en planta, con el objetivo de evitar su transmisión a otros pacientes, dado que se trata de un hospital de pacientes agudos que precisan de intervenciones invasivas, las cuales suponen una puerta de entrada para bacterias como esta, que es un patógeno oportunista.

31.- El aislamiento de contacto no solo se realiza ante esta bacteria, sino también ante otros patógenos multirresistentes como enterobacterias Blea (beta lacatamasas de espectro extendido), stafilococo meticilin resistente (SARM), o enfermedades contagiosas, por lo que la existencia de una planta o zona aislada para este tipo de pacientes, no es sinónimo de que existan numerosos pacientes aislados colonizados o infectados por la misma bacteria que él, y mucho menos que, en el hospital no se toman las medidas oportunas, todo lo contrario, todo ello forma parte de la cadena de vigilancia epidemiológica activa, para que detectado un caso, aunque se trate de un paciente colonizado (sin síntomas relacionados) se pueda atajar su transmisión hospitalaria. Por otro lado, las medidas de aislamiento no tienen ninguna influencia ni modifican la evolución del paciente infectado, sino que se llevan a cabo de manera preventiva para evitar la transmisión a otros pacientes.

32.- Dicho aislamiento de contacto consiste en aislar físicamente el paciente, haciendo hincapié en la higiene de manos antes y después de su atención, o al contacto con familiares. Uso de medidas barrera como guantes, batas, mascarillas desechables según proceda, entre otras medidas que son ampliamente difundidas y conocidas dentro del medio hospitalario para ser tenidas en cuenta tanto por el personal sanitario como por sus familiares, según proceda, como así se hizo y así consta en la historia clínica. Asimismo, a los protocolos generales de limpieza y desinfección habitual se aplican medidas adicionales para ser aplicadas por el personal de limpieza relativas a la higiene de manos, indumentaria (guantes, batas desechables dentro de la propia habitación), así como la limpieza y frecuencia de la propia habitación y las superficies y equipos próximos al paciente.

33.- Todos los hospitales en nuestro medio cuentan con un protocolo estandarizado de medidas para la vigilancia, prevención y control de infecciones, en este caso concreto el Servicio de Medicina Preventiva y control de infección nosocomial, lo ha presentado constando en el expediente».

Así pues, y a la vista del contenido del expediente instruido, no puede sostenerse que la colonización o infección por *Klebsiella pneumoniae OXA-48* obedezca a deficiencias de limpieza, prevención o inobservancia de protocolos. Los informes técnicos evacuados por la Administración sanitaria muestran la existencia de protocolos de control y su aplicación efectiva e inmediata una vez detectado el cultivo positivo, lo que rompe la pretendida imputación de una supuesta dejación organizativa por parte del hospital. El propio servicio de medicina preventiva señala que las carbapenemasas *« (...) son enzimas que les confieren a las enterobacterias una alta resistencia a los antimicrobianos, limitando las opciones terapéuticas»*, subrayando el carácter difícilmente erradicable de estas colonizaciones en pacientes críticos, incluso bajo estrictas medidas de aislamiento e higiene como las que aquí se documentan.

Por lo demás, del análisis de la documentación incorporada desde la aplicación «*SAUCE*», no se desprende ningún elemento que permita vincular las incidencias registradas en materia de limpieza con la situación concreta del paciente ni, menos aún, con la infección por *Klebsiella pneumoniae OXA-48* que posteriormente desarrolló. El informe del programa *«SAUCE»*, incluido en la documentación administrativa contiene un cuadro meramente estadístico, sin referencia individualizada a la habitación, unidad o circunstancias concretas del proceso asistencial del paciente. En efecto, el propio registro indica únicamente —de modo global y no personalizado— el número de incidencias -codificadas como *«501.7 deficiente estado de limpieza»*- en los años 2018 a 2022, sin identificar relación alguna con la localización, fechas o áreas en las que estuvo ingresado el afectado. Esta información, tal como aparece en el expediente, carece de capacidad acreditativa para sustentar la tesis de los reclamantes. En primer lugar, porque se trata de datos agregados, propios de un sistema de control de calidad que recoge las manifestaciones de usuarios y familiares, pero que no tienen valor probatorio autónomo sobre la existencia de un fallo concreto en el proceso asistencial de un paciente individual. Y, en segundo lugar, porque no existe la menor evidencia de que alguna de esas reclamaciones anónimas —repartidas además a lo largo de los años y

sin correlación espacial o temporal con la estancia del paciente— guarde relación causal con la colonización por *OXA‑48* del (...).

Por el contrario, los informes clínicos aportados dejan constancia de que el contagio o colonización por Enterobacteria productora de carbapenemasa tipo OXA fue detectado durante el ingreso y, lo más relevante, que el hospital sí aplicó los protocolos de aislamiento, sí impuso medidas de prevención, y sí adoptó las actuaciones de contención exigibles ante la aparición del cultivo positivo. Ningún elemento del informe *«SAUCE»* contradice estos hechos, y mucho menos permite sostener que hubiera existido un fallo organizativo de tal entidad que explicara la aparición de la bacteria *OXA‑48*.

3.3. En lo relativo a la supuesta falta de controles radiológicos y omisiones diagnósticas, constan en el expediente diversas pruebas complementarias, incluyendo TAC torácico, TAC abdominopélvico, radiografías y analíticas sucesivas. La alegación de que únicamente se habrían realizado cuatro radiografías carece de sustento documental y queda desvirtuada por las propias pruebas incorporadas a la historia clínica.

4. En definitiva, de la documentación obrante en el expediente —informes médicos, pruebas complementarias, registros de aislamiento, evaluaciones periódicas y evolución clínica detallada— se concluye que la asistencia sanitaria fue técnicamente correcta, oportuna, completa y conforme a la *lex artis ad hoc*, sin que exista ningún dato que permita imputar a la Administración sanitaria las complicaciones que finalmente condujeron al fallecimiento del paciente. Tal conclusión se ajusta a la exigencia jurisprudencial reiterada de que el nexo causal, es decir su *sustrato fáctico*, quede acreditado de forma cierta y no meramente hipotética, y que las complicaciones derivadas del estado clínico del paciente, aun gravosas, no son indemnizables cuando obedecen al curso propio de la enfermedad y no al servicio público sanitario. Como dice la ley, es la lesión producida a *consecuencia* del funcionamiento del servicio público la que debe indemnizarse, pero no la que no sea efecto ni consecuencia de este. Así pues, aun comprendiendo y reconociendo la existencia del daño —el fallecimiento, sin duda doloroso para los allegados—, este no puede considerarse antijurídico, pues no es imputable al funcionamiento del servicio público, sino a la evolución natural de un proceso clínico extremadamente complejo, que fue abordado, en todo momento, con los medios y protocolos adecuados, tal y como señala el SIP: *«En todo momento, el paciente fue asistido con todos los medios diagnósticos y terapéuticos, se le realizaron innumerables*

radiografías de tórax, según la clínica y el contexto evolutivo de la neumonía que presentó, hasta que dejaron de apreciarse datos de proceso agudo. Se le aplicaron todos los tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos que precisó, así como cuidados requeridos, en función de los diagnósticos y de su evolución, a la vez que fue controlado de forma multidisciplinar por Cirugía, UMI, Infecciosos, Medicina Preventiva, Rehabilitación, Unidad de Nutrición y ORL; siendo su alta consensuada con familiares para seguir su tratamiento y cuidados en Centro Hospitalario Concertado, cercano a sus domicilios de residencia, tratamiento en dicho centro que requirió antibioterapia al ingreso, dado agudización de su proceso neumónico, no constatándose ninguna pausa ni en la realización de pruebas diagnósticas ni en la administración del oportuno tratamiento, ni ningún defecto en ninguna de las asistencias y cuidados que recibió hasta su fallecimiento, que no ocurrió por mala praxis, sino a pesar de la adecuada asistencia sanitaria prestada».

Así pues, los argumentos expuestos anteriormente determinan la imposibilidad de apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria, pues por otro lado, los reclamantes no han aportado medios de prueba con virtualidad suficiente para sostener la reclamación que promueven [arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC]. En consecuencia, debe considerarse conforme a derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual que origina este expediente es conforme a Derecho, por los razonamientos expuestos en el Fundamento IV, y los anteriores.