Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 8 7 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 18 de mayo 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 149/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

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

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva pues la interesada solicita una indemnización de 138.868,70 euros por el fallecimiento de su causante, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

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

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

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la heredera de la persona fallecida personalmente perjudicada, su esposa, según alega, la condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclaman [art. 4.1.a) LPACAP].

Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, Dictamen 408/2022, de 27 de octubre), en relación con la naturaleza jurídica de reclamaciones como la que aquí nos ocupa, de los familiares de la persona afectada por el hecho lesivo que le ha ocasionado su fallecimiento, siguiendo su reiterada doctrina emitida al respecto, lo siguiente:

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

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

"Ello nos lleva a la vieja problemática relativa al titular del resarcimiento del daño causado por la muerte, donde se prodigan posturas de signo contrario, la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por el vivo que muere y que transmite a título hereditario a sus herederos y la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por los perjuicios que sufren los familiares allegados del muerto por razón de su muerte a título de responsabilidad patrimonial. El criterio del resarcimiento de los familiares perjudicados a título propio se ajusta mejor al norte de la justicia resarcitoria porque, de un lado, permite compensar perjuicios sufridos por quienes no son herederos y porque simultáneamente evita reconocer

indemnización a herederos que no sufren perjuicios por la muerte de la víctima, como sucede con aquellos que no estén ligados afectivamente con la víctima o incluso, con el Estado, cuando, por falta de parientes, es el heredero de la víctima.

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

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

La citada doctrina, resulta aplicable al presente asunto, por lo que la reclamante, esposa de la persona fallecida, posee interés legítimo para interponer la presente reclamación.

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, mediante el SCS.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el día 4 de diciembre de 2024, habiéndose producido el fallecimiento del afectado el día 15 de enero de 2023.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, se deduce del escrito de reclamación presentado por la interesada lo siguiente:

Que el día 6 de diciembre de 2023 (...), de 67 años de edad, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín por disnea progresiva, tos seca y edemas en los miembros inferiores, motivo por el que los facultativos que lo atendieron decidieron ingresarlo en el Servicio de Cardiología de dicho Hospital, diagnosticándole, inicialmente, «*IC con FEVI deprimida, Disfunción VI severa. Trombo apical*».

Posteriormente, estando ingresado, el día 10 de diciembre de 2023, se le diagnosticó gripe A, quedando en suspenso la realización de diversas pruebas cardíacas hasta la mejora de la situación infecciosa. Sin embargo, su estado empeoró y se le ingresó en el Servicio de Anestesia y Reanimación de dicho Centro hospitalario, donde se le efectuó intubación orotraqueal, pues ya padecía neumonía derivada de tal gripe.

Su evolución fue tórpida falleciendo el día 15 de diciembre de 2023.

La interesada reclama porque considera que la gripe A que finalmente causó el fallecimiento de su esposo lo ocasionó una infección nosocomial, derivada de una actuación médica inadecuada.

2. Además, con el fin de completar adecuadamente los antecedentes de hecho expuestos, es preciso tener en cuenta el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), emitido el día 13 de junio de 2025, en el que se señala al respecto que:

«1. (...) con DNI (...) y 67 años en el momento de los hechos, presentaba como antecedentes personales Tóxicos tabaquismo; Médicos Diabetes mellitus tipo 2, Dislipemia, Infarto agudo de miocardio, Enfermedad arterial coronaria de dos vasos (stent x2), Vértigo posicional paroxístico benigno, Síndrome de isquemia crónica (seguimiento por Cirugía Cardiovascular).

2. El día 6 de diciembre de 2023 acudió al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH en adelante) del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN en adelante) para valoración por un cuadro de tos seca persistente, disnea, edemas en miembros inferiores y debilidad generalizada. A la exploración física se describe que se encontraba hemodinámicamente estable, eupneico saturando 98% basal, afebril, murmullo vesicular abolido en campods medios y miembros inferiores con edemas. Se solicitaron pruebas complementarias (analítica, radiografía de tórax, electrocardiograma -ECG en adelante-,

ecocardiotranstorácico -ETT en adelante-), y fue valorado por el Servicio de Cardiología que, tras valorar al paciente con el resultado de las pruebas complementarias, estableció el diagnóstico de insuficiencia cardíaca con FEVI deprimida (La Fracción de Eyección del Ventrículo izquierdo es la capacidad del corazón para bombear sangre, en este caso disminuida) , disfunción ventricular izquierda severa y trombo apical, para lo que se le indicó tratamiento y se cursó ingreso a su cargo.

3. El día 7 de diciembre pasó a planta de hospitalización a cargo del Servicio de Cardiología para continuar el tratamiento pautado y seguir su evolución. A las cuarenta y ocho horas de su estancia en planta, enfermería avisó al facultativo de guardia para que valorara al paciente por tos. A su valoración, el paciente refería tos seca que ya presentaba previo al ingreso, asociando ocasionalmente expectoración transparente, sin otra sintomatología en ese momento (no fiebre, mialgias ni clínica infecciosa). Además, refería haber mejorado la ortopnea (dificultad para respirar al estado acostado) tolerando el decúbito y con menor edema en miembros inferiores. A la exploración física se describe una saturación de oxígeno mantenida con gafas nasales, auscultación pulmonar con hipofonesis basal bilateral (disminución del ruido habitual a la auscultación pulmonar, compatible con el proceso agudo que presentaba), miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Se solicitó TestAg SARS-CoV2 que fue negativo. Se ajustó el tratamiento y se mantuvo en observación.

4. En la noche del día 10 de diciembre presentó un pico febril (Tª 38.4ºC) sin foco claro, por lo que se extrajeron hemocultivos que resultaron negativos y PCR virus respiratorios con resultado positivo para gripe A. Durante ese día se mantuvo hemodinámicamente estable y afebril, descansando.

5. El día 11 de diciembre por la mañana tuvo un nuevo pico febril (Tª 39ºC) controlado con la administración de paracetamol, se mantenía colaborador, aunque con escasas ingestas. A la exploración física se describe que estaba bien perfundido (flujo sanguíneo adecuado), eupneico en decúbito, a la auscultación destacaba la hipofonesis en bases, similar a exploración previa. Se realizó ETT descrita similar a la previa y ECG en el que sinusal con bloqueo de rama derecha que no estaba presente al ingreso, escasa R anterior con ondas T negativas en precordiales".

Tras esta valoración se establecieron los siguientes diagnósticos:

- Infección respiratoria Gripe A. Insuficiencia cardíaca congestiva en contexto de previo.

- Infarto agudo de miocardio inferior 2014. Empeoramiento actual de función ventricular con nuevo trastorno de motilidad y alteraciones ECG (probable evento anterior silente). Como plan a seguir se ajustó el tratamiento, y se solicitaron pruebas complementarias (RMN y cateterismo cardíaco) para realizarlos cuando mejorara la situación infecciosa.

6. En la mañana del día 12 de diciembre, una vez establecido el plan diagnóstico-terapéutico, continuó con picos febriles y una evolución lenta con tendencia a la hipotensión y taquicardia, pero sin cambios respecto al resto de la exploración, manteniéndose eupneico en decúbito, con buena perfusión distal y persistencia de hipofonesis bibasal a la auscultación pulmonar. Se sospechó sobreinfección bacteriana por lo que se extrajeron nuevos cultivos (hemocultivos, urocultivo y coprocultivo) que fueron negativos, por lo que no precisaba prescripción de antibióticos junto al tratamiento específico para la gripe (Oseltamivir).

Ese día por la noche fue valorado por el facultativo de guardia por un empeoramiento clínico, estaba agitado, con signos de baja perfusión con frialdad distal, hipotensión marcada (60/40 mmHg), y cambios a la auscultación pulmonar con aparición de crepitantes bibasales y roncus dispersos. Se indicó sondaje vesical y se solicitó analítica urgente para valorar la necesidad de ajustes en el plan diagnóstico-terapéutico establecido.

7. Al día siguiente, el 13 de diciembre por la mañana, se encontraba aletargado y ansioso, febril (Tª 39.2ºC), con mejoría de las cifras tensionales (PA 90/50 mmHg) y a la auscultación pulmonar ventilaba ambos campos.

Por la tarde presentó un empeoramiento clínico con agitación y desconexión del medio, presentando una respiración agónica y livideces (manchas en la piel como consecuencia de la acumulación de sangre cuando falla el bombeo del corazón) generalizadas sobre todo en miembros inferiores, se encontraba hipotenso, taquicárdico y oligoanúrico (producción de una cantidad de orina menor de la normal). Ante esta situación, fue valorado por el Servicio de Unidad de Medicina Intensiva quiénes canalizaron una vía venosa central femoral izquierda y comenzaron la reanimación con fluidoterapia y fármacos vasoactivos para tratar de recuperar la estabilidad hemodinámica. Se realizó intubación orotraqueal por bajo nivel de conciencia. En situación de descompensación de insuficiencia cardíaca con disfunción del ventrículo izquierdo severa en contexto de shock séptico por Gripe A se decidió ingreso en la Unidad de Reanimación y Anestesia.

8. En la Unidad de Reanimación y Anestesia se continuaron las medidas de reanimación durante horas logrando mejoría respiratoria (SatO2 100% con FiO2 70%), diuresis mantenida (con perfusión continua de furosemida) y descenso del ácido láctico (marcador de hipoperfusión).

Se realizaron pruebas complementarias para estudiar la causa del brusco empeoramiento. En la radiografía de tórax se objetivó una condensación basal inferior izquierda y congestión hiliar por lo que se inició antibiótico de amplio espectro (piperacilina-tazobactam, linezolid). En el ETT se evidenció empeoramiento respecto a previos "disfunción VI severa, colapso VCI, VD ligera dilatación".

Tras una mejoría transitoria, empeoró presentando un episodio de fibrilación auricular rápida (arritmia cardíaca) para lo que se administró tratamiento logrando controlar la

frecuencia cardíaca, pero posteriormente presentó hipotensión arterial y bradicardia extrema con necesidad de iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar, logrando la recuperación a los treinta segundos. Se avisó a los familiares del empeoramiento clínico, expresando que deseaban respetar la decisión del paciente que no quería diálisis ni medidas invasivas. El éxitus ocurrió el día 15 de diciembre a las 14:25 horas».

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 4 de diciembre de 2024 en el ámbito del SCS.

El día 28 de enero de 2025 se dictó la Resolución n.º 38/2025 de la secretaria general del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación de los interesados.

2. El presente procedimiento cuenta con el informe del SIP, ya referido con anterioridad, el informe del Servicio de Urgencias y el del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no practicándose prueba alguna.

4. Así mismo, después de todo ello, se le otorgó el trámite de vista y audiencia a la interesada, que presentó escrito de alegaciones.

5. Tras esta tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución definitiva, emitida el día 1 de abril de 2026, constando en la misma acerca del informe de la Asesoría Jurídica lo siguiente:

«Conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, modificado por el Decreto 232/1998, de 18 de diciembre, en este procedimiento, a juicio del órgano instructor, no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico».

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por las personas interesadas, puesto que el órgano instructor

considera que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

Además, en la Propuesta de Resolución se concluye manifestando que:

«Conforme lo anterior, es posible concluir que, en el presente caso no ha resulta acreditado que la actuación médica se apartara de la lex artis ad hoc, al ser la medicina, una obligación de medios y no de resultado. La reclamante no ha aportado, incumpliendo así el deber de la carga de la prueba, ningún dictamen o informe médico contradictorio a los que figuran en el expediente administrativo, que acredite una actuación médica no conforme a la lex artis y por el contrario, de lo obrante en el expediente resulta una asistencia correcta al paciente por parte del Servicio Canario de la Salud».

2. Este Consejo Consultivo se ha pronunciado muchas veces sobre la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, así por ejemplo en el Dictamen 97/2026, de 26 de marzo:

«Las reglas constitucionales, legales, jurisprudencias y doctrinales que rigen la existencia de responsabilidad patrimonial de la administración pública son conocidas y han sido repetidamente aplicadas y expuestas en los pronunciamientos de este Consejo. Así, por ejemplo, en el Dictamen 265/2025, de 17 de junio, entre otros muchos, se ha manifestado con carácter general acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario derivada del art. 106 de la Constitución y, con arreglo a sus mandatos, del art. 32 LRJSP, lo siguiente:

"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 con relación a una persona o grupo de personas.

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

– Ausencia de fuerza mayor.

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

Y, en otras palabras, ha precisado además el mismo TS [Sentencia de 28 de marzo de 2007] que:

" (...) la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación".

Es decir, entiende la jurisprudencia [STS 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 STS 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".

Y añade:

"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"», doctrina aplicable al presente supuesto.

3. En el presente asunto, se deduce que la interesada reclama, exclusivamente, porque considera que el fallecimiento de su esposo se produjo por una infección nosocomial de gripe A, lo que estima como mala praxis médica, que se concreta en no haber tenido el cuidado que requería las patologías que presentaba el paciente.

4. A la hora de analizar esta cuestión se debe tener en cuenta, en primer lugar, lo manifestado en el informe del SIP, en que se afirma que:

«1- Se trataba de un paciente con antecedentes personales que suponen un alto riesgo de morbimortalidad como son los factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus tipo 2, dislipemia), la enfermedad coronaria (infarto agudo de miocardio y enfermedad coronaria con stentx2) y la enfermedad arterial periférica (síndrome de isquemia crónica). Todo ello supone un alto riesgo de complicaciones derivadas de infecciones como la gripe, por lo que era candidato para vacunarse. Según consta en su historia clínica de atención primaria, con fecha 24 de octubre de 2023 su enfermera le ofertó la vacuna contra el Covid y la Gripe, sin embargo, su mujer informó que no quería administrarse ninguna y no tenía ninguna dosis previa.

2- El día 6 de diciembre de 2023 acudió al SUH por un cuadro de tos seca persistente, disnea, edemas en miembros inferiores y debilidad generalizada, siendo valorado mediante exploración física y pruebas complementarias acorde a la clínica presentada, estableciéndose el diagnóstico de insuficiencia cardíaca y trombo apical, por lo que se indicó tratamiento y se cursó ingreso a cargo del Servicio de Cardiología, siendo ésta una actuación conforme a los protocolos establecidos.

3- A los tres días de su estancia hospitalaria, fue valorado por tos que según refería estaba presente desde antes del ingreso, sin otra sintomatología que orientara cuadro infeccioso. No obstante, se realizó testAg SARS-CoV2 que resultó negativo. En cada momento evolutivo fue valorado con la exploración y pruebas complementarias acorde a los síntomas referidos para establecer el diagnóstico y plan terapéutico más adecuados.

4- El día 10 de diciembre, a los cuatro días del ingreso, presentó el primer pico febril por lo que se solicitaron nuevas pruebas complementarias resultando positiva la infección por virus de la gripe A. para lo que se instauró el tratamiento específico.

Teniendo en cuenta que el periodo de incubación (tiempo entre la exposición al virus y la aparición de síntomas) de la gripe es de uno a cuatro días, se plantea la duda de si se trata de una infección nosocomial (adquirida en el hospital) o comunitaria (exposición del paciente al virus antes de su entrada en el hospital), al contrario de lo que se afirma en el escrito de la reclamación y que, por tanto, rompe un posible nexo causal entre el ingreso como causa y

la infección como resultado dañoso. Este planteamiento se ve apoyado por los registros realizados durante la evolución del paciente, en el que se van añadiendo los diagnósticos a medida que se establecen, incluyendo "Infección respiratoria Gripe A. Insuficiencia cardíaca congestiva en contexto de previo", lo que pone de manifiesto que la infección respiratoria se considera previa a la descompensación de la insuficiencia cardíaca que condicionó el ingreso del paciente. De hecho, un paciente con antecedentes de cardiopatía puede presentar descompensaciones de su patología de base por diferentes motivos entre los que se incluyen las infecciones, como se plantea en este caso.

No obstante, lo anterior, conviene realizar una aclaración sobre las infecciones nosocomiales, y es que cuando un paciente es hospitalizado, inevitablemente queda expuesto a este riesgo incluso cuando se siguen todos los protocolos de prevención adecuados, siendo el riesgo de infección y desarrollo de complicaciones mayor en caso de paciente con alta morbimortalidad como es el caso que nos ocupa, incluso sin que hayan ocurridos errores médicos.

5- El día 11 de diciembre persistía con fiebre por lo que se realizaron nuevas pruebas complementarias (ETT y ECG) que concluyeron un empeoramiento de su patología cardíaca, por lo que se solicitaron pruebas adicionales (RMN y cateterismo cardíaco) para profundizar en el estudio cuando mejorara su situación infecciosa, añadiendo en la valoración "La infección como principal condicionante actual de la evolución, presentando fiebre en estos días atrás. Hemocultivos previos negativos. Una vez mejore su situación infecciosa, habrá que plantear realizar RMN y cateterismo cardíaco, que dejo ya solicitados". De esto se determina que se llevaron a cabo las actuaciones necesarias en cada momento, sin abandonar al paciente, sino que al contrario se planteó realizar nuevas pruebas complementarias en el momento que su situación clínica lo permitiera.

6- Al día siguiente persistía con fiebre por lo que se extrajeron cultivos ante la sospecha de sobreinfección bacteriana, que fueron negativos. Por la noche se encontraba agitado, hipotenso, con signos de hipoperfusión y cambios en la auscultación pulmonar en la que se describen por primera vez crepitantes y roncus. Se mantuvo un seguimiento estrecho objetivando una mejoría transitoria en la tensión y auscultación pulmonar, pero posteriormente presentó un brusco empeoramiento. Fue valorado por el Servicio de UMI que inició la reanimación e intubación orotraqueal. En este contexto se realizaron pruebas complementarias como gasometrías venosas que indicaron presencia de medio interno descompensado, y radiografía torácica con condensación por lo que se inició antibiótico empírico puesto que los cultivos hasta ese momento habían resultado negativos, confirmándose posteriormente la positividad en muestras recogidas ese mismo día (broncoaspirado P. aeruginosa, exudado nasal S. aureus), manteniendo también el tratamiento específico para la gripe. En el informe del coordinador del SUH se describe que la mortalidad por la coinfección gripe + bacterias en pacientes con disfunción ventricular

severa es elevada a pesar del tratamiento adecuado. En este mismo sentido se pronuncia el informe del jefe del Servicio de Cardiología, indicando que la infección por virus influenza A aumenta la morbimortalidad intrahospitalaria en pacientes con insuficiencia cardíaca, siendo predictor independiente de mortalidad en esta población.

En este caso, el paciente presentó un empeoramiento muy brusco encontrándose en situación extrema gravedad a pesar de los esfuerzos terapéuticos. Esta situación fue comunicada a los familiares quiénes informaron que deseaban respetar la voluntad del paciente de evitar medidas invasivas. El shock refractario evolucionó hacia el fracaso multiorgánico siendo éxitus el día 15 de diciembre de 2023.

CONCLUSIONES

1) Se trataba de un paciente con antecedentes personales que condicionaban un alto riesgo de complicaciones derivadas de infecciones como la gripe, que rechazó la vacunación ofrecida durante la campaña estacional.

2) Previo al ingreso presentaba tos y a los cuatro días de su estancia hospitalaria comenzó con fiebre siendo diagnosticado de gripe A. El periodo de incubación del virus de la influenza A es de uno a cuatro días por lo que no se puede afirmar que se tratara de una infección nosocomial (adquirida en el hospital).

3) Tras conocer la infección por gripe A, se estableció el diagnóstico de "Infección respiratoria Gripe A. Insuficiencia cardíaca congestiva en contexto de previo", dejando cronológicamente establecido que la infección fue previa a la insuficiencia cardíaca descompensada que motivó su ingreso.

4) El fallecimiento fue consecuencia de la evolución de su patología cardíaca grave en contexto del cuadro infeccioso, y no a un error ni omisión en las decisiones tomadas por el personal sanitario que lo siguió de manera estrecha y cumpliendo los protocolos establecidos».

5. En segundo lugar, en el informe del Servicio de Urgencias referido se señala que:

«1.º Los antecedentes (diabético, hipertenso, enfermedad arterial coronaria de dos vasos, disfunción ventricular izquierda severa, exfumador, consumo de tóxicos) de (...) (D.E.P.) condicionan un elevado riesgo basal de morbimortalidad, en particular ante episodios agudos de descompensación cardiaca o infecciones respiratorias, tal como documenta la literatura clínica y las guías de práctica clínica vigentes. A pesar del riesgo basal de morbimortalidad mencionado no tenía vacunación reciente frente a gripe estacional (no consta registro vacunal en la historia clínica).

2.º La actuación médica se ajustó en todo momento a los estándares clínicos y protocolos vigentes: se realizó exploración física completa y monitorización hemodinámica y respiratoria, se solicitaron pruebas analíticas completas, radiografía de tórax, ECG, y

ecocardiograma urgente, que confirmaron disfunción ventricular izquierda severa (FEVI disminuida) y sospecha de trombo ventricular apical. Durante su estancia en el servicio de Urgencias no se detectó nunca fiebre, síntomas respiratorios infecciosos ni síndrome general atribuible a infección en el momento de la evaluación. Se inició tratamiento con diuréticos y medidas de soporte para el control de la insuficiencia cardiaca y se solicitó ingreso urgente en la Unidad de Cardiología, siguiendo en todo momento lo que está protocolizado en las guías clínicas propias y, también, nacionales e internacionales respecto de la actuación ante este proceso.

3.º Las infecciones por virus influenza A y bacterias oportunistas como Pseudomonas aeruginosa y Staphylococcus aureus son complicaciones frecuentes en pacientes frágiles, inmunodeprimidos o con enfermedad cardiopulmonar grave (con es esta última circunstancia la de (...)). Estas infecciones se consideran infecciones nosocomiales o adquiridas durante la estancia hospitalaria y la mortalidad por coinfección gripe + bacterias multirresistentes en pacientes con disfunción ventricular severa es alta, incluso con tratamiento adecuado.

Y concluyo:

Por tanto, no puede atribuirse al Servicio de Urgencias responsabilidad alguna en el fallecimiento del paciente, el cual se debió a la evolución de una patología cardiaca grave y a complicaciones infecciosas adquiridas durante la hospitalización. De lo investigado, se evidencia que no existió ni error ni omisión en las decisiones tomadas por el personal médico responsable que realizaron en las actuaciones en Urgencias. Se mantuvo en todo momento una actitud cuidadosa y prudente al solicitar el ingreso hospitalario y una actitud diligente y protocolizada en lo referente a la anamnesis y exploración física a las pruebas complementarias y terapéuticas dispensadas. Consta que se informó al paciente y personas autorizadas, tanto del plan diagnóstico y terapéutico, como de las posibilidades pronósticas y complicaciones y, además, se permitió de manera adecuada el acompañamiento por las personas allegadas (hijo (…) y nuera (…))».

6. Por último, en el informe del Servicio de Cardiología del referido Hospital se afirma que:

«1. Paciente con factores de riesgo cardiovascular, enfermedad coronaria y vascular periférica que acude al servicio de urgencias por cuadro compatible con insuficiencia cardiaca.

2. Ingresa en planta de cardiología para proseguir el estudio cardiológico con estabilidad clínica inicial.

3. El paciente presenta episodios febriles en planta, documentándose positividad para virus influenza A. Se inicia tratamiento antiviral específico con oseltamivir.

4. Posteriormente presenta empeoramiento clínico con evolución hacia el shock, por lo que se consulta con la unidad de medicina intensiva.

5. Presenta una mala evolución en la unidad de reanimación, evolucionando hacia el fallo multiorgánico secundario a una neumonía vírica con sobreinfección bacteriana a pesar de soporte respiratorio y hemodinámico, tratamiento antivírico y antibiótico de amplio espectro.

6. El paciente es exitus finalmente el día 15/12/23.

7. La infección por virus influenza A se asocia a un aumento de la morbilidad y mortalidad intrahospitalaria en los pacientes con insuficiencia cardiaca, aumentando el riesgo de muerte en un 15%, siendo un predictor independiente de mortalidad en esta población. Esto se debe a que estos pacientes presentan una menor reserva cardiaca, renal y pulmonar, lo que los hace más susceptibles a los efectos de este virus por mediación de la activación de las vías de la inflamación y la inmunidad1.

8. En este caso, el curso clínico del paciente fue malo a pesar de la instauración precoz de tratamiento antiviral específico y de las medidas de soporte aplicadas, evolucionando hacia el fallo multiorgánico y finalmente hacia el exitus».

7. Pues bien, teniendo en cuenta lo anterior, procede afirmar que ha resultado demostrado que, en todo momento, se cumplió con los protocolos médicos aplicables a un supuesto como este, incluyendo la adopción de todas las medidas higiénicas y que, además, se puso a disposición del paciente todos los medios materiales y humanos de los que dispone el SCS, practicándose todas las pruebas diagnósticas necesarias y acordando su ingreso hospitalario de forma inmediata.

Por el contrario la interesada no ha logrado demostrar que la gripe A se le hubiera contagiado a su esposo en el ámbito hospitalario, pues su periodo de incubación es de uno a cuatro días, lo que implica que tanto se pudo contagiar antes de su ingreso, como al principio del mismo, sin olvidar que ya presentaba tos antes de ingresar y que, como se alega en los informes anteriores, en pacientes con los antecedentes del afectado El Servicio de Cardiología (...) «*La infección por virus influenza A se asocia a un aumento de la morbilidad y mortalidad intrahospitalaria en los pacientes con insuficiencia cardiaca, aumentando el riesgo de muerte en un 15%, siendo un predictor independiente de mortalidad en esta población. Esto se debe a que estos pacientes presentan una menor reserva cardiaca, renal y pulmonar, lo que los hace más susceptibles a los efectos de este virus por mediación de la activación de las vías de la inflamación y la inmunidad1*».

A mayor abundamiento, es necesario manifestar que aún en el caso de que se hubiera acreditado con toda seguridad que la gripe A se le contagió en el referido

Hospital, lo que no se ha logrado demostrar, ello no implica *per se* un mal funcionamiento del Servicio, pues incluso adoptando todas las medidas higiénicas y cumpliendo con todos los protocolos instaurados al efecto, como se ha hecho en este supuesto, es muy difícil evitar este tipo de contagio en el ámbito hospitalario y en pacientes con características como las que presentaba el afectado, tal y como se alega en los informes obrantes en el expediente, informes que no se ha desvirtuado por la interesada de modo alguno.

En conclusión, no se ha logrado probar la existencia de relación de causalidad entre el adecuado funcionamiento del Servicio y el daño reclamado por la interesada, razón por la que procede la desestimación de su reclamación.

8. Por último, este Consejo Consultivo ha señalado de forma reiterada y constante, como por ejemplo se hace en el reciente Dictamen 131/2026, de 20 de abril, que: *« (...) el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es 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 de 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)».*

Esta doctrina es plenamente aplicable a este caso, por lo expuesto en el Fundamento III del presente Dictamen.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración Pública sanitaria, por las razones expuestas en el Fundamento IV de este Dictamen.