Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 2 5 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 13 de octubre de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 384/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 25 de agosto de 2025 (registro de entrada de fecha 2 de septiembre de 2024), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...), (...) y (...) por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada (149.393,12 euros) determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, 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 carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

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

3. 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

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

art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

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

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. Los reclamantes, hijos y esposo de la fallecida, ostentan la condición de interesados, en cuanto titulares de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 LRJSP], como familiares directos de la persona fallecida a consecuencia, supuestamente, del funcionamiento del servicio público sanitario.

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

«La obligación de indemnizar el daño producido por la acción u omisión de un sujeto no surge del hecho causante, sino de su resultado lesivo que es el daño y que es lo que hay que resarcir. El primero sin el segundo no engendra responsabilidad patrimonial, por lo que en reclamaciones de la naturaleza de la presente esa responsabilidad surge siempre del hecho de la muerte, por lo que al extinguirse por ella la personalidad de la víctima, esta no adquiere en vida ningún derecho a ser indemnizada que, integrado en su patrimonio, transmite luego mortis causa. Sólo los vivos son capaces de adquirir derechos y únicamente son transmisibles por vía hereditaria los derechos que al momento del fallecimiento del causante se hallasen integrados en su patrimonio. De ahí que si en nuestro Ordenamiento se contempla un derecho a indemnización por causa de muerte (art. 113 del Código Penal en relación con los arts. 138 a 143 y 621.2 del mismo, art. 1.902 del Código Civil, apartado 1º.5 del Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro de la Circulación de Vehículos a Motor, etc.), su titularidad no es derivativa mortis causa ya que, como se ha visto, no puede sucederse en algo que no ha ingresado en el patrimonio del causante sino que es un derecho que se adquiere originariamente y que, por ende, es ejercitable ex iure propio por aquellos que han sido perjudicados por la muerte de la víctima.

Este perjuicio lo sufren aquellos que compartían su vida con la víctima, formando una comunidad de vida a la que pone fin esa muerte que, eventualmente, puede producir una disminución de ingresos o un desamparo económico para los supérstites y un daño moral por la ruptura de la íntima convivencia y de los lazos de afecto, presumiéndose este daño moral en sus parientes más directos por línea recta ascendente o descendiente, prefiriéndose siempre, con exclusión de los demás, a sus más estrechos allegados que son los que convivían con la víctima y compartían con ella sus ingresos comunes o dependían de ella económicamente; estimándose que no existe perjuicio indemnizable cuando nadie ha quedado desamparado o disminuido económicamente ni se ha sufrido daño moral, porque se había abandonado en vida a la víctima o roto toda relación con ella.

En la presente reclamación, los interesados no han alegado ningún perjuicio económico que les haya irrogado el óbito de su deudo, por lo que están legitimados exclusivamente por el daño moral que la muerte de aquel les ha causado» (Doctrina reiterada en los DDCC 405/2015, 228/2020, 232/2020 y 562/2020).

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

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

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP, puesto que el fallecimiento se produce el día 26 de marzo de 2021 y la reclamación se presenta el 23 de marzo de 2022.

De modo que la reclamación se presenta dentro del plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, computado desde la determinación del alcance de las secuelas.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio (art. 91.3 LPACAP). No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa (art. 21 LPACAP).

En el presente supuesto se ha superado con creces el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP. Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP [DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros].

II

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

«- (...), de profesión Jubilada, titular del DNI número (...), nacida en fecha 2 de junio de 1952, falleció en fecha 26 marzo de 2.021.

- En fecha 26 de febrero 2.021 el Neurocirujano Dr. (...) tras una exploración, informó de antecedentes de riesgo cardiovascular alto, varices de extremidades inferiores y edemas maleolares y la diagnosticó de hernia de disco cervical con compromiso radiculomedular y déficit motor.

- El día 27 de febrero 2021 (...) ingresó en el Hospital de La Candelaria debido a un dolor intenso en la reglón mastoideo derecha que le provocaba limitación del movimiento del cuello.

- Tras la realización de pruebas, el 15 de marzo de 2021 se decide intervención quirúrgica de discectomía microquirúrgica C6-7 y artrodesis intersomática cervical C6-7 mediante sistema TMS (Zimmer).

- El 16 de marzo de 2021, enfermería informa del estado físico al alta, destacando varices y signos de insuficiencia arteriovenosa periférica de miembros inferiores (MMII). Causa alta el 17 de marzo de 2021, indicándose: Tratamiento habitual, acudir al Centro de Salud el 24 de marzo de 2021 para la retirada de material de sutura y control en consultas externas de Neurocirugía.

- El 19 de marzo de 2021, su marido acude al Centro de Salud por tensión elevada de (...) y le pautan Captoril 25mg y Alprazolam 0,5 mg.

- El 24 de marzo acude al Centro de Salud para que le retiren las grapas de la intervención.

- De los antecedentes personales de la paciente, destacan: Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, retinopatía diabética, cardiopatía hipertensiva con hipertrofia

ventricular izquierda, gonartrosis, meniscopatía, tromboflebitis de MMII desde el año 2008 y safenectomía.

- El 26 de marzo de 2021, fallece (...) en su domicilio por insuficiencia cardiorespiratoria por tromboembolismo pulmonar.

- El día 28 de junio 2021 e1 Médico Forense Dr. (...) emitió las siguientes conclusiones:

Que se trata de una muerte natural.

Que la causa inmediata de la muerte es por una insuficiencia cardiorespiratoria, siendo la causa fundamental de la muerte por un trombolismo pulmonar.

Que la data del fallecimiento, según levantamiento médico forense, se sitúa sobre las 17:00 horas del día 26 de marzo 2021, en su domicilio, San Isidro, Granadilla de Abona.

- Tras dichas conclusiones los dicentes acuden al Dr. (...), Licenciado en Medicina y Cirugía, colegiado con el nº (...) del Ilustre Colegio de Médicos de Tenerife, Master en Valoración del Daño Corporal, Cerebral y Discapacidades por la Universidad Europea de Madrid, quien después de haber estudiado la cuestión que se le somete a consulta, emite informe pericial en referencia al fallecimiento de (...), cuyas conclusiones son las siguientes:

1. La Señora (...) fue intervenida el 15 de marzo 2021 en el Hospital de La Candelaria realizándole discectomía microquirúrgica C6-7 y artrodesis intersomática cervical C6-7 mediante sistema TMS (Zimmer).

Fue alta hospitalaria el 17 de marzo 2021 indicándole su tratamiento médico habitual: Lorazepam 1mg, Metformina 850 mg, Olmesartan 20 mg., Amlodipino 5 mg, Hidroclorotiazida 12,5 mg, Omeprazol, Paracetamol, Toujeo, Trulicity.

2. La Señora ya presentaba antecedentes de riesgo cardiovascular alto con varices y signos de insuficiencia arteriovenosa periférica de miembros inferiores el día del alta.

3. No se le pautó tratamiento médico con Heparina de bajo peso molecular con el riesgo cardiovascular alto lo cual produjo el Tromboembolismo pulmonar y el fallecimiento».

Los interesados alegan como fundamento de su acción resarcitoria, la existencia de infracción de la *lex artis* en el tratamiento médico pautado tras el alta hospitalaria, en concreto, alegan que no se pautó a la paciente el tratamiento médico con heparina de bajo peso molecular, considerando el riesgo cardiovascular alto que padecía, lo que produjo el tromboembolismo pulmonar y fallecimiento.

Cuantifican la indemnización solicitada en 149.393,12 euros.

III

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

1. El procedimiento se inicia mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 23 de marzo de 2022, por (...), (...) y (...).

Junto con la reclamación se aportan los siguientes documentos:

- Informe de autopsia médico legal de médico forense (...), del Instituto de medicina legal de Santa Cruz de Tenerife, Servicio de Patología.

- Partes Médicos de bajas / incapacidad temporal de (...)

- Documentación clínica de Atención Primaria del SCS referida al estado de salud de (...)

- Informe Clínico Psicológico de (...)

- Informe Clínico Psicológico de (...).

2. Se requiere a los interesados a fin de que subsanen y mejoren la reclamación formulada, presentándose, con fecha de registro de entrada de 12 de abril de 2022, la documentación requerida.

3. Mediante Resolución del Director del SCS de 18 de abril de 2022, se admite la reclamación formulada y se solicitan los informes preceptivos y la historia clínica (HC) de la afectada.

4. El 16 de agosto de 2024 el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) remite la HC y los informes recabados:

- Informe del Jefe de Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria (HUNSC) de fecha 3 de junio de 2022.

- Informe del SIP de 16 de agosto de 2024.

5. Con fecha 20 de septiembre de 23024 se notifica a los interesados Acuerdo probatorio en el que se admite la prueba documental propuesta por los interesados, así como la incorporada al expediente recabada por el SCS.

6. Concluida la fase de instrucción del procedimiento se acordó, el preceptivo trámite de audiencia a los interesados.

7. El 4 de octubre de 2024, la interesada presenta escrito de alegaciones, manifestando su desacuerdo con el informe del SIP.

8. Con fecha 21 de octubre de 2024 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

9. No se solicita el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución], 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 ex 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.

10. Mediante oficio de 21 de octubre de 2024 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 22 de octubre de 2024) se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias ex art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

11. Este Consejo Consultivo emite Dictamen el 2 de diciembre de 2024 (DCC 699/2024). En dicho Dictamen se concluye que la PR no es conforme a Derecho, debiendo retrotraerse las actuaciones a fin de recabar los siguientes documentos:

- Informe de Especialista en Neurocirugía de otro centro hospitalario distinto al que ha prestado la asistencia sanitaria por la que se reclama la responsabilidad patrimonial, que deberá pronunciarse sobre las cuestiones que se especifican en el dictamen.

- Informe complementario del SIP que deberá aclarar una serie de cuestiones que se indican.

- El informe pericial emitido por el Dr. (...), Licenciado en Medicina y Cirugía, colegiado con el n.º (...) del Ilustre Colegio de Médicos de Tenerife, Máster en Valoración del Daño Corporal, Cerebral y Discapacidades por la Universidad Europea de Madrid, al que se hace referencia en la reclamación.

12. El 8 de enero de 2025 se requiere a los reclamantes para que aporten en el plazo de diez días desde el informe pericial emitido por el Dr. (...) al que hacen

referencia en su escrito de reclamación inicial, el cual es remitido el 21 de mayo de 2015.

13. El 15 de julio de 2015 el SIP emite informe complementario en el que se contesta a las tres cuestiones que se plantean en el DCC 699/2024.

14. No se emite Informe por Especialista en Neurocirugía de otro centro hospitalario distinto al que ha prestado la asistencia sanitaria por la que se reclama la responsabilidad patrimonial, que fue requerido en el DCC 699/2024.

15. Con fecha de 29 de julio de 2025, se notifica nuevo trámite de audiencia a los reclamantes, dando traslado del referido informe del SIP y documentación clínica remitida por el Servicio de Inspección y Prestaciones.

16. Los reclamantes formulan alegaciones mediante las cuales ratifican los términos de su reclamación, y consideran acreditado que la falta de indicación de tratamiento médico con heparina tras el alta hospitalaria produjo el tromboembolismo pulmonar y el fallecimiento.

17. El 20 de agosto de 2025 se dicta por la Secretaría General del SCS Propuesta de Resolución, en la que se propone la desestimación de la reclamación de la interesada, que es remitida a este Consejo Consultivo para su preceptivo dictamen.

IV

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

La remisión que se contiene en el precepto constitucional nos conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos

salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

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

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

«"En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados".

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso

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

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

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

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).

2. Pues bien, como hemos visto los reclamantes fundamentan su acción resarcitoria por responsabilidad patrimonial en que tras el alta hospitalaria no se pautó a la paciente el tratamiento médico con heparina de bajo peso molecular, no considerando el riesgo cardiovascular alto que padecía, lo que produjo el tromboembolismo pulmonar y fallecimiento.

Del contenido de la historia clínica podemos extraer la siguiente cronología de hechos relativos a la asistencia sanitaria por la que se ejercita la acción de responsabilidad patrimonial:

- (...) presentaba los siguientes antecedentes de interés: Diabetes Mellitus, hipertensión arterial benigna, retinopatía diabética no proliferativa moderada, riesgo cardiovascular alto, cardiopatía hipertensiva con hipertrofia ventricular izquierda, varices de extremidades inferiores, gonartrosis, meniscopatía, edemas maleolares.

En el año 2009 presentó edemas maleolares, edema en MID (miembro inferior derecho). Se prescribe Daflón, medicamento venotónico (aumenta el tono de las venas y la resistencia de los capilares), indicado para el alivio de los síntomas relacionados con la insuficiencia venosa leve de las extremidades inferiores, tales como dolor, sensación de pesadez, tirantez, hormigueo y picor en piernas con varices o piernas hinchadas.

En exploración de MMII el 4 de enero de 2010, no edemas ni signos de TVP (trombosis venosa profunda).

Retinopatía diabética en mayo de 2011. El 18 de septiembre de 2013 retinopatía diabética moderada exudados, microaneurismas y microhemorragias en AO.

Cuadro de lumbociática izquierda en marzo de 2012.

El 7 de mayo de 2015 RCV alto. Tengamos en cuenta que es paciente con Hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia.

El 12 de febrero de 2016 acude a su Médico de Familia por edemas vespertinos con fóvea en región pretibia. En estudio por cardiólogo privado se modifica el tratamiento de hipertensión arterial. Cardiopatía hipertensiva con hipertrofia ventricular izquierda. Se relaciona los edemas con el tratamiento con amilodipino que se suspende.

- El 10 de febrero de 2021 acude a su Centro de Salud por presentar dolor en zona de trapecio bajo. Consta que fue vista en el Servicio de Urgencias hospitalarias y diagnosticada de cervicalgia e hipercifosis patológica dorsal. Se objetiva contractura muscular a nivel del trapecio izquierdo, muy dolorosa a la palpación, por lo que se prescribe analgesia.

A los dos días, el 12 de febrero de 2021 vuelve a acudir al centro de salud por persistencia del dolor no controlado con la analgesia. Se administra nolotil y enantyum IM y se explican signos de alarma.

- Ingresa en el periodo 26 de febrero a 17 de marzo de 2021 en el HUNSC -Servicio de Neurocirugía- bajo el diagnóstico de hernia de disco cervical C6-7 con compromiso radiculomedular y déficit motor para tratamiento y completar estudio.

Desde su ingreso consta como antecedentes personales, entre otros: Riesgo Cardiovascular Alto (Rcv), Cardiopatia Hipertensiva con Hipertrofia Ventricular Izquierda, Varices de Extremidades Inferiores - Ne, Gonartrosis, Meniscopatia - Ne, Edemas Maleolares.

- Consta en el ingreso en el Servicio de Neurocirugía del HUNSC que la paciente comienza con cervicobraquialgia izquierda de intensidad creciente. Refiere que desde enero ha presentado otalgia que precisó de gotas óticas y cefalea intermitente que ella nunca había tenido. Desde ayer presenta dolor intenso en región mastoidea derecha que le provoca limitación del movimiento del cuello. Además, refiere disminución de fuerza en hemicuerpo izquierdo que le dificulta mantenerse de pie y deambular.

Se objetiva dolor intenso a la palpación de región mastoidea derecha que le provoca limitación del movimiento del cuello. Se realiza RMN de columna cervical donde se objetiva Hernia de disco cervical C6-7 con afectación radiculomedular y discopatías C4-5 y C5-6, TAC craneocerebral que es normal, y Estudio neurofisiológico con resultado de polineuropatía senstivo-motora con leve-moderado atrapamiento del nervio mediano.

- En las órdenes de tratamiento desde el 26 de febrero de 2021 aparece reflejado Enoxaparina 20 mg, subcutánea cada 24 horas y reposo en cama.

- El día 15 de marzo de 2021 es intervenida quirúrgicamente realizándose discectomía microquirúrgica C6-7 y artrodesis intersomática cervical C6-7 mediante sistema TMS (Zimmer).

En el check list preparación prequirúrgica (hay dos documentos distintos uno, en el folio 370 y otro en el folio 372) existe un apartado correspondiente a la preparación del paciente el día de la intervención que dice «*si indica profilaxis antitrombótica. DOSIS:*», está en blanco.

- En el postoperatorio se evidencia en los miembros inferiores varices y signos de insuficiencia arteriovenosa periférica. No edemas.

- El postoperatorio sin complicaciones y dada la evolución clínica favorable es dada de alta hospitalaria para continuar control ambulatorio. En el tratamiento al alta consta su tratamiento domiciliario habitual, acudir a su centro de salud el 24 de

marzo de 2021 para retirada del material de sutura y control en consultas externas de Neurocirugía.

- El 19 de marzo de 2021 acude el esposo de la paciente al centro de salud solicitando tratamiento antihipertensivo. Refiere que su mujer se encuentra en reposo domiciliario porque ha sido intervenida de discopatía cervical; se encuentra nerviosa por la situación. Hoy toma de TA aleatoria presentado cifras elevadas de TA (190/86 mmHg con FC 90 lpm) - niega cefalea, dolor torácico, palpitaciones u otra sintomatología de alarma. Refiere que no puede traerla al centro porque se encuentra dolorida y haciendo reposo.

- El 24 de marzo de 2021 acude al centro de salud para la retirada de las grapas.

- Fallece el 26 de marzo de 2021 a las 17 horas. Según informe de autopsia emitido por el Médico Forense la causa inmediata de la muerte fue la insuficiencia cardio-respiratoria aguda, siendo la causa fundamental de la muerte un tromboembolismo pulmonar.

Por tanto, la cuestión que se suscita en este caso es si en el caso concreto de esta paciente, teniendo en cuenta sus antecedentes personales (consta varices en miembros inferiores, insuficiencia venosa crónica) y el tipo de intervención realizada se debió indicar profilaxis antitrombótica, tras el alta hospitalaria.

En la fase de instrucción del procedimiento se solicitaron y se emitieron los siguientes informes, con el siguiente contenido:

A) Informe del jefe de Servicio de Neurocirugía del HUNSC de fecha 3 de junio de 2022. Este informe es preceptivo, de conformidad con lo dispuesto en el art. 81.1 LPACAP, al servicio cuyo funcionamiento ha ocasionado la presunta lesión indemnizable.

Pues bien, dicho informe se limita a indicar lo siguiente:

1. Según consta en hoja de prescripción la paciente estuvo en tratamiento con heparina de bajo peso molecular durante su ingreso hospitalario.

2. Según consta en listado de verificación de seguridad en cirugía (checklist) se realizó profilaxis de enfermedad tromboembólica.

3. Según consta en comentarios clínicos la paciente no presentó trastorno de movilidad relevante por lo que no existe indicación al alta de continuar tratamiento con heparina, como consideró el facultativo responsable del caso (Dr. (...)).

B) Por su parte el Informe del SIP concluye:

«La enfermedad tromboembólica alude a un proceso que se caracteriza por la formación de trombo en el interior del sistema venoso profundo (TVP). En el proceso evolutivo de este trombo puede producirse el desprendimiento de un fragmento que trasladándose por el sistema venoso profundo se enclave en el árbol arterial pulmonar, dando lugar a tromboembolismo pulmonar (TEP). Ambos cuadros, íntimamente relacionados, constituyen la entidad patológica denominada enfermedad tromboembólica venosa (ETEV).

Se han descrito como factores de riesgo la edad, encamamiento prolongado, enfermedad tromboembólica previa, tratamiento estrogénico, embarazo y puerperio, obesidad, varices, fracturas, marcapasos, cirugía mayor, alteración en factores de coagulación, tratamiento oncológico, etc

El procedimiento quirúrgico no consistió en un procedimiento de cirugía ortopédica, sino uno de neurocirugía, con complicaciones totalmente diferentes. Si bien en la cirugía ortopédica aumenta el riesgo trombótico, en este caso se trata de paciente de neurocirugía. Se tiene que sopesar el riesgo de desarrollar una TVP clínicamente significativa con el riesgo de un sangrado en el postoperatorio inmediato y la posible formación de un hematoma epidural. La cirugía espinal se incluye en los procedimientos en los que las complicaciones hemorrágicas pueden tener consecuencias graves. Se añade que al alta tenía posibilidades de movilización por lo que el riesgo trombótico disminuye, pero no así el de hemorragia, que persiste durante unos 5 días.

En cualquier caso, la administración de heparina no elimina por completo el riesgo de trombosis y además el sangrado postoperatorio es la principal complicación de la profilaxis farmacológica, que debe ser tenido en cuenta antes de decidir la profilaxis.

En el presente caso encontramos como factores de riesgo personal el antecedente de varices (ponderado con 1 puntos en la estratificación de Caprini) e intervención quirúrgica. Destacar que durante el ingreso se describe deambulación por parte de la paciente, y que al alta no hay indicación de reposo absoluto o encamamiento de larga duración. Precisamente teniendo en cuenta el factor de riesgo se le indicó profilaxis antitrombótica durante el ingreso hospitalario -enoxaparina, heparina de bajo peso molecular-. En el checklist (listado de verificación de seguridad en cirugía consta que se realizó profilaxis de enfermedad tromboembólica. No se encontraron motivos para prolongar la anticoagulación después del alta (posibilidad de deambular).

5.- Se describe como causa más frecuente del TEP la TVP. No presentó en días previos al diagnóstico de TEP solicitud de asistencia por aquel evento.

Así, el 24 de marzo de 2021 acude la paciente al Centro de Salud para retirada de grapas. No constan signos de sospecha de TVP (dolor e inflamación en MMII (a menudo la pantorrilla), edema, cianosis o tumefacción en la extremidad con signo de Homans positivo o

de TEP (disnea, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la frecuencia cardíaca, dolor agudo en tórax, tos seca con esputo hemoptoico, síncope (...) (...) (...))».

De acuerdo con lo informado por el SIP la paciente tenía factores de riesgo de enfermedad de tromboembólica venosa (ETEV), como son la presencia de varices y signos de insuficiencia arteriovenosa periférica que se evidencian en el propio ingreso hospitalario.

Según el informe del SIP la paciente al alta tenía posibilidades de movilización por lo que el riesgo trombótico disminuye.

En el informe complementario del SIP se contesta a las cuestiones que plantea este Consejo Consultivo en el DCC 699/2024, así se concluye lo siguiente:

- Respecto a las dudas suscitadas sobre la indicación de movilización y deambulación tras el alta hospitalaria el SIP hace alusión a las anotaciones de la historia clínica durante el ingreso hospitalario donde se describe los desplazamientos de la paciente y deambulación haciendo uso de collarín cervical, de modo que se entiende que aunque no consta en el informe de alta la indicación de la deambulación, se deduce que esta era posible toda vez que podía caminar durante el ingreso y tras la cirugía.

- En cuanto a si se pautó durante el ingreso profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa, habida cuenta de lo anotado en check list preparación prequirúrgica, en dos documentos distintos, el SIP señala que el documento de checklist (Listado Verif. de Seguridad en Cirugía), de la HC trasladada desde el Servicio NEC, folio 444 del expediente, consta la indicación de profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa según protocolo.

Se señala así que se realizó profilaxis de enfermedad tromboembólica desde el ingreso hospitalario, 26 de febrero de 2021, consta entre las órdenes de tratamiento, Enoxaparina subcutánea cada 24 horas. Es decir, HBPM (heparina de bajo peso molecular). Consta también en el histórico de prescripción farmacológica dicho fármaco con fecha de creación 26 de febrero de 2021 y se menciona 19 días de tratamiento con fin el 17 de marzo. Además de la medida de prevención especial en el acto quirúrgico (medias).

- Finalmente sobre la necesidad de prescribir heparina tras el alta hospitalaria, este Consejo Consultivo se planteaba la duda de la necesidad o no de pautar heparina en caso de que el paciente pueda deambular, es decir, si la posibilidad de

movilización del paciente implica que no es necesario la administración de heparina. Por ello se solicitó un informe de Especialista en Neurocirugía de otro centro hospitalario distinto al que ha prestado la asistencia sanitaria, sobre lo que establecen las Guías de Prácticas clínicas sobre tromboprofilaxis en procedimientos de neurocirugía, y su necesidad de pautar profilaxis antitrombótica tras el alta hospitalaria teniendo en cuenta los antecedentes de esta paciente, así como sobre el porcentaje de probabilidad de producirse una trombosis venosa a pesar del tratamiento con heparina según la literatura médica más reciente.

Este informe no fue solicitado, en su lugar el SIP en su informe complementario considera que el informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de Canarias aportado al expediente respondía a la cuestión. Sin embargo, el único informe del Servicio de Neurocirugía del HUNSC es de fecha 3 de junio de 2022 y se limita a indicar lo siguiente:

«1. Según consta en hoja de prescripción la paciente estuvo en tratamiento con heparina de bajo peso molecular durante su ingreso hospitalario.

2. Según consta en listado de verificación de seguridad en cirugía (checklist) se realizó profilaxis de enfermedad tromboembólica.

3. Según consta en comentarios clínicos la paciente no presento trastorno de movilidad relevante por lo que no existe indicación al alta de continuar tratamiento con heparina, como consideró el facultativo responsable del caso (Dr. (...))».

Por su parte, en el informe complementario del SIP se indica:

«Entre la amplia explicación " (...) La cirugía que se realizó fue un abordaje anterior cervical, que se considera de bajo riesgo de TEP. A pesar de estar ambulatoria en el ingreso, la paciente recibió heparina de bajo peso molecular, y consta que se tomaron las medidas antiembólicas habituales durante la cirugía (normalmente medidas de compresión en miembros inferiores). Con los datos aportados (sin poder disponer de la historia clínica), parece que la paciente presentaba un déficit motor, sin que se especifique cuál, pero parece que este déficit motor no le impedía deambular, que es lo determínate para la prevención del TEP".

"Una cirugía de columna cervical por vía anterior según la técnica descrita y sin complicaciones no tiene por qué producir una inmovilización tan importante como para convertirse en un factor de riesgo para TEP, pues las molestias cervicales propias del postoperatorio no impiden la deambulación".

"La clave es la inmovilización tras la cirugía. Recordemos que se le indica deambular el 16 de marzo"».

Al respeto, los reclamantes aportaron informe pericial, emitido por Licenciado en Medicina y Cirugía, colegiado con el n.º (...) del Ilustre Colegio de Médicos de Tenerife, Máster en Valoración del Daño Corporal, Cerebral y Discapacidades por la Universidad Europea de Madrid, en el que se concluye:

«La Señora (...) no tuvo pauta de tratamiento con heparina postoperatorio ni con el alta hospitalaria que además fue sólo dos días después de la cirugía.

Es una señora con alto riesgo vascular con antecedentes de Tromboflebitis miembros inferiores, Insuficiencia venosa miembros inferiores, Cardiopatía hipertensiva con hipertrofia ventricular izquierda, Diabetes y Obesidad. Además, no tenía indicación médica de deambulación normal y la señora estaba en reposo absoluto debido a la cirugía de artrodesis (fijación de columna cervical) y el dolor intenso que tenía por el cual el marido tuvo que acudir al Centro de Salud solicitando medicación al no poder desplazarse la señora.

Con lo cual sí estaba indicado pautar heparina a la Señora (...) debido al riesgo elevado de Tromboembolismo pulmonar debido a su riesgo cardiovascular elevado con hipertensión arterial y antecedentes de tromboflebitis de miembros inferiores.

Además, aunque no tuviera reposo absoluto si precisaba reposo en cama postquirúrgico y aunque el riesgo de trombosis no se elimina completamente con la pauta de heparina pues sí que reduce la probabilidad de la trombosis.

Por lo cual se considera que sí estaba indicado el tratamiento con heparina con el alta hospitalaria postquirúrgica que hubiera evitado el tromboembolismo pulmonar y se hubiera evitado la consecuencia final de fallecimiento».

El perito adjunta publicación de la Revista Clínica Española de Profilaxis tromboembólica en cirugía ortopédica y traumatología donde se indica Heparina de bajo peso molecular (HBPM) a las 24-48h de la cirugía y mantenerla hasta 30 días o hasta que el paciente se mueva completamente o sea dado de alta. Al respecto, procede indicar que el procedimiento quirúrgico no consistió en un procedimiento de cirugía ortopédica, sino uno de neurocirugía.

Si bien debe tenerse en cuenta a la hora de valorar dicho informe pericial que el informante no es Especialista en Neurocirugía, lo cierto es que por parte del SCS, que tiene mayor facilidad probatoria que los reclamantes, no aporta el informe que se solicita por Especialista en Neurocirugía y el que ya constaba en el expediente es ciertamente escueto y poco esclarecedor.

Existe, por tanto, discrepancia de criterios médicos en cuanto al tratamiento tromboprofiláctico a aplicar a la paciente en el momento del alta, que a este

Consejo Consultivo que carece de conocimientos científicos sobre praxis médica le es difícil solventar, pese a haber solicitado que se completaran los informes médicos, pues la cuestión fundamental atinente al caso no ha quedado debidamente aclarada por un Especialista en Neurocirugía, tal y como fue solicitado.

A pesar de ello, existen datos objetivos relevantes y es que la cirugía se produce el día 15 de marzo de 2021, el alta hospitalaria tiene lugar el 17 de marzo de 2021 y no se pautó tratamiento antitrombótico (heparina) tras el alta, pero sí durante desde el ingreso hospitalario el 26 de febrero de 2021 hasta el 17 de marzo de marzo de 2021, a pesar de que también deambulaba durante su estancia hospitalaria. El fallecimiento, derivado de tromboembolismo pulmonar se produce el 26 de marzo de 2021, es decir, 9 días después del alta durante los cuales no se administró tratamiento antitrombótico.

El SIP en su informe considera que «En cualquier caso la administración de heparina no elimina por completo el riesgo de trombosis y además el sangrado postoperatorio es la principal complicación de la profilaxis farmacológica, que debe ser tenido en cuenta antes de decidir la profilaxis».

Por tanto, podemos concluir que no se ha indicado tratamiento anticoagulante para prevenir la complicación de la trombosis venosa profunda y del tromboembolismo pulmonar, tras el alta hospitalaria, a esta paciente con alto riesgo vascular con antecedentes de Tromboflebitis miembros inferiores, Insuficiencia venosa miembros inferiores, Cardiopatía hipertensiva con hipertrofia ventricular izquierda, Diabetes y Obesidad.

La omisión del tratamiento con anticoagulantes ha podido tener relevancia en el hecho de que finalmente se diera el tromboembolismo pulmonar, de lo que deriva una pérdida de oportunidad para la paciente de que este riesgo no se concretara de haberse mantenido el tratamiento con heparina tras el alta.

Como se ha venido señalando en recientes Dictámenes (entre otros, DCC 387/2025):

«Como bien se sabe, cuando de enfermedad se trata, nada es seguro y por esta razón en muy pocas ocasiones puede afirmarse con absoluta certeza que el retraso ha sido la causa del desenlace producido. En este contexto es donde entra en escena la doctrina de la pérdida de oportunidad. Por definición, la oportunidad o posibilidad de obtener un resultado nunca puede ser la certeza de conseguirlo, por lo que esta doctrina construye una particular modalidad de daño en el que coexiste un elemento de incertidumbre, que le acerca en gran medida a la noción de expectativa.

El TS sobre la pérdida de oportunidad, se pronuncia entre otras en su sentencia de 14 de mayo de 2020 (RC 6365/2018) sobre retraso en intervención quirúrgica, nos dice:

"Esta doctrina de la pérdida de oportunidad, sobre la que existe una constante jurisprudencia (entre otras muchas, SSTS 7 de septiembre de 2005, rec. 1304/2001; 26 de junio de 2008, rec. 4429/2004; 23 de septiembre de 2010, rec. 863/2008; 13 de enero de 2015, rec. 612/2013; 24 de abril de 2018, rec 665/2018) incide sobre el nexo causal y, conforme a ella, no es el fallecimiento en sí mismo, sino la pérdida de expectativas, en este caso, de supervivencia el daño causalmente imputable al servicio público sanitario que la actora no tiene el deber de soportar, pues, aunque la obligación médica es de medios y no de resultados, el paciente tiene derecho a que se le proporcionen los medios que la ciencia médica establece como adecuados para su padecimiento.

Concurren, pues, en estos términos, los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración que se reclama por la demandante por anormal funcionamiento del servicio público sanitario (arts. 139 y ss Ley 30/1992), debiendo, conforme a lo expuesto, concretarse el daño indemnizable, no en el fallecimiento de (...), sino en la pérdida de oportunidad de supervivencia. Esta pérdida de oportunidad de supervivencia aparece cuantificada en un 85% en un informe emitido por una aseguradora en el expediente administrativo que no ha sido rebatido por ningún otro informe médico".

La denominada "pérdida de oportunidad" se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de este mismo.

En definitiva, como afirma la Sentencia de 21 de diciembre de 2012 RC 4229/2011, la doctrina de la pérdida de oportunidad "existe en aquellos supuestos en los que es dudosa la existencia de nexo causal o concurre una evidente incertidumbre sobre la misma". En este sentido cumple señalar que se trata de una regla de imputación causal alternativa a la tradicional resultante de las cláusulas generales de responsabilidad («un régimen especial de imputación probabilística») atendiendo a lo establecido por la Sala Primera de este Tribunal: Sentencia de 16 de enero de 2012)».

Por lo que a la indemnización se refiere, con carácter general, por descansar la doctrina de la pérdida de oportunidad precisamente sobre la base de la incertidumbre del nexo causal, no es posible atender al principio de la reparación integral del daño. En otros términos, según el grado de probabilidad que se estime concurrente en cada caso resultará procedente una cuantía u otra, más cercana evidentemente en determinados supuestos a la de la completa indemnidad, si se

consideran que son muchas las posibilidades de curación si no se hubiese producido la pérdida de oportunidad y más lejana, si se consideran en cambio remotas tales posibilidades.

Aplicando esta doctrina al presente caso y valorando todos los elementos probatorios incorporados al expediente se concluye que la posible repercusión en el daño de la omisión del tratamiento (el padecimiento del tromboembolismo pulmonar que causó el fallecimiento), determina la exigencia de responsabilidad de la Administración. Ahora bien, no puede reconocerse la totalidad de los perjuicios derivados del TEP, ya que no puede sostenerse que de haberse pautado la heparina de bajo peso molecular se hubiera evitado el desgraciado desenlace final, estamos simplemente ante un aumento del riesgo que finalmente se produjo. Ello implica una minoración de la indemnización, estimando procedente un porcentaje del 30% sobre la cantidad resultante de la aplicación del Baremo relativo a las cuantías de las indemnizaciones actualizadas del sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina no conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, pues procede una estimación parcial de la reclamación por los motivos y en la cuantía fijada en los términos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen.