Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 21 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 (...), en nombre y representación de (...), (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 412/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la 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 las personas interesadas solicitan conjuntamente una indemnización de 233.255,31 euros por el fallecimiento de su causante (a esta cuantía se añade la reclamación de diversos daños de carácter material, incluyendo conceptos indemnizatorios indeterminados, al menos durante la tramitación del presente procedimiento, como son los gastos derivados de la actuación profesional de la abogada que representa a los interesados, entre otros gastos), 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.

---

[*] **Ponente: Sra. Navarro de Paz.**

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

4. 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 los herederos de la persona fallecida personalmente perjudicada, cónyuge e hijos, según alega, la condición de interesados 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 los reclamantes, hijos y cónyuge de la persona fallecida, respectivamente, poseen interés legítimo para interponer la presente reclamación. Además, su representación ha resultado debidamente acreditada a través de la documentación presentada al efecto.

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 1 de junio de 2021, habiéndose producido el fallecimiento de la afectada el día 2 de octubre de 2020.

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

En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, en la reclamación formulada por la representante de las personas interesadas se afirma lo siguiente:

«PRIMERA. - Que, los reclamantes, somos esposa ((...)) e hijos ((…), (…) y (...)) de (...), fallecido en el Hospital Doctor José Molina Orosa de Arrecife de Lanzarote el día 2 de Octubre de 2020.

(...)

SEGUNDO. - (...), hallándose en Barcelona visitando a algunos de sus hijos, acude a urgencias del Hospital (...) de Sabadell, donde acaba siendo intervenido quirúrgicamente el 19 de marzo de 2.020, realizándose RTU (resección transuretral) de masa sólida por hidronefrosis renal derecha. Se aporta Informe emitido por el citado Hospital como DOCUMENTO N.º 9.

TERCERO. - Posteriormente, el Sr. (...) regresa a su lugar de residencia habitual, Lanzarote, habiéndosele indicado en Barcelona que allí tenía que continuar con control y tratamiento de su patología.

A su llegada a Lanzarote, el Sr. (...) pide cita con su médico de cabecera, quien, con fecha 4 de mayo de 2020, le indica que mejor acudiera al servicio de urgencias del Hospital Doctor José Molina Orosa de Arrecife de Lanzarote para que, a la mayor brevedad posible, le viera un/a especialista en urología.

El mismo día 4 de mayo acude a Urgencias del Hospital Doctor José Molina Orosa, donde le indican que en ese momento no había ningún especialista en urología en el Hospital y que le tramitaban una solicitud de cita con el especialista y que, por tanto, quedara a la espera de la llamada.

El día 12 de mayo de 2020 vuelve a acudir al Servicio de Urgencias del Hospital, preocupado por su estado, indicándole en dicho servicio que ya tenía solicitada cita para ser valorado por urología, y que, por ello, debía esperar a ser llamado, o, en caso contrario, llamar él al Servicio de Atención al Paciente.

Finalmente, decide acudir a la consulta privada del urólogo (...), y, tras ello, ya es cuando este mismo doctor le tramita una cita con él en el Hospital Doctor José Molina Orosa.

CUARTO. - Finalmente, comienza a ser valorado y tratado por el urólogo referido Dr. (...), quien le indica que tiene que someterse a una intervención quirúrgica por una recidiva tumoral, ya que le manifiesta que ha tenido una recaída en el carcinoma vesical. Tanto el referido urólogo como la oncóloga que le ve en consultas del mismo hospital, le indican que el tratamiento de quimioterapia/radioterapia se iniciaría tras la intervención y en ningún caso con anterioridad a la misma.

(...) es intervenido quirúrgicamente en el referido Hospital Doctor José Molina Orosa, y, tras la intervención, se manifiesta a los familiares que la operación había salido conforme a lo previsto y que no se había producido ninguna complicación. Tras pasar por el Servicio de Reanimación, (...) es trasladado a planta del Hospital. Durante su estancia en planta, a la familia se le informa que, debido al COVID, el paciente no podía estar acompañado y que únicamente se permitían visitas de una persona por un máximo de una hora al día. Debido a ello, el Sr. (...) permanecía solo en el hospital (los primeros días con un compañero en la habitación y luego ya absolutamente solo) prácticamente las 24 horas del día, teniendo evidentes dificultades, además, para comunicarse con el personal médico y sanitario en general, ya que padecía una importante sordera, tal y como consta en la Historia Clínica. (...) parecía tener buen estado general tras la intervención quirúrgica, cuando le trasladan a la planta. Posteriormente, nadie del Hospital manifiesta al paciente o a los familiares que la evolución no fuera buena, a pesar de que la hija y esposa, durante el escaso tiempo que le visitaban en el Hospital, sí apreciaban deterioro en su estado general, hallándole confuso, desorientado.

El día 1 de Octubre de 2.020, en el horario permitido (alrededor de las 17:00), (...), hija de (...), acude a visitarle al Hospital, encontrándole sumamente deteriorado, en estado comatoso Sumamente sorprendida, solicita información sobre el estado de su padre, manifestándole la enfermera que por la mañana había tenido un paro cardíaco y que le habían tenido que reanimar. Le manifiesta la enfermera que el padre estaba deshidratado porque perdía mucho líquido por los drenajes. (...)pide explicaciones de por qué nadie les había avisado de lo ocurrido, y exige hablar con el médico responsable del tratamiento de su padre, Dr. (...), sin conseguirlo.

Solamente consigue hablar con un Internista, quien le indica que él únicamente ha visto al paciente (...) ese día, que su situaciónera crítica y que él no podía informar de porqué el paciente había evolucionado hasta dicha situación, ya que no había sido el médico responsable de su tratamiento.

Ya ese día, indican a la familia que podía quedarse un familiar con el paciente en la habitación. Por ello, durante la tarde-noche del día 1 al día 2 de Octubre, permanece en el

Hospital junto a (...) su esposa (...). El Sr. (...) pasa la noche sin ningún tipo de comunicación con el entorno que le rodea, con temperatura corporal muy elevada y con evidentes dificultades respiratorias, teniendo que avisar (...) en numerosas ocasiones al personal de enfermería, hasta que ella se apercibe de que su esposo ya no respira y acaban indicándole que ha fallecido.

(...)

Tras haber consultado con diferentes especialistas médicos, todos ellos coinciden en que el fallecimiento se produjo en relaciónde causa a efecto por un mal control asistencial postoperatorio, siendo el fallecimiento claramente evitable con una adecuada asistencia sanitaria conforme a los protocolos médicos y la lex artis. No existió un adecuado control glucémico del paciente.

(...)

Por todo lo anterior, en aplicación del Baremo ya referido, se cuantifican las indemnizaciones reclamadas, como mínimo, en los siguientes importes:

• Para la esposa (...): 162.461,94€ (s.e.ú.o.) en aplicación del Baremo anteriormente referido.

• Para cada uno de los hijos del fallecido: (...) y (...): 21.300,66€, (s.e.u.o.) en aplicación del Baremo anteriormente referido.

• Para la hija del fallecido (...), quien tiene reconocida una incapacidad permanente total para la profesión habitual: 28.192,05€ (s.e.u.o.), en aplicación del Baremo anteriormente referido».

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 1 de junio de 2021 en el ámbito del SCS.

El día 14 de junio de 2021, se dictó la Resolución n.º 2954/2021 del Director General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación de los interesados.

2. El presente procedimiento cuenta con el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SIP), emitido el día 26 de mayo de 2025, además, obra el informe del Servicio de Urología del Hospital Universitario Doctor José Molina Orosa.

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, presentando los interesados informe médico pericial, en el que se concluye señalando que:

«Se trata de un paciente diabético, con alto riesgo quirúrgico (ASA 4) que es intervenido el 22/09/20 de una recidiva de un cáncer vesical. No se discute ni la indicación ni la praxis quirúrgica.

Si bien pueda haber picaresca sobre disponibilidad de urólogo en el Hospital.

Tras ser ingresado en planta tras la cirugía surgen los problemas. Tiene un íleo paralítico, lo que no es extraordinario por el tipo de cirugía, y que es solucionable.

Lo que si se aprecia es que, a pesar de unos correctos controles por parte de enfermería, no se atiende por parte de los médicos urólogos, a los datos y signos de deshidratación progresiva ni a los incrementos de los niveles de glucemia, hasta desarrollar una complicación conocida, esperable dadas las circunstancias y tratable, como es un coma hiperosmolar. Va teniendo síntomas como somnolencia, boca seca, etc. que no se atienden.

Era un paciente con diversos drenajes y sondas, por lo que había que realizar unos balances de entradas/salidas de líquidos ajustadas, con el fin de evitar una deshidratación, que según las notas de enfermería se hacían, pero no los tomaban en consideración los facultativos de urología, así como tampoco los niveles de glucemia, a pesar de que son cada vez más elevados.

Tenía pérdidas de líquidos por los drenajes y la orina, y estaba con nutrición parenteral. La cirugía por sí misma puede ser un desencadenante del coma hiperosmolar, por lo que en los postoperatorios hay que prestar especial cuidado a una buena regulación de la glucemia.

Según las anotaciones de la Historia Clínica, no se solicita interconsulta con Medicina Interna y Endocrinología hasta que es demasiado tarde, el día 01/10/20. Se debía haber realizado al menos desde el día 26, en que las glucemias superan valores de 340 (normal hasta 100/120), pues en estas circunstancias aumenta la pérdida de agua por orina y se agrava la deshidratación, por lo que hay que modificar pauta de sueroterapia y de insulina.

Asimismo, se observa una falta de atención en la información a los familiares, tal como se documenta en nota de enfermería.

Se puede concluir que el fallecimiento se produjo en relación de causa a efecto por un mal control asistencial postoperatorio, siendo el fallecimiento claramente evitable con una adecuada asistencia sanitaria conforme a los protocolos médicos y la lex artis. No existió un adecuado control glucémico del paciente, de la deshidratación ni se estudió la causa de la fiebre»

4. Además, después de todo ello, se les otorgó el trámite de vista y audiencia a las personas interesadas, que presentaron escrito de alegaciones.

5. Tras esta tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución definitiva, emitida el día 9 de septiembre de 2025, constando en la misma acerca del informe de la Asesoría Jurídica lo siguiente:

«La Asesoría Jurídica Departamental, únicamente informará sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

A juicio del órgano instructor en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, 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 los interesados, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

2. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, con carácter general procede afirmar en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria y el criterio de la *lex artis* como delimitador de los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (entre otros muchos, Dictámenes 65/2023, de 23 de febrero, 148/2023, de 13 de abril, 183/2023, de 27 de abril, 60/2024, de 1 de febrero, y 162/2024, de 2 de abril), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios

de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. 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* 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).

3. A la hora de proceder al análisis de la cuestión de fondo que nos ocupa, se ha de tener en cuenta, en primer lugar, el informe del Servicio de Urología del referido Centro Hospitalario, en el que se señala que:

«Se trata de un paciente de 75 años con unos antecedentes ya descritos en varias ocasiones:

Distintos carcinomas (carcinoma de piel intervenido en varias ocasiones, carcinoma basocelular y sarcoma de Kaposi, cáncer ya sabido por todos nosotros que aparece en pacientes especialmente inmunodeficitarios y con una alta mortalidad).

HIV desde 1996, que igualmente produce alta incidencia de déficit inmunitario. Diabetes insulina dependiente en tratamiento con insulina Lantus. Arteriopatia periférica (déficit circulatorio) con trombosis venosa profunda en 2017 en Miembro inferior derecho.

Infección Mycobacterias en varias ocasiones. Hepatitis B.

Como vemos tiene unos parámetros de déficit inmunológico que proviene de varias enfermedades y a su vez ha provocado diversos episodios patológicos.

La enfermedad actual mes parte de ello: Un cáncer vesical que no solo infiltra la vejiga en su totalidad (masa sólida con anatomía patológica de carcinoma urotelial de alto grado), sino que ha invadido otros órganos (uréter, el cual estaba severamente comprometido por el tumor) provocando a su vez, dilatación de vías excretoras y anulación del riñón derecho,

como se aprecia en las pruebas radiológicas que se acompañan y que precisó de la realización urgente de una nefrostomia en ese riñón (otra agresión añadida y que, a su vez es otro factor añadido de déficit inmunitario), contaminación bacteriológica como se ha demostrado en los análisis efectuados preoperatoriamente: serratia marcescens y enterococus fecalis.

Las cifras de glucemia en el preoperatorio son de 362 mg/dl, consecuencia de ese desajuste endocrino que acompaña al paciente, lo que con lleva, aun mas, aumento de la posibilidad de complicaciones operatorias y postoperatorias como procesos infecciosos, trombocitos y metabólicos, así como estancia más alargada en el hospital.

A pesar del tratamiento antibiótico que se pone previamente y durante la intervención este estado del paciente conllevará, con alta incidencia, infecciones y alteraciones metabólicas, como así ocurrió.

El paciente sometido a una operación de las más, si no la más arriesgada en la esfera urológica: cistoprostatectomia radical y derivación urinaria (extirpación de la vejiga, próstata y parte de los uréteres que se abocan posteriormente a un asa de intestino para derivar la orina fuera del cuerpo). Por si no fueran pocas las dificultades por el estado inmunológico del paciente (HIV, infecciones trombosis, varios cánceres), el paciente refiere que es testigo de Jehová y que rechaza cualquier transfusión sanguínea, lo que nos obliga a ser extremadamente cuidadosos en la intervención para evitar cualquier pérdida de sangre, lo cual alarga considerablemente la intervención, aumentado aún más los riesgos.

Así mismo el informe anestésico previo a la intervención ya asume riesgos altos peri y postoperatorios. Es tan delicado el asunto que contactó telefónicamente con el hospital de referencia para posible traslado, posibilidad que es rechazada. Nos ofrecen como alternativa radioterapia.

Así mismo es enviado al servicio de oncología para la posibilidad de tratar al paciente mediante quimioterapia sola o quimioterapia neoadyuvante y, también es rechazada esta posibilidad, debido al alto riesgo que supone dicho tratamiento para el estado del paciente.

De todos estos riesgos (riesgos inmunitarios, patología de base, riesgos quirúrgicos, contacto con Las Palmas, el Hospital Dr. Negrín y oncólogo. y altísimo riesgo quirúrgico es informado el paciente y su mujer en varias ocasiones, así como la posibilidad de otros tratamientos posibles (quimioterapia, radioterapia (...)).

En el posoperatorio el tratamiento consiste en fluidoterapia, control electrolítico y de su glucemia, así como alimentación parenteral (proteínas, lípidos, iones (...)).

En el control postoperatorio ya se aprecia descenso del hematocrito y leucocitosis con neutrofilia).

Durante los primeros días la evolución es la adecuada, y condicionada posteriormente con un íleo (parálisis del intestino) de tipo adinámico, que se genera tanto por la larga

intervención como por las comorbilidades propias del paciente (diabetes, arteriopatía periférica, contaminación bacteriana por la nefrostomia y su déficit inmunitario).

Se comprueba mediante TAC el resultado de la intervención objetivándose la correcta situación intraabdominal de las suturas, sin fugas, no obstrucción intestinal y ausencia de complicaciones urinarias. Esta situación prolongada a pesar de la corrección de iones y colocación de sonda nasogástrica y el estatus hidroelectrolítico del paciente actuó provocando un desequilibrio electrolítico.

Se produce deshidratación hiperosmolar con subida de las cifras de sodio y glucemia, por lo que intervienen los servicios de Medicina Interna y Endocrinología, deteriorándose progresivamente la situación del paciente hasta el éxitus.

Solo queda reflejar y remarcar que la patología que presentaba (…) LLebrón (cáncer vesical de alto grado, sólido, local y regionalmente avanzado) tiene una baja expectativa de vida (tasas de supervivencia a los 5 años inferior al 35%, falleciendo más del 50% en los 3 primeros años), solamente analizando el estado tumoral sin otros condicionantes, es decir valorando únicamente su situación oncológica. Si añadimos la HIV que desciende intensamente el estado inmunológico, su diabetes, su arteriopatía periférica sus cánceres que ha tenido el paciente provocan alta incidencia de complicaciones en el postoperatorio y alta mortalidad operatoria, postoperatoria y a corto plazo, situación que se le explicó al paciente y a sus familiares y aceptaron, respectivamente, el riesgo a que se exponía el paciente.

Se cree que esto es debido a que en el momento de la cistectomía la mitad de los pacientes presentan metástasis a distancia no sospechadas (micrometástasis). La cistectomía se considera como un tratamiento insuficiente para la curación de los pacientes con enfermedad extravesical sin o con afectación ganglionar.

En todos los estudios realizados sobre incidencia de muerte en pacientes tratados de esta patología valoran como de muy alto riesgo:

Pacientes mayores de 70 años.

Pacientes con cáncer invasivo localmente. Presencia de metástasis. Cáncer del alto grado.

Presencia de hidronefrosis (con nefrostomia aumenta el riesgo infeccioso).

Estos factores de riesgosolamente analizados en relación con el cáncer vesical, todos los tenía el paciente.

Añadamos el resto de condicionantes propios de cada paciente y tendremos el alto índice de morbimortalidad peri y postoperatoria de este tipo de patología».

4. En segundo lugar, en el informe clínico de hospitalización, emitido por el Servicio anterior, que obra en el expediente remitido a este Consejo Consultivo se afirma que:

«El día 22 de septiembre se realiza la intervención: cistoprostatectomfa radical, resección uréter distal derecho y derivación urinaria tipo Bricker con asa aislada de íleon, linfadenectomía bilateral, apendicetomía profiláctica y cateterización de ambos uréteres, todo realizado con sumo cuidando, tratando de evitar cualquier sangrado por la prohibición de transfusión sanguínea.

Durante el postoperatorio y a pesar de cirugía cuidadosa y sangrado moderado su hemoglobina pasa de 14,5 a 10 gr.

En el quirófano se inicia profilaxis antibiótica con triple antibiótico y colocación de sonda nasogástrica para prevención de íleo por la resección intestinal (complicación más frecuente asociada a esta intervención quirúrgica)

El paciente permanece durante dos días en el área de Reanimación controlado por el servicio de Anestesia, se inicia alimentación parenteral, sueroterapia, y continuación con los antibióticos profilácticos.

Al tercer día del postoperatorio sube a planta, el paciente se encuentra clínicamente bien, estable, con dolor controlado, sin signos de complicaciones postoperatorias. En días sucesivos se constata la persistencia de ausencia de ruidos hidroaéreos intestinales por lo que se considera compatible con íleo intestinal adinámico. Procedemos a movilización precoz, inicio de tratamiento procinético (metoclopramida). Ante la no mejoría del cuadro de íleo intestinal se procede a activación del movimiento intestinal con gastrografia (consultado el servicio de cirugía), sin resultado satisfactorio.

Dada la persistencia del cuadro a pesar de las medidas realizadas y el empeoramiento clínico del paciente se solicita TAC abdominal que se realiza el 30/09/2020. Se informa de la ausencia de fugas/colecciones u obstrucciones, confirmando la existencia del íleo adinámico. Por lo que continuamos con el tratamiento conservador. Se contacta en ese día con los teléfonos presentes en la historia clínica del paciente (615822089 y 608715666) que se encuentran apagados y no se puede informar de la situación a sus familiares.

Hasta dicho momento, analíticamente el paciente mantuvo cifras de Hemoglobina en ascenso tras la intervención y función renal conservada.

Posteriormente ante la persistencia de elevación de las cifras de glucemia que no se controlan con pauta de insulina pautada e inicio de alteración hidroelectrolítica (Hipernatremia) el día 01/10/2020 se contacta con el servicio de Medicina Interna y de Endocrinología para valoración considerando por su parte que se encuentra en situación de deshidratación hiperosmolar. Se realiza ajuste de tratamiento por ambos servicios sin éxito y en la madrugada del 1 al 2 de octubre se produce exitus del paciente».

5. Por último, en el informe del SIP se señala sobre esta cuestión lo siguiente:

«El paciente (...) ((...)) presentaba múltiples comorbilidades severas que, en conjunto, suponían un altísimo riesgo tanto quirúrgico como postquirúrgico, clasificado como ASA IV (Informe de Anestesia 07/09/2020). La coexistencia de infección crónica por VIH, diabetes insulinodependiente de larga evolución, arteriopatía periférica, hepatopatía crónica, antecedentes de sarcoma de Kaposi, y la negativa a recibir transfusión sanguínea por su condición de Testigo de Jehová, conformaban un perfil clínico extremadamente vulnerable.

La indicación de tratamiento quirúrgico radical (cistoprostatectomía radical con derivación urinaria) fue adecuada en base a la progresión local del tumor vesical, obstrucción del tracto urinario y ausencia de alternativas terapéuticas efectivas (Consulta de Oncología 22/06/2020, Parte quirúrgico 22/09/2020). La cirugía se realizó sin incidencias mayores, con adecuado soporte anestésico y aplicación de técnicas de mínima pérdida hemática.

Durante el postoperatorio inmediato, la evolución clínica fue inicialmente estable. Sin embargo, a partir del quinto día, (...) presentó complicaciones metabólicas graves: íleo adinámico, hiperglucemia mantenida, hipernatremia progresiva y balance hídrico persistentemente negativo (Registros médicos planta 26-30/09/2020, Balances hídricos). Estas alteraciones metabólicas son complicaciones descritas en la literatura tras cirugías abdominales mayores, especialmente en pacientes con diabetes y comorbilidades severas [1].

La deshidratación hiperosmolar es una complicación frecuente en pacientes diabéticos sometidos a situaciones de estrés metabólico, como cirugía mayor [2]. La hiperglucemia severa genera osmolaridad plasmática elevada, contribuyendo al estado de deshidratación grave y aumentando el riesgo de deterioro neurológico y shock hipovolémico[3].

Se constata que el equipo clínico actuante realizó ajustes terapéuticos de hidratación intravenosa e insulinoterapia intensiva conforme a los protocolos habituales (Nota de Interconsulta Medicina Interna 30/09/2020). No obstante, la respuesta del paciente fue limitada, hecho que se puede atribuir al estado basal de inmunosupresión, disfunción autonómica y deterioro multiorgánico asociado a su patología de base [4].

Respecto a la asistencia prestada, no se objetivan omisiones flagrantes en la monitorización clínica, dado que se realizaron controles periódicos de constantes, balances, glucemias capilares y valoraciones por especialidades interconsultadas (Notas de evolución planta y enfermería). Las limitaciones en la comunicación directa con la familia, alegadas en la reclamación, fueron consecuencia de la normativa vigente de restricciones COVID-19 en el momento de los hechos (Normativa Hospitalaria COVID-19 vigente 2020).

Así, considerando el contexto clínico, las medidas adoptadas y la evolución natural de las complicaciones, no se aprecia desviación relevante de la lex artis ad hoc en la atención sanitaria prestada».

6. Pues bien, los informes anteriormente reproducidos demuestran que se puso a disposición del paciente la totalidad de los medios materiales y humanos de los que dispone el SCS, sin que los interesados hayan probado desatención alguna por parte del personal sanitario que trató a su causante durante el proceso médico descrito con anterioridad, ni que a lo largo del proceso médico descrito se hubiera actuado de forma contraria a la *lex artis*.

Así mismo, estos informes acreditan suficientemente no solo que se actuó en todo momento conforme a *lex artis*, sino que el interesado padecía una serie de patologías muy graves, que unidas a la propias e inevitables consecuencias de la intervención quirúrgica urológica que fue necesaria practicarle, lo que no se pone en duda por los interesados, dio lugar a que, pese a que se actuó por parte de los sanitarios del SCS de forma adecuada, no fuera posible obtener un resultado distinto al finalmente acontecido.

Así, como ya se ha manifestado, los interesados no han logrado demostrar que el fallecimiento de su causante se deba a *mala praxis* médicas, concretada según ellos, en desatención durante el posoperatorio, pues en el informe médico-pericial aportado no se desvirtúa los informes del SCS, máxime, cuando en este informe pericial se llega a señalar, literalmente, que los controles de enfermería han sido del todo correctos y se añade en dicho informe pericial que «*Era un paciente con diversos drenajes y sondas, por lo que había que realizar unos balances de entradas/salidas de líquidos ajustadas, con el fin de evitar una deshidratación, que según las notas de enfermería se hacían*», sin que las aseveraciones formuladas por el perito sobre la presunta desatención por parte de los médicos que trataron al paciente venga acompañada de ningún elemento probatorio que la corrobore, lo que implica que nos hallamos ante opiniones del perito que carecen de toda base objetiva.

A mayor abundamiento, la deshidratación que sufrió el paciente, derivada de sus patologías y de los efectos propios del tipo de intervención quirúrgica a la que fue necesario someterle, fue del todo inevitable, habiendo pautado tanto los especialistas en urología, como en endocrinología el tratamiento médico adecuado para intentar evitarla, tratamiento, que como se manifiesta en el informe pericial, se llevó a cabo por el personal de enfermería de forma del todo correcta.

7. Sobre la necesidad de probar las alegaciones formuladas por los intervinientes en los procedimientos administrativos de responsabilidad patrimonial y sobre la carga

de la prueba, este Consejo, por ejemplo, en su 372/2025, de 22 de septiembre, ha señalado:

«En cuanto a la necesidad de acreditar la relación de causalidad entre el hecho lesivo y el funcionamiento del servicio público, también este Consejo Consultivo ha señalado de forma reiterada y constante, como por ejemplo se hace en el Dictamen 411/2019, de 19 de noviembre, 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)», doctrina aplicable al presente asunto.

8. En conclusión, no se ha demostrado la concurrencia de relación causal entre el correcto funcionamiento del Servicio y el daño reclamado por los interesados, por lo que procede la desestimación de la reclamación formulada por la misma.

C O N C L U S I Ó N

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