Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 3 0 / 2 0 2 5

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 18 de diciembre 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 sus hijos, (...) y (...), además de sus nietos (...) y (...), y (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 501/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

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

2. La cuantía indemnizatoria reclamada por los interesados [218.485,21 €] determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias -en adelante, LCCC-, en relación con la Disposición final sexta, apartado dos de la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 y 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 -en adelante, LPACAP-.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico

[*] **Ponente: Sra. de León Marrero.**

del Sector Público -en lo sucesivo, LRJSP-; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 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. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 [BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015] de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

5.1. En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 451/2025, de 30 de octubre [con cita, entre otros, de los Dictámenes anteriores 66/2020, de 3 de marzo, 449/2021, de 23 de septiembre, 504/2021, de 21 de octubre y 16/2023, de 18 de enero]:

«4.1.1. Respecto a la posibilidad de reclamación por daños -patrimoniales y extrapatrimoniales- derivados del fallecimiento, se ha de indicar lo siguiente:

La doctrina y la jurisprudencia consideran de forma prácticamente unánime que la muerte en sí misma considerada no se indemniza (a quien la sufre), sino que lo que se indemniza es la pérdida neta que sufren aquellas personas que dependían económicamente de los ingresos de la víctima (daño patrimonial), así como el dolor, sufrimiento, aflicción, la pérdida de la compañía, de proyectos conjuntos, etc., que produce a los familiares y allegados la muerte de una familiar (daño no patrimonial).

El fallecimiento de una persona da lugar a daños patrimoniales y no patrimoniales, pero no los sufre el que muere, sino los familiares cercanos, de modo que la indemnización no la

perciben iure hereditatis, sino iure proprio. Se trata de un criterio generalizado en el Derecho comparado europeo, en el que la privación de la vida, no se considera un daño a efectos de las normas que regulan la responsabilidad y no es indemnizable.

En nuestro ordenamiento jurídico, el criterio de que el perjudicado por la muerte no es quien muere, sino los parientes allegados, se recoge en el baremo previsto para las indemnizaciones que se deriven de accidentes de tráfico. En consecuencia, la privación de la vida no es indemnizable a quien fallece, y, por tanto, nada se puede transmitir a los herederos del que muere.

La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, las diversas Salas del Tribunal Supremo consideran hoy que están legitimadas para reclamar por la muerte de una persona quienes resulten personalmente perjudicados por ella, en cuanto dependían económicamente del fallecido o mantenían lazos afectivos con él, de modo que ejercen un derecho originario y no derivativo. La STS (Sala de lo Civil) de 1 de abril (RJ 2009/4131) señala lo siguiente: "es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable ex iure proprio, al no poder sucederse en algo que no había ingresado en el patrimonio del de cuius, por lo que la legitimación no corresponde a los herederos en cuanto tales, sino a los perjudicados por el fallecimiento, pues sólo los vivos son capaces de adquirir derechos".

4.1.2. Dicho lo anterior, se ha de añadir que, como muy bien señala la sentencia de 2 de octubre de 2013, de la Sala de los Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (rec.780/2006), " (...) 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 sí del bien "vida" sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible "mortis causa´ a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales `iure hereditatis´" (...) ».

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de la esposa [(...)] y de los hijos [(...) y (...)] de (...) para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños morales derivados del

óbito de su esposo y padre, respectivamente [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 de la LRJSP]. Legitimación activa que no es puesta en cuestión por la propia Administración Pública sanitaria.

Tal y como se cita en el Dictamen 292/2021, de 24 de mayo, de este Organismo consultivo *«sólo podrán reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento de (...) aquellos que posean: "vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios causados directamente de la muerte producida" (STS, de 4 de noviembre de 1999; STSJ de Navarra n.º 1089/2003, de 17 de octubre de 2003).*

Al tratarse de un daño moral en los sentimientos, se hace necesario poner un límite a la condición de legitimado. Es obligado establecer un orden de preferencia excluyente, siguiendo un orden lógico de afinidad con la fallecida, de forma que sean los más inmediatos los que, en su caso, reciban la indemnización con exclusión de los demás, primando de forma natural, a quienes hayan sufrido de forma más palmaria y directa. El Tribunal Supremo, en algunos casos se refiere a "parientes más allegados". Según la jurisprudencia, puede establecerse un orden de preferencia:

1.- Los miembros de la familia nuclear, que en este caso se desconocen, si bien parece desprenderse de la reclamación que (...) estaba casada y tenía un hijo, que no se identifican (¿?). El dolor de la familia nuclear, es decir, marido e hijos, se presume, no requiere prueba (STS de 15 de abril de 1988). No obstante, estos, los más allegados, no formulan reclamación en este caso.

2.- Para el resto de los parientes no existe presunción, requiriéndose la acreditación de alguna de las siguientes circunstancias para establecer su legitimación: Que pertenezcan de hecho a la familia nuclear por convivir con ella, o bien se demuestren fuertes e importantes vínculos afectivos, asimilándose a los que normalmente se dan entre los miembros de la familia central.

En síntesis, la jurisprudencia ha atribuido la legitimación de los daños morales derivados del fallecimiento de una persona, en primer lugar, al viudo o viuda, junto a los hijos del fallecido y en segundo término a sus padres si la víctima está soltera (STS de 2 de julio de 1979; STS de 14 de diciembre de 1996). Finalmente, los hermanos también estarían legitimados en defecto de otros familiares más allegados (los ya expuestos) (STS de 4 de julio de 2005), debiendo probar en su caso la vinculación afectiva entre ellos, su dependencia económica o su convivencia en el núcleo familiar».

La doctrina transcrita ha sido más recientemente reiterada por este Consejo, en los Dictámenes 460/2025 y 464/2025, de 4 de noviembre.

Finalmente, y según consta en el expediente administrativo, los interesados actúan mediante representante -abogada-, cuyo poder de actuación consta debidamente acreditado en el expediente [art. 5 LPACAP].

5.2. 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.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción [art. 67.1, párrafo primero LPACAP], toda vez que la reclamación se presenta el día 4 de enero de 2024 en relación con un hecho lesivo [óbito del Sr. (...)] que se produjo el día 6 de enero de 2023.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente [art. 21.1 y 6 LPACAP].

II

1. Los reclamantes promueven la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el anormal funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a (...) en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria -en lo sucesivo, HUNSC-, y que determinó, en última instancia, el fallecimiento del paciente.

En este sentido, la pretensión resarcitoria ejercitada se basa en los siguientes presupuestos fácticos:

«PRIMERO. Daños producidos: descripción y circunstancias de tiempo y lugar de la vía en la que se produjeron los daños:

I) Que en fecha 28 de abril de 2022, (...), ingresó en el Servicio de cardiología del HUNSC, afectado por una insuficiencia cardiaca con estenosis aórtica severa y disfunción ventricular izquierda severa.

II) Que durante el ingreso y hasta el día 9 de mayo, fue tratado con tratamiento conservador, que solucionó la insuficiencia cardiaca.

III) Que en fecha 10 de mayo de 2022, y cuando le iban a dar el alta médica al Sr. (…), por el Servicio de Cardiología se le practicó una prueba diagnóstica consistente en realización de Cateterismo. Como complicación de la práctica de la prueba, a (...) se le formó un hematoma en el muslo derecho de una3 extensión de 21 cm.

IV) Al día siguiente, 11 de mayo, y ante el inminente mareo sufrido por (...) quien le manifestó a los sanitarios que no podía levantarse de la cama porque sentía que se iba a caer, es cuando de forma urgente se percataron de la pérdida de sangre que estaba sufriendo el paciente. Por ello, tuvo que ser trasladado a quirófano para poder cauterizar las venas de donde procedía la fuga. Ello ocasionó la tremenda pérdida de sangre, la intervención y posterior traslado a UCI del paciente.

V) El paciente estaba anticoagulado lo que le produjo también un pequeño hematoma en el cerebro. En esos momentos, el Servicio de Cardiología decidió la práctica de pruebas de sangre donde se dan cuenta de un descenso bastante importante de la hemoglobina y es cuando se dan cuenta, tras consultar la historia clínica, que el paciente padecía una leucemia leve crónica desde el año 2018, lo que hace pensar si la exposición del paciente a una anticoagulación más la práctica de una prueba diagnóstica, que no era obligatoria dado a que el paciente ya estaba estable y candidato a que le diesen el alta, si era procedente o no teniendo en cuenta dicho antecedente.

VI) Durante ese periodo, el paciente sufrió un contagio por infección nosocomial que superó a pesar de su estado. Que, como consecuencia de ello, sufrió una gran pérdida muscular que hizo tener que asistido por fisioterapeutas para poder volver a caminar, objetivo que finalmente consiguió.

VII) Que a pesar que el Hematoma se produjo en fecha 11 de mayo, por el Servicio de Cardiología no hizo derivación al Servicio de traumatología hasta el mes de julio, momento en que la fiebre, el dolor, y las molestias eran ya insoportables y todo ello a pesar de las múltiples quejas de los familiares a la médico cardióloga, llamada (…), que conllevó a tener que formular queja ante el propio Centro Sanitario por la dejadez del Servicio y de la médico, quien incluso llegó a manifestar a los propios hijos del paciente, que si ella no podía hacer ninguna derivación y que nos recomendaba que pusiéramos la queja. Se aporta a la presente, copia de la queja interpuesta ante el centro sanitario, dando por reproducido el contenido del mismo.

VIII) Que tras una tremenda lucha, al final se consiguió que (...) pudiese remontar, si bien por los propios traumatólogos se manifestó que la derivación a ese Servicio especializado, había llegado tarde pero que iban hacer todo lo posible.

IX) En fecha 28 de julio, a (...) le dieron el alta, pero sin que resolvieran el gran problema del hematoma el cual presentaba una Infección encapsulada. Que, en lugar de prescribirle antibiótico, y seguimiento continuado ante la gravedad, solo se le prescribió colocación de frío en la zona afectada, 5 veces al día.

X) Después del alta, (...) llegó a acudir dos veces al médico manifestando que no se encontraba bien, que no notaba evolución en el hematoma, haciéndose los médicos caso omiso. Por ello, y dado que (...) no podía más con el dolor, fue por lo que acudió al Centro Sanitario de (...), quienes al ver la gravedad del hematoma, decidieron no acogerlo dado a que lo que el paciente sufría era consecuencia de lo ocurrido en la Residencia nuestra Señora de la Candelaria. En ese mismo momento, los familiares de (...) lo trasladaron al Servicio de urgencias del HUNSC, quedando ingresado.

XI) A partir de ese momento, vuelve con la "batalla" del hematoma, dado a que el mismo no remitía y la infección era cada vez más notable. Por ello, fue por lo que (...) fue intervenido hasta tres ocasiones para la limpieza de la zona, que si bien fueron intervenciones delicadas, las tres fueron fructuosa. (sic)

XII) Tras dos meses de ingreso, y cuando le iban a dar el alta hospitalaria para pasar las Navidades en su casa, fue cuando apareció un pico de fiebre, confirmándose el día 21 de diciembre, y tras cultivo de la punta de un catéter, que (...) había dado positivo en contagio de una bacteria hospitalaria como es la "Klebsiella Pneumoniae", dos días más tarde, positivo en otra bacteria intrahospitalaria la "Pseudomonas aeruginosa". Pero por si lo anterior no fuese suficiente, consta en la historia Clínica, el contagio de una tercera bacteria la "Clostridioides difficile"¨, que le produjo unas diarreas y hemorragia interna que lo llevó a la muerte. Estas tres bacterias son Infecciones Nocomiales o Intrahospitalarias, por lo que a juicio de esta parte, el centro Hospitalario debe responder por su falta de seguridad al paciente y por poner en riesgo la vida de todos los usuarios del centro.

XIII) Señalar que a (...) se le aisló, después de 5 días de haber dado positivo en la bacteria, y el aislamiento se realizó cuando dio positivo en las otras dos, nunca antes. El aislamiento se realizó en la misma habitación y no en zona especializada para Infecciones.

XIV) Asimismo, hemos de señalar que el día del fallecimiento, se encontraban aislado 5 pacientes más, desconociendo esta parte si hubo más fallecimientos a consecuencias de las bacterias. Se aportan fotografías que indican el estado de aislamiento de los paciente, aislamiento que se realiza en las propias habitaciones y no en zona especializada.

XV) Por tanto en el presente caso se produjo una sucesión de circunstancias graves que desencadenaron el fallecimiento del paciente, la primera, mala asistencia sanitaria y falta de coordinación de los servicios, así como el retraso en las infecciones nosocomial, el abordaje de las misma; la segunda, falta de seguimiento y seguimiento tardío junto con error en el tratamiento; la tercera e importante, falta de pruebas diagnósticas para la determinación del diagnóstico correcto desde un primer momento así como la demora en la práctica de algunas de ellas que dieron como consecuencia un diagnóstico tardío; en cuarto lugar, omisión de Información al paciente y falta de consentimientos Informados específicos Ad Hoc; en quinto lugar, pérdida de oportunidad; en sexto lugar, el daño desproporcionado;

y en séptimo lugar, responsabilidad por el contagio por Infecciones nosocomiales, siendo imposible determinar cada una en la medida que esta parte ha solicitado la historia clínica de la paciente y el mismo está incompleto, pues no se han remitido todas las pruebas solicitadas, faltando los protocolos de actuación».

2. Partiendo del relato fáctico descrito en el apartado anterior, los interesados fundamentan la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria en los siguientes términos:

«De los anteriores hechos expuestos, resulta evidente la inequívoca relación de causalidad entre las lesiones producidas, y el resultado de muerte y el funcionamiento de los servicios públicos de esa Administración Pública, por lo que, a juicio de esta parte, procede el resarcimiento de los daños y perjuicios causados, conforme determina la Ley. (...) en el presente caso, y como consecuencia del mal funcionamiento del Servicio Público Sanitario, se le ha producido a esta parte unos daños irreparables, y que es la pérdida de esposo, padre y abuelo de los reclamantes por el fallecimiento del mismo, siendo el origen de esos daños por un lado, el retraso en el diagnóstico, y por otro lado, una mala asistencia con resultado de muerte, dado que (...) no fue atendido en la forma que tuvo que hacerse resultando la actuación de forma mediata en lugar de inmediata como lo requería el caso, y por último, porque una de las causas del fallecimiento es por contagio, por una infección intrahospitalaria o nosocomial, en este caso, hasta 3 bacterias.

(...)

II. En primer lugar, considera esta parte que existe una responsabilidad patrimonial por una defectuosa asistencia sanitaria, y ello, sin que sirva de limitación ya que se estará al expediente administrativo, los actos médicos previos así como la propia intervención se realizó sin el diagnóstico correcto. Se realizaron pruebas diagnósticas sin tener en cuenta la clínica del paciente como fue la leucemia mieloide crónica, cursada desde el año 2019, lo que probablemente hacía improbable la práctica de pruebas que no eran obligatorias, como fue el cateterismo. De la incompleta documentación entregada a los familiares, se acredita la existencia de un hematoma en el muslo izquierdo de (...) desde el 11 de mayo de 2022 a consecuencia de cateterismo y que no fue abordado hasta el mes de 5 de julio del mismo año, es decir 55 días más tarde, día en que por el Servicio de Cardiología se decidió llamar a traumatología.

En segundo lugar, consideramos que no se pusieron todos los medios necesarios ni se practicaron todas las pruebas suficientes a efectos de controlar la evolución del paciente (...) . Existe falta de medios desde el momento en que no se consulta con otros especialistas como fue el caso, e incluso, segunda opinión. O incluso se omiten las indicaciones de médicos especialista en una parte del proceso médico.

En tercer lugar, mal seguimiento del SCS, o incluso seguimiento tardío en cuanto la evolución del hematoma de (...) y prueba de ello es que en al paciente se le da el alta con sospecha que el hematoma estuviese infectado y sin embargo no se le pautó tratamiento para el caso. Tampoco se le citó para seguimiento externo y ello a pesar de haber estado tres meses ingresado. Fue visto por médico en el mes de agosto, el paciente manifestó no sentir mejoría con respecto al hematoma, y aun así no hicieron absolutamente nada. Más tarde, a principios de Octubre, por el servicio de Hematología se considera que no hay evolución en el hematoma, y tampoco hacen una derivación al servicio especializado para que observen el mismo, sino que prefirieron anotar en la historia clínica, y no hacer una remisión. A los pocos días, (...) acudió al Centro Hospitalario de (...), quien al ver en el estado en que se encontraba el muslo, decidieron no acoger al paciente, sino derivarlo a la residencia Nuestra Señora de la Candelaria para que ellos subsanasen y mejorasen lo realizado, y llevar, a (...) a un estado de curación.

En cuarto lugar, el centro hospitalario es responsable en la medida que la causa de fallecimiento de (...), estuvo, tal y como recoge el informe clínico, en el contagio por dos bacterias hospitalarias, motivo por el que tuvo que aislado. Este diagnóstico se produjo en fecha 21 de diciembre de 2022, tras cultivo de la punta de catéter, arrojando como resultado positivo contagio por Klebiella Neumonae (bacteria Intrahospitalaria), y dos días más tarde, día 23 de diciembre de 2022, se obtuvo un resultado positivo en Pseudomona Aeruginosa, y finalmente, a partir de 26 de diciembre de 2022, se contagió con otra bacteria intrahospitalaria, la C. difficile suele aparecer después del uso de antibióticos. Afecta sobre todo a personas mayores en hospitales o en centros de cuidado a largo plazo, como fue el caso. En la incompleta historia clínica que se le ha hecho llegar a esta parte, no consta ni información previa en cuanto al riesgo por contagio por bacterias intrahospitalaria, ni consta firmado consentimiento informado por parte de (...), lo que su omisión más el resultado de fallecimiento, es decir, producción de un daño, responsabiliza al centro hospitalario a Indemnizar a la viuda y herederos de (...)

A ello hay que añadir que, siendo un paciente de riesgo por en tiempo que llevaba ingresado, riesgo de infectarse por microorganismo multirresistentes nosocomiales o intrahospitalarios, como el que nos ocupa, debería haber tenido un seguimiento estrecho para la detección precoz de los mismos, aislamiento precoz, e inicio de un tratamiento eficaz ante la sospecha de posible aislamiento de "Klebsiella pneumoniae", asilamiento que no se efectuó hasta pasado 6 días después desde el positivo en contagio por la bacteria. (...) .

En quinto lugar, en la historia clínica facilitada a esta parte No consta los consentimientos informados de los actos médicos, ni la Información previa que es imprescindible para que se puede firmar el consentimiento informado tras recibir una información veraz, siendo ambos, información previa y posterior consentimiento informados, imprescindibles, incurriendo su omisión en una vulneración de la "Lex Artis Ad hoc". Y los

dos que figuran, para las intervenciones realizadas entre los meses de Octubre y noviembre, son documentos estandarizados.

En sexto lugar, a juicio de esta parte ha existido una pérdida de oportunidad como el momento o periodo asistencial, durante el diagnóstico o el tratamiento de un paciente, en el cual se ha omitido alguna actuación clínica que posteriormente se reconoce que habría sido efectiva. Es un daño antijurídico que no tenemos la obligación de soportar.

En el caso de la presente reclamación, hemos de señalar que no consta en las actuaciones que los facultativos informaran previamente a la paciente así como a sus familiares, de todo el proceso, ni de los tratamientos alternativos que pudiesen existir, ni de las complicaciones, vulnerándose el art. 10 de la Ley de Autonomía del paciente. La paciente, si se hubiese informado de manera fehaciente y las alternativas así como complicaciones, podía haber decido sobre los tratamientos, sobre la posibilidad de practicarse el cateterismo, operarse o no (...) . No es de recibo que un paciente pierda la vida por falta de información y mala praxis a nivel sanitario.

Por otro lado, entendemos que hubo perdida de oportunidad desde el momento que por el Servicio de Cardiología no se solicitó la colaboración de los otros médicos especialistas que podrían tratar al paciente, como era el Servicio de Traumatología; así como defectuoso seguimiento tras el alta de 28 de julio de 2022 hasta 18 de Octubre, fecha en la que volvió a ingresar (...), y finalmente, la remisión y la falta de cumplimiento de las observaciones dada por especialistas, como fue la de cambio de tratamiento, suspensión de la administración de algunos de ellos.

En Séptimo lugar, de forma alternativa, la procedencia de la reclamación y por ende, la obligación de la administración en Indemnizar por la existencia de un daño desproporcionado, tal y como tiene establecido el STS de 19 de julio de 2013, rec. nº 939/2011 -es aquél no previsto ni explicable en la esfera de su actuación profesional y que obliga al profesional médico a acreditar las circunstancias en que se produjo por el principio de facilidad y proximidad probatoria. Según la jurisprudencia, se le exige a la administración sanitaria, una explicación coherente acerca del por qué de la importante disonancia existente entre el riesgo inicial que implica la actividad médica y la consecuencia producida, de modo que la ausencia u omisión de explicación puede determinar la imputación, creando o haciendo surgir una deducción de negligencia. La existencia de un daño desproporcionado incide en la atribución causal y en el reproche de culpabilidad, alterando los cánones generales sobre responsabilidad civil médica en relación con el "onus probandi" "de la relación de causalidad y la presunción de culpa (SSTS 30 de junio 2009, rec. 222/205; 27 de diciembre 2011, rec. nº 2069/2008, entre otras), sin que ello implique la objetivización, en todo caso, de la responsabilidad por actos médico", "sino revelar, traslucir o dilucidar la culpabilidad de su autor, debido a esa evidencia (res ipsa loquitur)" (STS 23 de octubre de 2008, rec. nº 870/2003).

El daño se produce en el curso de una relación que se inicia por la realización de un cateterismo, con complicaciones, sin seguimiento oportuno, que tras alta hospitalaria tuvo que ser ingresado por la involución de un hematoma, teniendo que ser intervenido hasta en tres ocasiones, para finalmente contagiarse hasta con tres bacterias intrahospitalarias, que terminó con fallecimiento de (...), con una aproximación temporal indudable entre un hecho y otro, por lo que el resultado sólo se explica atendiendo a este proceso. Al paciente se le realizó un cateterismo, y después sufrió hemorragia interna en la zona de la vena femoral, sin que en ningún momento se le hubiese advertido de la posibilidad de dicha complicación; por ello, y tras complicaciones, tuvo que ser intervenido hasta 3 ocasiones. Hay pues una evidente aproximación temporal causal entre este hecho inicial y las complicaciones que surgieron a continuación y que determinaron intervenciones posteriores, que conllevó al fallecimiento del paciente.

El criterio básico de imputación estriba en la determinación de si se comportó con arreglo a las pautas o parámetros prescritos, según el estado actual de la ciencia, para la praxis médico-quirúrgica, lo que las Salas de las Audiencias y Tribunal Supremo, ha denominado lex artis ad hoc. Y es evidente que no se ha producido, a fecha de hoy y con la documental remitida por la administración, una explicación o una justificación que excluya la apreciación de negligencia por falta de atención tras los problemas que presentaba el paciente. No hay una explicación que excluya la imputación de los daños que se han generado en la esfera de acción por parte de la Administración, y no en la del paciente, de los que habitualmente no se producen sino por razón de una conducta negligente.

Es por ello, que se invoca por esta parte la doctrina del daño desproporcionado».

3. A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que concurren los requisitos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, los reclamantes plantean una pretensión indemnizatoria cuyo monto total asciende a la cantidad de 218.485, 21 € [con arreglo al baremo de indemnizaciones por accidentes de tráfico regulado en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre], « (...) *más los intereses legales y la actualización de la cuantía indemnizatoria hasta el momento de su pago*».

III

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

1.- Mediante escrito con registro de entrada de 4 de enero de 2024, (...), sus hijos [(...) y (...)] y sus nietos [(...), (...), (...) y (...)] interesan la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a

una indemnización por los daños causados, presuntamente, por el anormal funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a (...) [esposo, padre y abuelo, respectivamente, de los reclamantes] en el HUNSC y que derivó, finalmente, en el fallecimiento del paciente.

2.- Con fecha 17 de enero de 2024 el órgano instructor formula requerimiento a los interesados a fin de que subsanen la reclamación interpuesta. Trámite que es debidamente cumplimentado por éstos con fecha 5 de febrero de 2024.

3.- La reclamación formulada es admitida a trámite mediante Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud de 16 de febrero de 2024, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando, por el órgano instructor, realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente; entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

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

4.- Con fecha 3 de abril de 2025 se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud -en adelante, SIP-, informe sobre la asistencia sanitaria prestada al paciente, concluyendo que, «*tras el estudio de todos los documentos obrantes en el expediente, no observo datos de mala praxis en ninguna de las actuaciones realizadas, por lo que se emite informe desfavorable*».

Asimismo, obra en el expediente la siguiente documentación médica:

- Copia de la historia clínica obrante en el HUNSC.

- Informe del Servicio de Cardiología del HUNSC, firmado por el Dr. (...) -Jefe de Servicio de Cardiología-, con fecha 13 de marzo de 2024.

- Informe del Servicio de Medicina Preventiva del HUNSC, rubricado por la Dra. (...) -Jefa de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública-, con fecha 20 de mayo de 2024.

5.- Con fecha 27 de mayo de 2025 el órgano instructor requiere al HUNSC para que remita los protocolos sanitarios de actuación en diversas materias [*v.gr.*,

«*Protocolo para las Infecciones por Kebsellia Neumonae; Pseudomonas aerugiosa resistentes y C. Difficile. (...) protocolo de aislamientos*», entre otros] y que fueron señalados por la parte interesada como medio probatorio.

6.- Con fecha 20 de agosto de 2025 el HUNSC cumplimenta el referido requerimiento, dando traslado de los protocolos de actuación existentes -cuya copia se incorpora a las presentes actuaciones-.

7.- Con fecha 25 de agosto de 2025 se dicta acuerdo probatorio, en cuya parte dispositiva se establece lo siguiente:

«PRIMERO. Admitir a trámite parte de la prueba documental y la pericial propuestas por el interesado, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 77 y 78 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC-AP).

Rechazar la prueba documental consistente en:

- Protocolo de Actuación en caso complicaciones de practica cateterismo, como prueba diagnóstica.

- Protocolo para Hematomas musculares Infectados.

- Protocolo para la Aplicación de heparina en pacientes con Leucemia Mieloide Crónica.

- Protocolo en caso de Hemorragias en pacientes con leucemia Mieloide Crónica.

El HUNSC informa que no se pueden aportar los protocolos mencionados porque no existen, por lo que no pueden aceptarse como medio probatorio.

SEGUNDO. Abrir periodo probatorio de un mes, en cumplimiento del artículo 77.2 de la LPAC-AP, a fin de que el interesado pueda aportar la prueba pericial.

TERCERO. Incorporar, como prueba documental, los informes recabados por esta Administración en período de instrucción».

8.- Con fecha 30 de septiembre de 2025 la representante de los interesados presenta escrito de alegaciones poniendo de manifiesto « (...) *que la historia clínica está incompleta dado a que falta las pruebas diagnósticas y de imagen realizada* (sic) *a (...), así como el diario de enfermería desde su ingreso en fecha 2 de abril de 2022 hasta su fallecimiento el día 6 de enero de 2023*»; por lo que solicita una ampliación de plazo a fin de poder presentar el informe pericial acordado.

9.- Según se indica en la Propuesta de Resolución, el día 9 de octubre de 2025 « *(...) se notifica a los interesados que la Historia Clínica en su totalidad se encuentra disponible en sede electrónica, pudiendo acceder a la misma. También se concede un nuevo*

plazo para la aportación del informe pericial, en virtud del artículo 32 de la LPAC-AP: "La Administración, salvo precepto en contrario, podrá conceder de oficio o a petición de los interesados, una ampliación de los plazos establecidos, que no exceda de la mitad de los mismos, si las circunstancias lo aconsejan y con ello no se perjudican derechos de tercero (...) ". El nuevo plazo finaliza el 15 de octubre de 2025.

El día 20 de octubre de 2025 y finalizado el plazo conferido, no se accede al contenido de la notificación en sede. Se considera notificado en virtud del artículo 41.6 de la LPAC-AP, " (...) las Administraciones Públicas enviarán un aviso al dispositivo electrónico y/o a la dirección de correo electrónico del interesado que éste haya comunicado, informándole de la puesta a disposición de una notificación en la sede electrónica de la Administración u Organismo correspondiente o en la dirección electrónica habilitada única. La falta de práctica de este aviso no impedirá que la notificación sea considerada plenamente válida».

10.- Con fecha 26 de octubre de 2025 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, otorgando a los reclamantes un plazo de diez días a fin de que pudiesen formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimasen convenientes.

11.- Con fecha 27 de octubre de 2025 la representante de los reclamantes presenta escrito reiterando la ausencia de documentación y solicitando nuevo plazo para aportar el informe pericial -en idénticos términos a su escrito de 30 de septiembre de 2025-.

12.- No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico *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.

13.- Con fecha 7 de noviembre de 2025 se evacua Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual « (...) *formulada, por (...) y (...) y (...), al no concurrir los requisitos que conforman la Responsabilidad patrimonial*».

14.- Mediante oficio con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 14 de noviembre de 2025, 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.

IV

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

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

En efecto, a pesar de que el órgano instructor da por concluida la instrucción del procedimiento administrativo y formula la correspondiente Propuesta de Resolución, lo cierto es que, ni en ésta, ni en el informe evacuado por el SIP con fecha 3 de abril de 2025 se entran a valorar la totalidad de los argumentos -fácticos y jurídicos- esgrimidos por los interesados como fundamento de su reclamación; faltando así, al deber de exhaustividad y motivación que ha de presidir la resolución que ponga fin a este procedimiento administrativo [arts. 88 y 35.1, letra h) LPACAP].

A este respecto, y sirva como ejemplo, el órgano instructor omite una referencia expresa y pormenorizada respecto a la concurrencia -o no- de algunas de las diversas teorías y/o doctrinas esgrimidas por los reclamantes para fundamentar el concurso de la necesaria relación de causalidad sobre la que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria; significativamente, la pérdida de oportunidad y la doctrina del daño desproporcionado.

Por otro lado, tampoco se incorporan ni han sido valorados -s.e.u.o.- los «certificados de limpieza del Centro Hospitalario, durante los dos periodos de ingreso de (...)» y las «Medidas de prevención y control de asepsia» aplicadas en este caso, y que fueron admitidas como prueba documental mediante acuerdo del órgano instructor de 25 de agosto de 2025.

Asimismo, ni el informe del SIP ni la Propuesta de Resolución entran a valorar la aplicación -correcta o no- de los protocolos de actuación sanitaria frente a

infecciones nosocomiales incorporados al expediente en los folios 855 y 862 a 886 -esto es, con posterioridad a la evacuación del informe del SIP-.

Finalmente, resulta necesario aclarar -y acreditar documentalmente- la veracidad de las alegaciones formuladas, reiteradamente, por la represente de los reclamantes respecto a la insuficiencia de la historia clínica: « (...) *la historia clínica está incompleta dado a que falta las pruebas diagnósticas y de imagen realizada* (sic) *a (...), así como el diario de enfermería desde su ingreso en fecha 2 de abril de 2022 hasta su fallecimiento el día 6 de enero de 2023*».

Así pues, a la vista de las circunstancias descritas anteriormente, la complejidad del asunto planteado y la multiplicidad de negligencias que se imputan al funcionamiento del servicio público sanitario, es por lo que, se considera necesaria la emisión de informe complementario por parte del SIP en el que, de forma cronológica y sobre la base de la historia clínica y los informes evacuados -o que pudieran emitirse- por los diversos servicios sanitarios que atendieron al paciente, se analicen, por separado y de manera detallada -con el necesario soporte documental- los diferentes estadios del proceder médico observado en la atención sanitaria dispensada al paciente y su adecuación -o no- al parámetro de la *lex artis ad hoc*. Se trata, pues, de plantear un análisis de conjunto e integrador de la actuación médica observada por el servicio público sanitario -a partir del relato descriptivo de la asistencia sanitaria prestada que ofrece la historia clínica y la información de los diferentes departamentos o servicios médicos implicados en la atención al paciente-, tratando de alcanzar una conclusión respecto a la corrección o no del proceder médico a la luz de la *lex artis ad hoc*.

Como bien ha tenido ocasión de manifestar este Consejo Consultivo, aunque el informe del SIP no es preceptivo en cuanto a su emisión, sí resulta de especial relevancia a la hora de que el órgano instructor pueda formar correctamente su criterio respecto al fondo del asunto analizado [art. 79 LPACAP], esto es, la corrección médica -en términos de adecuación a la *lex artis ad hoc*- de la prestación sanitaria dispensada al paciente.

Respecto a la singular trascendencia del informe del SIP en el marco de los procedimientos administrativos tramitados en concepto de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, este Consejo Consultivo de Canarias se ha pronunciado en los siguientes términos [por todos, Dictamen 63/2024, de 1 de febrero]:

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

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

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

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

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

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

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

2. Así pues, la constatación de las deficiencias procedimentales comentadas en el apartado anterior impide considerar que el expediente se haya tramitado correctamente desde el punto de vista jurídico-formal; motivo por el que este Consejo Consultivo no puede analizar y, en última instancia, dictaminar convenientemente respecto al fondo del asunto que ha sido sometido a su consideración.

Es por todo ello que se entiende oportuno retrotraer las actuaciones al objeto de que se recabe el informe complementario del SIP, en el que se contenga un pronunciamiento y valoración sobre las cuestiones señaladas en el apartado anterior.

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

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública sanitaria, se entiende que no es conforme a Derecho, debiéndose retrotraer las actuaciones a los fines indicados en el Fundamento IV de este Dictamen.