Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 3 6 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 19 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 503/2025 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. Los reclamantes solicitan una indemnización conjunta de 287.586,12 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación de la Excma. 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 relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación, además de la LPACAP; la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, 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

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

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

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo, padres y hermana de la paciente fallecida, la condición de interesados al haber sufrido el daño por el que se reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, Dictamen 640/2024, de 6 de noviembre), en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo que 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 poseen interés legítimo para interponer la reclamación.

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, mediante el SCS, aun cuando, en este caso, la asistencia sanitaria objeto de reclamación se prestó por el Hospital (...). Por ello, se le atribuye también la legitimación pasiva en el presente procedimiento al ser éste también presunto responsable de la asistencia sanitaria reclamada. Siendo el concierto sanitario un tipo de contrato de gestión indirecta para la prestación de un servicio público, de conformidad con lo señalado en el art. 32.9 LRJSP, es de aplicación el art. 198 de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público (y preceptos equivalentes de la legislación de contratos posterior -art. 214 del Real Decreto

Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público y art. 196 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público-).

Como hemos manifestado en diversas ocasiones (por todas, DDCCC 59/2014 y 406/2016, 287/2017 y 139/2021): *« (...) Si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Esta conclusión lleva necesariamente a esta otra: En los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud, el SCS en este caso, como el centro sanitario privado concertado, porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de éste, entonces está obligado a resarcirlo en virtud de los artículos 98 y 162.c) TRLCAP».*

Consecuentemente, el centro sanitario privado concertado, que puede responder, en su caso, de los daños por los que se reclama, tiene la condición de interesado en el procedimiento, conforme dispone el art. 4.1.b) LPACAP.

Así, se dio traslado del expediente y se le ha notificado a este centro concertado el correspondiente plazo tanto para proponer prueba como para efectuar el trámite de audiencia.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presenta la reclamación el 28 de junio de 2016, respecto a un hecho lesivo producido el 28 de junio de 2015.

7. 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).

El exceso sobre el plazo legal es realmente notable y ni se proporciona ni se percibe en el expediente ninguna justificación para la demora con la que se han ido produciendo los sucesivos trámites.

II

En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, procede reproducir lo expuesto al respecto en el Dictamen de este Consejo Consultivo 757/2024, de 27 de diciembre, emitido en relación con el asunto que aquí nos ocupa, en el que se manifestó:

«PRIMERO.- RELACIÓN CRONOLÓGICA DE HECHOS: Que los reclamantes como padres y hermana de (...), con D.N.I. (...) y NSS (...), presenciaron y fueron partícipes pasivos en la sucesión de hechos que se describen.

1°.- (...), tenía un sobrepeso palpable calificable de patológico, sí bien no tenía específicas o especiales complicaciones derivadas de la misma, desde el punto de vista de otras enfermedades tales como diabetes, arteriosclerosis, artrosis etc. Como consecuencia de tal fue remitida por el Servicio Canario de Salud, a partir de este momento (SCS), a través del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria con el diagnóstico de OM, al Centro (...), para cirugía bariátrica. Siendo su índice de masa corporal 43,56. Dado que este se concretó como único posible tratamiento.

2°.- Dicha intervención según parece a tenor del expediente clínico acompañado, tras pautarse los estudios correspondientes se programa para B-P con PDA a 270 Cm el 3/02/2015, intervención que finalmente se produce en dicha fecha. Habiendo firmado según parece, del duplicado referido consentimiento informado en fecha 3 de febrero de 2015. Esto es el mismo día de la operación programada, sin que conste la hora, y tampoco otros datos. Impidiendo por su escasa antelación en todo caso una reflexión adecuada de las consecuencias, riesgos y beneficios. En todo caso, por que dicho consentimiento tampoco realiza una adecuada, personal y específica puesta en conocimiento de las posibles complicaciones y efectos secundarios. Al igual que tampoco establece una concreta técnica, si bien, parece añadirse un dibujo explicativo, esta pendería en todo caso de la decisión del cirujano una vez procediera a la visualización o abordaje interno.

3°.- Desde dicha intervención, fue atendida y controlada su evolución por el mismo servicio y equipo médico en las fechas 11/02/2015, 9/03/2015 (solicitud de analítica), 6/04/2015 (analítica OK), 3/06/2015 (solicitud de analítica).

En este caso se le pautó que la misma acudiera a urgencias caso de producirse algún tipo de alteración importante en sus funciones digestivas. Tales como fiebre, dolor, trastornos digestivos, etc. (diarreas, vómitos, dolor agudo), al Servicio de Urgencias de (...) si precisa.

En el propio consentimiento consta que, ante complicaciones descritas, requeriría posible reintervención de urgencias.

4°.- En fecha 26 de junio de 2015, acude la misma por dolor abdominal de 24 horas de evolución. La médico de urgencias, tras su primera evaluación avisa a Cirugía que hace su evaluación. Refiriendo la paciente dolor epigástrico moderado y náuseas y vómitos que han remitido en las últimas horas (se desconoce qué se le ha administrado para tal), y en todo caso, si este alivio es consecuencia de no ingesta.

Y se advierte según la Doctora riesgo de suboclusión por fibras al incluir su ingesta fruta y verduras dado el tiempo desde la operación practicada.

5°.- En las horas que siguen la misma ingresada en planta es atendida por el médico de guardia y es llamado por exacerbación del dolor a las 23:54 y a las 6:43. Practicándose estudios analíticos.

6°.- Tras esta segunda llamada se decide a llamar al cirujano que se comunica con él a las 8 de la mañana, ordena la realización de un TC y el traslado a la UCI previo a laparotomía de urgencia que se organiza desde antes ese momento. Dicho TC muestra perforación de víscera hueca (neumoperitoneo) y liquido libre abundante y no orienta en otras direcciones,

7°,- Desconocemos la hora, pero tras la realización de TC y, siendo que se realiza laparotomía y se lava la cavidad, se localiza perforación en la base de una brida entero mesentérica distal unos tres cm a la anastomosis entero mesentérica, que lesiona la pared intestinal por tracción y enlaza un tramo del intestino delgado inmediato a esta base de unos 2 metros que tras su liberación comienza a recuperarse,

En esta exploración señala que es de destacar que hay otros territorios viscerales que también están muy isquémicos y que no tienen relación anatómica con lo enlazado en la brida como el colon sigmoide y los anejos, que presentan signos de color y consistencia muy patológicos, Todo ello conforme al documento de epicrisis entregado con historial médico de la paciente, En esta operación se practica sutura de esta perforación, lavados repetidos y se constata la recuperación del segmento intestinal comprometido, realizando cierre y paso a la UVL.

8º, Tras dicha operación la recuperación hemodinámica es muy difícil y han de utilizarse drogas vasoactivas muy potentes que comprometen también la circulación visceral, En torno a las 9 horas parece mejorar levemente cediendo un poco la taquicardia y la hipotensión pero sobre las 6 de la mañana experimenta empeoramiento hemodinámico y se decide revaluación quirúrgica (encontrando líquido peritoneal seroso maloliente, infarto intestinal masivo que afecta tanto a intestino delgado como a apéndice, colon descendente y sima. Trompas con fimbrias violáceas congestivas. Lo que confirma el infarto intestinal masivo y la inviabilidad de la paciente. Causa exitus letalis en la UVI a las pocas horas 12:40.

Señalando como diagnóstico principal fracaso múltiple orgánico secundario a isquemia intestinal masiva. Perforación intestinal. Esto es shock séptico de origen abdominal».

2. En cuanto a los motivos en los que fundamentan su reclamación, relacionados todos ellos con la mala praxis que imputan al personal sanitario que atendió a la afectada, se afirma por parte de los interesados que:

«SEGUNDO. - RELACIÓN CAUSA EFECTO: La muerte de la paciente, se produce por un shock séptico derivado de una perforación intestinal, formación de brida, y problemas vasculares. Todos ellos, posibles, pero de muy baja incidencia, todos ellos dables como secuelas o complicaciones tras cirugía bariátrica. No obstante, los abordaremos como hechos independientes pero interrelacionados.

a.- Durante el transcurso de posoperatorio la paciente no fue sometida a prueba de diagnóstico por imagen con o sin contraste de la zona intervenida y aledañas, consideración que se realiza sobre la base de que en la medida que dichas secuelas o complicaciones se pueden producir, y ser o requerir de tratamiento urgente, hubiera de descartarse su existencia y evolución transcurrido un tiempo prudente de la operación bariátrica de 3 de febrero de 2015.

b.- Durante el transcurso de su ingreso el 26 de junio a las 16:00 en el Centro H., con cuadro abdominal de 24 horas de evolución, no fue sometida a prueba de diagnóstico por imagen con contraste, que estando a disposición fue postergada hasta pasadas muchas horas (27/06/2015 a las 8:40), 24+16:40, para una persona que como mínimo pudiera catalogarse de riesgo, dado que la misma podía ser sujeto de complicaciones derivadas de aquella, es excesivo, y como mínimo supuso un retraso en el diagnóstico de la gravedad de la patología inasumible.

La puesta en riesgo de la salud de la paciente, por retraso en el diagnóstico dada la no práctica de pruebas concluyentes, que, existiendo, según el estado de la técnica y estando a disposición, no fueron prescritas entre las 16:00 del día 26 de junio y las 8:40 del día 27 de junio. Esto es 16 horas, que unidas a las 24 de evolución, supusieron 40 horas en las que no se actuó en manera eficaz para determinar el origen de los síntomas en una paciente de riesgo, por haber sido sujeto de una operación que puede cursar con complicaciones.

c.- Que dado el hecho de que comenzaba a comer sólidos, tales como frutas y verduras, existía riesgo de obstrucción o taponamiento, entre otras causas por falta de diámetro de las uniones. En ese momento, que se puede conocer con certeza la funcionalidad del tamaño, diámetro o estrechez de las uniones entre resto funcional de estómago e intestino a los efectos de un tránsito digestivo normalizado o con ingesta de sólidos. Tales horas de retraso, en la práctica de prueba diagnóstica eficaz supusieron el postergar un tratamiento eficaz.

d.- De ello podemos colegir, que, tanto desde el punto de vista del posoperatorio, como de la asistencia a posible complicación, se omitió el realizar prueba de contraste, y en el segundo caso, su retraso significativo, si se tiene en cuenta las 24 horas de evolución previa de los síntomas, pudo suponer un desenlace fatal.

e.- Si la sintomatología era difusa, se debió observar una mayor diligencia a la hora de utilizar medios de diagnóstico por imagen que más tarde sí se usaron, pues en tales padecimientos suele cursar en tal forma de sintomatología difusa, pues cuando ya surgen en manera florida, casi imposibilitan la actuación por ser tarde, por lo que un retraso de horas aumenta exponencialmente la posibilidad de desenlace fatal».

3. Por último, concretan, en tres momentos denominados decisorios, las actuaciones contrarias a la lex artis que dieron lugar al resultado final, el fallecimiento de su hija, lo cual se hace en los siguientes términos:

«Lo que al caso se concretaría, en cuando menos tres momentos decisorios:

1°.- Pautada una intervención de cirugía mayor a un paciente de riesgo, se le informa escasamente de las repercusiones y complicaciones futuras que pudiera tener dicha cirugía. Observándose una falta de información en el consentimiento informado, y del suficiente tiempo para una reflexión adecuada pues se firma (a tenor de la fecha el mismo día de la operación). Dicho consentimiento minimiza los riesgos y complicaciones, realizando una descripción genérica.

2°.- Tras la primera cirugía y en el posoperatorio no se realizan pruebas radiográficas con o sin contrastes que determinen la evolución de la cirugía practicada. Dichas pruebas hubieran podido objetivamente determinar la evolución de las patologías después encontradas. En un estadio inicial, abordables en manera incluso preventivas. Durante 5 meses dichas patologías pudieron evolucionar larvadamente, pues ante la ausencia de pruebas diagnósticas por imagen existentes, no se le practicó ninguna de ellas.

3°.- En un momento posterior ante una paciente con antecedentes de riesgo o situación de objetiva posibilidad de complicaciones (post operación bariátrica by pass gástrico), con sintomatología (difusa o no lo cierto es que existía), ante altas sospechas clínicas de su existencia (oclusión), en la que su detección e intervención temprana son cruciales para salvar la vida del paciente. Se difirió prueba diagnóstica más de 16 horas desde el ingreso, o más de 40 desde inicio de sintomatología. Es una dejación, o cuando menos, una inadecuada atención y utilización de medios. Si tales medios no pudieron estar disponibles, o los equipos que debieron realizar la asistencia tampoco, hubo de desviarse a centro u hospital de mayor nivel. Y no esperar a que los síntomas fueran floridos para utilizar pruebas de visualización diagnóstica, aunque fuera una simple radiografía, o un TAC, el cual, de haberse practicado con horas de antelación, hubiera a buen seguro evidenciado las complicaciones surgidas, permitiendo un más urgente abordaje e incremento de las posibilidades de supervivencia.

Y ello porque en este tipo de pacientes, incluso ante la alta sospecha clínica de una complicación es indispensable la laparoscopia, aun si las imágenes son negativas y más cuando las imágenes no están disponibles en el momento en que el cirujano las consideró. Una exploración quirúrgica negativa, lejos de considerarse una cirugía innecesaria o un evento adverso, por el contrario, indica un adecuado juicio clínico y quirúrgico.

El retraso diagnóstico, al no haberse practicado pruebas de visualización, cuando además esta reveló la existencia de complicaciones importantes, supuso una inasumible puesta en riesgo y mal funcionamiento, pues de haberse practicado con anterioridad, a buen seguro hubiera detectado la existencia de una patología que requería intervención urgente.

Pero que habría ya evolucionado durante más de 16 horas, desde el ingreso, o 40 desde inicio cuadro clínico.

Y ello es importante al caso, pues lo cierto es que el óbito se produce por septicemia generalizada, cuadro que a buen seguro evolucionó en horas previas. Pues lo general es que cuanto mayor es el tiempo para su solución, mayores posibilidades de complicación,

Tanto por la vía de la consideración de una posible oclusión como de una perforación, (La Oclusión Intestinal u obstrucción intestinal después de cirugía abdominal es una complicación que se puede presentar hasta en un 15% de los pacientes), las cuales son importantes diagnosticar debido a que si no se solucionan ponen en peligro la vida del paciente pudiéndole causar una isquemia intestinal, perforación, peritonitis e inclusive llevarlo hasta la muerte al no hacer el diagnóstico y tratamiento adecuadamente de forma precoz».

III

1. En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, este comenzó el día 28 de junio de 2016, a través de la presentación de la reclamación efectuada por los interesados.

2. El día 8 de agosto de 2016, se dictó la Resolución núm. 363/2016 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se admitió a trámite la reclamación formulada por los interesados.

El día 26 de diciembre de 2016 se dictó la Resolución núm. 548/2016 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se suspendió la tramitación del presente procedimiento, dado que se tuvo conocimiento de que los interesados se querellaron contra el personal sanitario que atendió a su hija fallecida. Por ello, se tramitaron diligencias previas en el Juzgado de Instrucción n.º 3 de Santa Cruz de Tenerife, dictándose el 21 de abril de 2017 Auto de sobreseimiento libre, contra el que se interpuso recurso de apelación, que fue desestimado por Auto de la sección Sexta de la Audiencia Provincial de Tenerife de 22 de febrero de 2021.

Posteriormente, el día 4 de abril de 2023 se dictó la Resolución núm. 186/2023 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se levantó la suspensión de la tramitación del presente procedimiento.

3. El presente expediente, inicialmente, no contó con el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (SIP), pero si obraban el informe del Jefe de Sección del Servicio de Cirugía General del Hospital Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC) (páginas 154 y ss. del expediente administrativo anterior) y el Informe de (...) (página 180 y ss. del expediente administrativo anterior).

4. Además, se acordó la apertura de la fase probatoria, presentándose por los interesados informe médico-pericial. Después de ello se le otorgó el trámite de vista y audiencia a los interesados y a (…), presentando los primeros escritos de alegaciones, acompañado de diversa documentación, entre ella la correspondiente a las actuaciones judiciales.

5. El día 14 de noviembre de 2024, se emitió la Propuesta de Resolución definitiva, de sentido desestimatorio, la cual fue objeto del referido Dictamen 757/2024, de 27 de diciembre, por el que se requirió a la Administración la retroacción de las actuaciones con la finalidad que se emitiera el informe del SIP y un informe sobre las actuaciones médicas objeto del presente expediente, a emitir por especialista en la materia distinto de los actuantes.

Así, el día 28 de agosto de 2025 se emitió el informe del SIP y el día 5 de agosto de 2025 se emitió el informe relativo a los hechos por el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Complejo Hospital Universitario de Canarias (HUC).

6. Posteriormente, se le otorgó el trámite de vista y audiencia a los interesados, que presentaron escrito de alegaciones,

El día 12 de noviembre de 2025 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva, también de sentido desestimatorio.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por los interesados, toda vez que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

2. En el Dictamen 184/2025, de 6 de mayo, entre otros muchos, se ha manifestado que:

«La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que "para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata

y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

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

En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala que "la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración".*

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

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

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

3. Además, en dicho Dictamen de este Consejo Consultivo ha señalado también que *«Por otro lado, como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, requisito esencial para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone, sin perjuicio 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)»,* siendo esta doctrina también plenamente aplicable al presente asunto.

3. En el presente caso, los interesados reclaman porque consideran que el fallecimiento de la paciente se produjo por *mala praxis* médica, pues se alega que el consentimiento informado no fue adecuado y porque las actuaciones médicas acaecidas tras acudir a urgencias en (...) el día 26 de junio de 2015 y ser ingresada en el mismo no fueron las adecuadas especialmente en lo que se refiere a la práctica de las pruebas diagnósticas.

4. En el Dictamen anteriormente emitido por este Consejo Consultivo sobre el presente supuesto nos pronunciamos acerca de la cuestión atinente al consentimiento informado, señalando que:

«En relación con la primera cuestión, la relativa al consentimiento informado, la documentación obrante en el expediente, que incluye la documentación correspondiente a los consentimientos informados prestados por la paciente para cada una de las intervenciones quirúrgicas que se le efectuaron durante todo el proceso médico relatado, es del todo correcta, incluyendo información adecuada a la cirugía realizada y estando firmados por la interesada, sin que se observe deficiencia alguna en los mismos», pronunciamiento que

se mantiene en la actualidad al no aportarse ningún nuevo elemento probatorio que desvirtúe lo que se considera acreditado de forma suficiente por la Administración sanitaria.

5. Este Consejo Consultivo, como se dijo en el Dictamen precedente, observó discrepancias entre los diversos informes médicos que se habían aportado al expediente, informes reproducidos en el Dictamen anterior al cual nos remitimos, por ese motivo se solicitó la emisión del informe del SIP, que se había omitido, y el informe de un especialista en la materia distinto de los actuantes, para garantizar con ello su imparcialidad.

Pues bien, en el informe del SIP resulta de interés lo siguiente:

«13.- Su evolución postoperatoria hospitalaria fue correcta, lo que propició su alta. Sus controles evolutivos en consultas externas estaban siendo los correctos, con una evolución adecuada tanto a nivel nutricional según dieta y controles analíticos, como de pérdida de peso, siendo esta la esperada tras la cirugía. No había alteraciones digestivas, (frecuentes tras este tipo de cirugías) ni ninguna otra clínica o alteración que hiciese necesario realizar otros estudios como afirman los reclamantes. El seguimiento era el adecuado y la paciente tenía una evolución completamente normal, que no hacía necesario ningún otro estudio, menos aún un TAC, que no es útil para diagnosticar adherencias-bridas adherenciales cuando no hay datos clínicos que la sugieran, ni tampoco las adherencias son subsidiarias de tratamiento cuando no dan síntomas clínicos.

14.- La paciente con una evolución favorable hasta entonces, el día 26/06/2015, a las 16:18 horas es atendida en el servicio de Urgencias del HHR. Recogidos todos los datos que obran en historia clínica e informes, se conoce que, en su asistencia en ese servicio, la paciente fue valorada conjuntamente por el Médico de Urgencias y por el Cirujano que la había operado de la cirugía bariátrica.

15.- En síntesis, la paciente refería dolor epigástrico moderado y náuseas y vómitos que habían remitido en las últimas horas. No ingestas inapropiadas para el período evolutivo, que sin embargo incluye frutas y verdura (fibra).

16.- Según historia clínica e informes, la paciente presenta buen estado general, consciente y orientada, afebril, con dolor referido epigástrico. Las constantes vitales son normales. Las mucosas están húmedas (está hidratada) y con buena circulación periférica. La exploración física abdominal muestra un abdomen blando, depresible, con dolor leve moderado en epigastrio, con ruidos intestinales presentes y sin signos de irritación peritoneal (no rigidez, contractura ni defensa de la pared abdominal, no dolor a la descompresión abdominal o signo de rebote, no ausencia de ruidos intestinales), ni otras anomalías.

17.- La anamnesis y exploración física se completó con evaluación analítica con hemograma y bioquímica, en el que no se apreció signos de infección ni ningún otro hallazgo

relevante que motivara la solicitud de otros estudios complementarios ni sugiriesen se estaba en presencia de una urgencia quirúrgica inmediata.

18.- Se cursó su ingreso hospitalario para observación de su evolución y se le realizaron las pautas de tratamiento con reposo digestivo, sueroterapia para mantenimiento hidroelectrólico, medicación sintomática y profiláctica, tratamiento que también era adecuado incluso ante una posible alteración en relación con la introducción de fibra en la dieta.

19.- De la historia clínica e informes se extrae que, tras una 24 horas de molestias digestivas-abdominales vagas, es decir, no eran intensas y/o habían períodos de mejoría o remisión dado que la paciente no había acudido a urgencias, finalmente acude, pero también al ser examinada en dicho Servicio, teniendo en cuenta la forma de presentación de la sintomatología y la exploración actual, en la que se encuentra con buen estado general, hidratada, normoperfundida, con dolor que no es intenso a nivel epigátrico, siendo el mismo blando depresible, sin contracturas, sin rebote, es decir, no había signos de irritación peritoneal o que indicasen que se estaba ante un abdomen quirúrgico en ese momento, las medidas de ingresar, observar para seguir su evolución y las pautas de tratamiento son las adecuadas, incluso aunque se estuviera en presencia de una alteración u obstrucción dada la reciente introducción de fibra en la dieta.

20.- En los pacientes con cirugía bariátrica pueden ser frecuentes las molestias digestivas transitorias o alteraciones funcionales del nuevo patrón digestivo, es su caso se había recogido la introducción reciente de alimentos ricos en fibra, por tanto, su ingreso tras ser valorada por Cirugía, y las pautas de tratamiento con reposo gástrico, mantenimiento hidroelectrólico y sintomático, fueron las adecuadas en ese momento de su evolución, donde la paciente se mantenía estable, sin datos de peritonismo ni alteraciones analíticas que indicasen la procedencia de realizar en ese momento un estudio de TAC, que como cualquier otro estudio se realizaría en el momento que la clínica lo orientara.

21.- Durante la noche es atendida por el Médico de guardia por exacerbación del dolor a las 23:54 y a las 6:43 horas, aplicándose el tratamiento correspondiente. Tras esta segunda llamada, se advierte empeoramiento de la paciente con aumento del dolor, hipotensión y mala perfusión periférica, por lo que se avisa al cirujano, siendo las 07:01 horas de Canarias, momento en que el cirujano indica de inmediato y la misma comunicación la realización de un TAC, ingreso en la UCI, y preparación del quirófano para una revisión quirúrgica (laparotomia exploratoria), que estimaba como posible aunque los resultados del TAC fueron negativos, ante la sospecha de complicación postquirúrgica, conducta que es adecuada y proporcional con la clínica actual.

22.- En TAC abdominal realizado sobre las 8:00 horas, orienta hacia una probable perforación de víscera hueca, dado la presencia de neumoperitoneo. En UCI recibe tratamiento hemodinámico y sistémico con el fin de su optimización ante la intervención

pero entra en descompensación rápida a pesar de las medidas asistenciales y en corto período preoperatorio entra en shock refractario que aconseja la inmediata intervención. Dichas actuaciones tanto diagnósticas como terapéuticas son proporcionales y adecuadas al momento evolutivo de la paciente.

23.- Se le realiza cirugía urgente (11:00 h), mediante laparatomía, describiéndose oclusión intestinal por brida intestino-mesentérica con anclaje a asa biliopancreática y asa común a cm de la anastomosis y a mesenterio yeyunal que hace anillo de constricción sobre el asa común perforándola. Eso es, una hernia interna en yeyuno proximal cuyo anillo estaba constituido por una brida adherencial, que por tracción perforó el intestino causando una peritonitis de instauración rápida y shock, cuadro de extrema gravedad que resultó fatal a pesar de la cirugía y de todas las actuaciones realizadas de forma adecuada al momento evolutivo y contexto clínico de la paciente.

24.- Las complicaciones tardías como bridas adherenciales o hernias internas, suelen cursar con sintomatología poco específica inicialmente, incluso las mismas pueden existir sin clínica alguna durante largos períodos de tiempo. La paciente inicialmente tenía una clínica poco definida con dolor abdominal intermitente, sin evidencia de peritonismo, siendo la exploración abdominal con presencia de ruidos intestinales normales, sin rigidez, ni contractura, ni defensa de la pared abdominal, sin dolor a la descompresión abdominal o signo de rebote. Tampoco había ninguna alteración analítica orientadora de infección. Es decir, no había evidencia de un abdomen agudo o que requiriera cirugía inmediata.

25.- La decisión de realizar otras pruebas más agresivas dado los riesgos que implica, como puede ser un TAC con contraste (riesgo de daño renal, reacciones alérgicas graves, exposición alta a radiaciones ionizantes), se fundamentan en la aparición de signos clínicos o análisis que sugieran la presencia de complicación. En el caso de esta paciente, que se encontraba estable, tanto la observación como el tratamiento inicial se considera correcta según la práctica clínica habitual.

26.- Se conoce que, una vez la paciente presentó empeoramiento sintomático, se actuó con rapidez solicitando la realización de TAC y trasladándola a la UCI, en el TAC con contraste no se apreció hernia interna, ni tampoco brida adherencial, (ello como se ha dicho no se ve en los estudios de imagen), lo que se apreció fue una probable perforación, es decir, ni tan siquiera era una certeza si no se ponía en el contexto clínico de la paciente, por tanto, el TAC se hizo en el momento adecuado, cuando existieron datos objetivos de empeoramiento, por lo que los intervalos para su indicación y realización son adecuados.

27.- La instauración rápida de shock, perforación intestinal y un cuadro séptico que no respondió a los tratamientos médicos y quirúrgicos llevó a un desenlace desfavorable, a pesar de la atención adecuada de los profesionales. La posibilidad de hacer un diagnóstico más temprano era limitada tanto desde el punto de vista clínico como radiológico, ya que

incluso el estudio TAC no logró demostrar de manera concluyente la complicación antes de la cirugía de urgencia.

28.- Concluimos que, la información ofrecida al paciente previo a la cirugía bariátrica fue en varias ocasiones y con el contenido adecuado, además, con tiempo más que suficiente para aclarar cualquier duda, todo ello conforme a las normas y protocolos vigentes.

29.- El seguimiento postoperatorio fue el adecuado, realizando controles periódicos clínico-analíticos en los que no hubo evidencia de alteraciones ni de complicaciones que hicieran necesario la realización de otros estudios, que, además, no eran útiles y en cambio exponían a la paciente a otros riesgos que no se justificaban.

30.- La atención ofrecida en el episodio agudo fue proporcional y acorde con las recomendaciones y la práctica clínica habitual.

31.- Su observación y tratamiento inicial y la posterior actuación urgente ante su empeoramiento clínico en el que se actúa con rapidez tanto en la solicitud de estudio de imagen TAC, así como en su tratamiento en UCI, y su preparación quirúrgica son las adecuadas.

32.- El momento de la realización del TAC no puede considerarse un elemento relevante ni causal en el desenlace fatal, en virtud de tratarse de un cuadro de evolución súbita y acelerada, de alta complejidad diagnóstica en el ámbito clínico, en el cual la respuesta asistencial se efectuó de manera diligente y conforme a la aparición de signos objetivos de alarma.

33.- Tanto en su seguimiento tras la cirugía bariátrica como en su tratamiento y seguimiento médico-quirúrgico durante el episodio agudo previo al exitus, las actuaciones profesionales se realizaron ajustadas en todo momento a la lex artis ad hoc, no pudiéndose atribuir el resultado final a una mala praxis».

6. Así mismo, en el informe del especialista en la materia referido se manifestó lo siguiente:

«1. SEGUIMIENTO POSTQUIRÚRGICO

Tras la intervención de cirugía bariátrica (bypass gástrico), la paciente fue valorada sucesivamente en consulta de especialidad en los primeros controles postoperatorios:

◦ Al primer mes (marzo 2015), segundo mes (abril 2015) y cuarto mes (junio 2015): Se constatan controles clínicos y analíticos satisfactorios, sin referir la paciente clínica digestiva relevante asociada y presentando la habitual pérdida ponderal espera-da tras la cirugía.

◦ No consta que, durante estos controles, ni en el periodo intermedio, se detectasen signos o síntomas que indicasen una complicación postoperatoria precoz o tardía, ni se recogieron hallazgos analíticos fuera de rango que hicieran sospechar alteración nutricional, infecciosa o de otra índole.

2. EPISODIO AGUDO EN (...)

La paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Rambla tras 24 horas de inicio de síntomas digestivos, consistentes en molestias abdominales vagas y sin signos claros de oclusión al inicio. Es valorada en primera instancia por el equipo médico, realizándose analítica general donde no se objetivan alteraciones relevantes que indiquen urgencia quirúrgica inmediata.

Se decide el ingreso hospitalario para observación, reposo digestivo y reposición hidroelectrolítica el día 26 de junio de 2015 en torno a las 17:00h, una vez valorada la paciente en Urgencias. Estas medidas se consideran ajustadas al diagnóstico diferencial inicial, dado que en pacientes portadores de cirugía bariátrica pueden ser frecuentes molestias digestivas transitorias o leves alteraciones funcionales del nuevo patrón digestivo, especialmente tras la introducción reciente de alimentos ricos en fibra.

Durante la noche y la madrugada del 27 de junio, ante la persistencia y posterior empeoramiento clínico, se consulta de nuevo al cirujano responsable alrededor de las 07:00h, quien valora la situación y, ante el cambio evolutivo, indica de forma urgente la realización de un TAC abdominal y el traslado inmediato a la unidad de cuidados intensivos, ante la sospecha de complicación quirúrgica grave. En ese momento, la paciente progresa rápidamente a un cuadro de shock refractario. Finalmente, durante la cirugía urgente realizada en la mañana del 27 de junio, se objetiva la presencia de hernia interna con perforación yeyunal y peritonitis de instauración rápida, situación de extrema grave-dad que resultó fatal a pesar de las actuaciones llevadas a cabo

3. ANÁLISIS DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO Y DECISIÓN

Las complicaciones tardías de la cirugía bariátrica, como la formación de bridas o hernias internas, pueden cursar de forma poco específica inicialmente, lo cual dificulta el diagnóstico precoz. La presencia de dolor abdominal intermitente, sin evidencia clara de peritonismo ni alteraciones analíticas orientadoras hasta el momento del empeoramiento agudo, es común en estos procesos.

La decisión de realizar pruebas de imagen más agresivas (TAC con contraste) se basa en la aparición de signos clínicos o análisis sugestivos de complicación. En este caso, mientras hubo estabilidad clínica, la observación médica inicial se considera correcta según la práctica clínica habitual.

En el momento en que aparece el agravamiento sintomático, se actuó con celeridad solicitándose el TAC y trasladando a la paciente a UCI. El TAC realizado en el punto álgido del cuadro no consiguió objetivar la hernia interna, diagnóstico que es de difícil visualización aun en estudios radiológicos realizados en contexto agudo y que fue ratificado después por reevaluación independiente.

4. INFLUENCIA DE LA TEMPORALIZACIÓN EN LA REALIZACIÓN DEL TAC EN EL PRONÓSTICO

El cuadro clínico se presentó con síntomas intermitentes y evolución rápida a la gravedad, con instauración de shock en cuestión de horas desde el diagnóstico evidente de perforación. El intervalo entre la indicación clínica, el momento del agravamiento y la realización del TAC fue el adecuado, ya que se articuló cuando existieron datos objetivos de empeoramiento.

La aparición fulminante de shock, perforación y cuadro séptico refractario a las maniobras terapéuticas implica un desenlace desfavorable pese a la actuación diligente de los profesionales. La posibilidad de un diagnóstico más precoz es limitada desde el punto de vista clínico y radiológico, ya que el TAC en sí tampoco permitió en este caso la identificación concluyente de la complicación previa a la cirugía de urgencia.

5. CONCLUSIÓN

El seguimiento postoperatorio realizado a la paciente fue adecuado, con controles periódicos y sin evidencia de complicaciones iniciales.

La atención ofrecida en el episodio agudo fue acorde con las recomendaciones y la práctica clínica habitual.

La observación médica inicial y la posterior actuación urgente ante el empeoramiento clínico se consideran correctas, actuándose con celeridad en la solicitud de pruebas de imagen y la preparación quirúrgica.

La demora en la realización del TAC no fue relevante ni determinante en el fatal desenlace, al tratarse de un cuadro de evolución sumamente rápida, de diagnóstico clínico complejo y en el que la actuación médica fue diligente en cuanto existieron datos objetivos de alarma.

No se identifican deficiencias relativas al tratamiento y seguimiento médico-quirúrgico prestados tras la cirugía bariátrica ni durante el episodio agudo previo al éxitus».

7. En este caso, teniendo en cuenta todos los informes obrantes, especialmente, el pormenorizado informe del especialista en la materia no actuante en los hechos, se ha de concluir manifestando que se ha acreditado suficientemente que el SCS puso a disposición de la paciente todos los medios materiales y personales de los que dispone, efectuándose las adecuadas actuaciones médicas, incluidas las diagnósticas, sin retraso alguno, pues se ha de tener en cuenta a la hora de valorar los hechos que la evolución posoperatoria inicial de la paciente fue buena y que cuando acudió a urgencias solo presentaba síntomas digestivos leves e inespecíficos que no eran propios de una patología como la que posteriormente desarrolló, no estando indicada otra actuación médica distinta a la que se le dispensó de acuerdo con la Ciencia Médica, actuación consistente en una exploración física, analítica e ingreso

hospitalario para tenerla en observación, pese a que no mostraba signos de gravedad en el momento inicial, como ya se dijo.

A mayor abundamiento, los interesados no han logrado desvirtuar lo manifestado no solo en el informe del Servicio, sino lo expuesto en el informe del SIP y en el informe del especialista en la materia distinto de los actuantes, es decir, no han demostrado que de acuerdo con los síntomas que presentaba la afectada en el momento de ingresar en el referido Centro hospitalario hubiera sido necesaria y adecuada una actuación distinta a la que se efectuó por el personal sanitario.

8. Por último, procede señalar que este Consejo Consultivo, en casos como el que aquí nos ocupa, como se hace en el ya referido Dictamen 184/2025, cuando por parte de los interesados se aducen errores de diagnósticos o diagnósticos tardíos, ha mantenido de forma reiterada y constante la doctrina de la «prohibición de regreso», manifestando que:

«Este Consejo Consultivo, en asuntos similares, ha señalado, como se hace en los DDCC 374/2015 y 85/2016, entre otros, siguiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo, que en relación con la `prohibición de regreso´ a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial, que sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad, o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)"», doctrina que también resulta ser plenamente aplicable a este asunto.

9. En virtud de lo ya expuesto, se ha manifestar que no se ha probado la concurrencia de relación de causalidad entre la prestación del servicio sanitario y los daños reclamados por los interesados, procediendo la desestimación de su reclamación.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, de acuerdo con los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.