Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 11 de marzo de 2026.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 22/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

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

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva pues, pues el interesado reclama en concepto de indemnización 437.675,12 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Es competente para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

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

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

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

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

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo el afectado la condición de interesado al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

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

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó su reclamación el día 5 de diciembre de 2022, finalizando el proceso médico por el que reclama con la amputación de su miembro inferior derecho, efectuada el día 8 de junio de 2022.

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

II

1. En relación con los antecedentes de hecho, el interesado en su reclamación alega lo siguiente:

1.1. El día 4 de octubre de 2021 acudió a su Centro de Salud, previa hospitalización en un Centro hospitalario privado por una posible trombosis venosa en su pierna derecha, pues le dolía dicha pierna, diagnosticándosele un probable pseudoaneurisma de la arteria poplítea izquierda.

El día 6 de octubre de ese año, tras la realización de un TAC se le confirmó el diagnostico anterior. El día 14 de octubre se solicitó valoración al Servicio de Cirugía Vascular del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI) y el día 27 de octubre se le notificó el alta en la lista de espera quirúrgica.

1.2. El interesado alega a que pese a que se solicitó la actuación de dicho Servicio de forma urgente o preferente (en la documentación aportada por el interesado consta que la solicitud de cita era preferente, página 4 del expediente), hasta el día 6 de abril de 2022 no se le intervino quirúrgicamente, colocándole un stent poplíteo. El interesado recibió el alta hospitalaria el día 8 de abril de 2022.

1.3. El día 5 de mayo de 2022, tras presentar nuevamente dolor el interesado acudió al CHUIMI, presentando un cuadro agudo de oclusión del referido stent, razón por la que se le ingresó y el día 12 de mayo se le efectuó quirúrgicamente la recanalización del stent y el día 19 de mayo se le dio el alta, pero esa misma noche volvió a padecer un fuerte dolor en su pierna, acudiendo nuevamente al CHUIMI, donde se le practicó de forma urgente un bypass fémoro poplíteo, que tuvo muy mala evolución y que finalizó con la amputación de su pierna derecha el día 8 de junio y se le dio el alta hospitalaria el 13 de junio de dicho año.

1.4. El interesado reclama porque considera que el SCS no actuó, desde un principio, con la necesaria rapidez e inmediatez en el tratamiento de su patología inicial, razón única por la que tuvo tan mala evolución.

2. Con la finalidad de completar adecuadamente los antecedentes de hecho expuesto, es preciso tener en cuenta el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, emitido el día 11 de septiembre de 2025, en el que se señala al respecto que:

«1.- Con fecha 6 de octubre de 2021, en el centro privado (...), y en el contexto de dolor crónico en extremidad inferior izquierda, el paciente se realizó una tomografía computarizada (TC) de extremidades inferiores. El estudio informó la presencia de "aneurisma poplíteo derecho, oclusión focal 1/3 distal de AFS izquierda con recanalización a través de colaterales hipertróficas de arteria femoral profunda".

2.- Con fecha 14 de octubre de 2021, a las 08:45 horas, el paciente (...), de 60 años acude con los resultados de la TC realizada previamente a su Centro de Salud, Sardina del Sur. De donde es remitido al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI), mediante interconsulta con carácter preferente.

3.- Tan solo nueve días después de haber realizado la interconsulta, con fecha 25 de octubre de 2021, a las 10:29 horas, el paciente fue valorado en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI), en consultas externas, por presentar dolor en rodilla derecha.

En la exploración se describieron pulsos presentes en ambos miembros inferiores y ectasia poplítea. El paciente aportó informe de angio-TAC realizado en (...), donde se informaba de "aneurisma de arteria poplítea de 25 x 23 mm con trombosis parcial parietal".

En el juicio clínico se consignó "aneurisma de arteria poplítea derecha de 25 mm", decidiéndose su presentación en sesión clínica para valoración de cirugía. Se indicó tratamiento médico con ácido acetilsalicílico (100 mg/día) que es un antiagregante plaquetario para evitar la trombosis y atorvastatina (40 mg/día) para estabilizar cualquier placa de ateroma.

4.- Con fecha 27 de octubre de 2021, a las 10:33 horas, el paciente (...) fue presentado en sesión clínica del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI), donde se acordó su inclusión en la lista de espera quirúrgica para la exclusión del aneurisma poplíteo derecho mediante la implantación de endoprótesis vascular.

5.- Con fecha 28 de octubre de 2021, fue notificado de su alta en lista de espera quirúrgica en dicho centro hospitalario, quedando programado el procedimiento como "exclusión aneurisma poplíteo derecho, endoprótesis poplítea", con carácter no urgente.

6.- Con fecha 24 de marzo de 2022, a las 13:52 horas, consta en el Servicio Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI). En el registro clínico se consignó que "el paciente no ingresa por falta de cama para cirugía programada en el día de mañana".

7.- Con fecha 6 de abril de 2022, a las 12:51 horas, el paciente (...) ingresó en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI) para la realización de la cirugía programada de exclusión del aneurisma poplíteo derecho. Se procedió a la firma del consentimiento informado para la intervención quirúrgica.

8.- Con fecha 7 de abril de 2022, a las 09:54 horas, el paciente fue intervenido en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI), realizándose procedimiento de exclusión del aneurisma poplíteo derecho mediante técnica endovascular. La intervención se efectuó a través de abordaje femoral derecho por vía percutánea anterógrada, administrándose 5.000 UI de heparina sódica sistémica y profilaxis antibiótica con clindamicina.

Durante el acto quirúrgico se objetivó aneurisma de arteria poplítea derecha, procediéndose al implante de un stent Covera Plus de 6 x 100 mm desde el tercer hasta el

segundo segmento de la arteria poplítea, solapado con un stent Covera de 7 x 100 mm hasta la arteria femoral superficial. No se colocaron drenajes, efectuándose el cierre por compresión.

9.- Con fecha 8 de abril de 2022, (...) fue valorado por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del CHUIMI, constatándose buena evolución clínica tras la implantación de dos stents en la arteria poplítea derecha al confirmar el pulso pedio. Se retiró el vendaje compresivo, comenzó la deambulación sin complicaciones y, al encontrarse estable y asintomático, se decidió el alta hospitalaria a domicilio en esa misma fecha dejando medicación antitrombótica con control por consultas de Angiología y Cirugía vascular para dentro de un mes.

10.- Antes de transcurrir el tiempo previsto para la revisión hospitalaria, el paciente acudió a consulta de Angiología y Cirugía Vascular en un centro privado. En una primera valoración con ecografía Doppler se constató la permeabilidad de los stents poplíteos y la presencia de pulsos distales. Sin embargo, de forma aguda, el 5 de mayo de 2022 presentó claudicación intermitente con apariencia isquémica de la extremidad. En la exploración clínica se objetivó "ausencia de pulsos distales, ausencia de pulso poplíteo, con pulso femoral presente y pie isquémico". La ecografía Doppler mostró "ausencia de flujo en stent poplíteo".

El informe diagnóstico recogió "trombosis aguda de stent poplíteo en miembro inferior derecho", recomendándose la remisión inmediata a urgencias del Hospital Insular para valoración por Cirugía Vascular, al tratarse de un cuadro agudo de oclusión de stent recientemente implantado.

11.- El mismo 5 de mayo de 2022, a las 10:44 horas el paciente (...) acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria en donde fue valorado nuevamente a pocas semanas de la colocación de stents en la arteria poplítea y ante la sospecha de complicación trombótica, se decidió su ingreso hospitalario.

Posteriormente a las 11:45 horas fue valorado por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, quienes, dada la situación clínica y el riesgo de isquemia aguda, indicaron su ingreso a cargo de dicho servicio con carácter urgente, con el objetivo de realizar pruebas diagnósticas necesarias según protocolo; incluyendo angio-TAC, ecografía Doppler y valoración preanestésica tal y como se suele hacer en estos casos.

12.- Con fecha 9 de mayo de 2022, en el contexto de su ingreso hospitalario, el paciente fue sometido a una tomografía computarizada (TC) de aorta y miembros inferiores. El estudio informó como hallazgo principal la afectación vascular en el miembro inferior derecho, describiendo: "Oclusión completa de la prótesis de exclusión del aneurisma poplíteo observando fuga de contraste en el lateral derecho de la prótesis, con repermeabilización distal justo antes de la bifurcación observándose defecto de repleción de la arteria tibial

anterior que se repermeabiliza más distalmente a nivel de su tercio medio. Trayecto filiforme de la arteria tibial posterior derecha que se afila progresivamente hasta que desaparece a nivel de su tercio medio. Arteria peronea permeable siendo la dominante. Oclusión de la arteria plantar. Arteria pedia permeable".

De forma incidental, el mismo estudio describió un engrosamiento mural irregular de un segmento de colon de 30 mm a unos 13 cm del margen anal, condicionando estenosis no oclusiva, hallazgos considerados compatibles con proceso neoplásico, por lo que se recomendó la realización de estudio endoscópico complementario.

13.- Con fecha 11 de mayo de 2022, el paciente firmó el consentimiento informado de la intervención quirúrgica, se aprobó el preoperatorio por el Servicio de Anestesiología y se solicitaron 2 unidades de sangre.

14.- Con fecha 12 de mayo de 2022, a las 09:47 horas, ingresó en quirófano para la realización de trombectomía endoluminal y recolocación de stents femoropoplíteos derechos, bajo anestesia epidural. El procedimiento se efectuó sin incidencias inmediatas, lográndose permeabilización del vaso tratado.

En el postoperatorio inmediato, el paciente evolucionó favorablemente, encontrándose hemodinámicamente y con adecuada perfusión del miembro inferior derecho, constatándose "pulso poplíteo presente, aunque sin pulso distal, con pie bien perfundido". Se mantuvo anticoagulación con heparina en perfusión continua.

15.- Finalmente, el 14 de mayo de 2022 se confirmó la buena evolución clínica, con el miembro inferior bien perfundido, manteniéndose el tratamiento con heparina hasta completar la interconsulta con el Servicio de Digestivo para la valoración del hallazgo incidental de posible neoplasia rectal detectada en el TC previo.

16.- Con fecha 16 de mayo de 2022, el paciente fue valorado en el Servicio de Digestivo del CHUIMI para la realización de la colonoscopia a raíz del hallazgo incidental en la TC.

En ese mismo contexto, y con el fin de poder realizar el procedimiento endoscópico con seguridad, se decidió suspender la perfusión continua de heparina intravenosa, manteniendo no obstante profilaxis con enoxaparina 40 mg cada 24 horas, de acuerdo con el protocolo asistencial establecido para reducir el riesgo de sangrado en caso de necesidad de biopsia.

Asimismo, desde el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular se dejó constancia de que el paciente se encontraba asintomático, con pulso pedio y en condiciones de alta por dicho servicio, quedando pendiente de la realización de la colonoscopia programada para el día siguiente.

17.- Con fecha 18 de mayo de 2022, se realizó la colonoscopia diagnóstica, describiéndose: "Diverticulosis colónica. Hemorroides internas. Resto de la mucosa del colon sin observar lesiones en la morfología ni alteraciones relevantes". No se identificaron signos

de neoplasia. Por lo que se indicó la reanudación del tratamiento anticoagulante y antiagregante, manteniéndose el plan de alta hospitalaria con anticoagulación oral pautada.

18.- Con fecha 19 de mayo de 2022, el paciente (...) fue dado de alta del CHUIMI inicialmente tras evolución favorable de la revascularización realizada días previos. Sin embargo, ese mismo día, tras recibir el alta, el paciente reingresó de forma urgente en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del CHUIMI por cuadro clínico de isquemia aguda secundaria a trombosis del stent poplíteo. Según consta en la evolución médica:

"Paciente de 61 años con diagnóstico de aneurisma poplíteo derecho que habiendo sido alta esta mañana regresa con cuadro clínico de isquemia aguda por trombosis del stent poplíteo que lleva. Dada la situación clínica se indica revascularización urgente mediante bypass fémoro-poplíteo con vena safena in situ desvalvulada, previa retirada del stent que llevaba y ligadura del aneurisma proximal y distal".

19.- Desde su reingreso hospitalario el 19 de mayo de 2022, la evolución clínica del paciente (...) fue progresivamente desfavorable. Pese a la realización del bypass fémoro-poplíteo, los controles clínicos y ecográficos mostraban escaso flujo en el injerto, con relleno capilar enlentecido, frialdad distal y ausencia de pulsos en el miembro inferior derecho.

Durante su estancia presentó dificultades para el control analgésico, pese a la farmacología el dolor persistía y el estado vascular distal empeoraba, con signos de isquemia progresiva y alto riesgo de amputación.

20.- En fecha 31 de mayo de 2022, en vista del mal pronóstico funcional del miembro afecto, se informó al paciente y a sus familiares de la gravedad de la situación y de la necesidad de plantear una amputación infracondílea como tratamiento quirúrgico inevitable ante la falta de respuesta a las medidas conservadoras.

21.- Posteriormente, con fecha 4 de junio de 2022, el paciente suscribió el consentimiento informado para la práctica de la amputación infracondílea del miembro inferior derecho, quedando programada la intervención en los días siguientes.

22.- Con fecha 8 de junio de 2022, el paciente (...) fue sometido a una amputación infracondílea del miembro inferior derecho en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI). La intervención se realizó bajo anestesia raquídea. El procedimiento transcurrió sin incidencias intraoperatorias, con adecuada hemostasia y conformación del muñón.

23.- Con fecha 9 de junio de 2022, en su primer día de postoperatorio el paciente evolucionó favorablemente. Como parte del abordaje integral, se solicitó para apoyo en el proceso de adaptación a la nueva situación clínica interconsulta con el Servicio de Psicología

24.- Con fecha 13 de junio de 2022, (...) fue dado de alta hospitalaria por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del CHUIMI. Se dejó tratamiento médico, recomendaciones de

asistencia a la sala de curas del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, así como mantener hábitos higiénico-dietéticos adecuados, vigilar signos o síntomas de infección y seguir las indicaciones médicas establecidas.

25.- Con fecha 22 de junio de 2022, a las 11:51 horas, el paciente fue valorado en consulta externa del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del CHUIMI. En la exploración se constató muñón de amputación con buen aspecto en su cara medial, observándose en la cara externa un área de tejido aún tierno sin cicatrización completa. Se mantuvo tratamiento médico con Adiro ® y estatina, recomendándose continuar con los cuidados locales y control evolutivo posterior en consultas externas.

26.- Con fecha 18 de julio de 2022, el paciente acudió a la primera visita en el Servicio de Rehabilitación tras la amputación. Durante la valoración, refirió buena adaptación familiar, ánimo conservado, y dolor neuropático en tratamiento. Se objetivó un buen estado general, extremidades conservadas y muñón transtibial bien almohadillado, con movilidad y fuerza conservadas, aunque con presencia de una úlcera distal cubierta con apósito de coloide. Se pautó un plan terapéutico-rehabilitador consistía en: vendaje del muñón y técnicas de desensibilización.

27.- Durante el mes de julio de 2022, el paciente acudió de forma seriada a las consultas de enfermería para la realización de curas del muñón de amputación infracondílea derecha. El 4 de julio se constató buen aspecto de la herida quirúrgica, practicándose cura seca.

El 25 de julio la herida se encontraba en fase final de cicatrización, con mínima lesión externa en proceso reparativo. Finalmente, el 8 de agosto de 2022 se confirmó la cicatrización completa del muñón, encontrándose en condiciones óptimas para continuar con el programa de rehabilitación.

28.- Con fecha 22 de agosto de 2022, el paciente acudió a consulta externa del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Hospitalario Universitario Insular. En la revisión se constató que el muñón se encontraba cerrado y en proceso de conformación, continuando asimismo en programa de rehabilitación. Se estableció control evolutivo en consultas externas en el plazo de seis meses».

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 5 de diciembre de 2022, como ya se dijo.

El día 9 de enero de 2023 se dictó la Resolución n.º 35/2023 de la Dirección del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación presentada por la representante del interesado.

2. En cuanto a los informes obrantes en el expediente, se emitió el informe del SIP, ya referido y el informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del CHUIMI.

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, proponiéndose la práctica de prueba testifical, que se practicó correctamente en un momento posterior.

Después, se le otorgó el trámite de vista y audiencia al interesado, formulando alegaciones.

4. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución, emitida el día 26 de enero de 2026.

En dicha Propuesta de Resolución se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental que *«A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias. en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico».*

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

Así, se concluye en la Propuesta de Resolución, con base en los informes obrantes en el expediente, manifestando que:

«A la vista de lo anteriormente expuesto, podemos concluir que el reclamante fue atendido adecuadamente y que se emplearon todos los medios diagnósticos, actuando en tiempo y forma para resolver las complicaciones derivadas de su enfermedad arterial, en unos casos de forma programada y en otros de forma urgente cuando sufrió la complicación aguda de trombosis de los stents, sin que a pesar de ello pudiera evitarse el resultado final, fruto de la evolución de su enfermedad, sin que por parte del interesado se haya aportado ninguna prueba objetiva que permita concluir lo contrario».

2. En el Dictamen de este Consejo Consultivo 26/2026, de 26 de enero, entre otros muchos, se ha manifestado con carácter general acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, 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 con relación a una persona o grupo de personas.

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

– Ausencia de fuerza mayor.

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

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».*

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.

3. A la hora de abordar la cuestión de fondo, que no es otra que la correspondiente a determinar si en este caso ha habido mala praxis o no, la cual se concreta a juicio del interesado en un retraso en la atención médica, especialmente en relación con la primera intervención quirúrgica a la que se le sometió, resultan de especial interés los dos únicos informe médicos incorporados al expediente, que son el informe del SIP y el informe del Servicio, siendo ambos dos informes extensos en los que se trata la referida cuestión de manera exhaustiva y pormenorizada.

4. Así, en el informe del SIP se señala que:

«1.- El diagnóstico inicial de aneurisma poplíteo derecho con oclusión parcial de la arteria femoral superficial izquierda y recanalización colateral, se obtuvo mediante tomografía computarizada (TC) realizada el 6 de octubre de 2021. Tras este resultado, el paciente acudió a su médico de Atención Primaria, desde donde se emitió interconsulta con carácter preferente al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) el 14 de octubre de 2021.

El paciente fue valorado en consultas externas de dicho servicio el 25 de octubre de 2021, habiendo transcurrido únicamente 11 días desde la solicitud.

2.- En esa misma línea, el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular procedió a captar al paciente de forma inmediata, acordando en sesión clínica su inclusión en lista de espera quirúrgica, con prioridad no urgente, lo que quedó formalizado en fecha 28 de octubre de 2021.

3.- La inclusión del paciente en lista de espera quirúrgica con prioridad no urgente se fundamenta en que el aneurisma poplíteo diagnosticado se encontraba vascularizado y con pulsos presentes en todos los niveles, sin criterios clínicos de isquemia arterial aguda. Según la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV), la cirugía urgente de aneurismas poplíteos está indicada exclusivamente en los casos en que existe trombosis aguda con ausencia de pulsos, dolor intenso en reposo, frialdad distal, déficit sensitivo-motor y signos evidentes de isquemia crítica, o bien en presencia de complicaciones como la embolización distal masiva o la rotura del aneurisma.

En el caso que nos ocupa, el paciente mantenía pulsos y no presentaba clínica de isquemia aguda, de modo que no reunía ninguno de los criterios que hubiesen justificado una cirugía urgente. Ello avala que la intervención se programara conforme a los protocolos clínicos vigentes y a la evidencia científica disponible.

4.- La intervención programada para el paciente consistió en la exclusión de aneurisma poplíteo derecho mediante endoprótesis vascular, procedimiento considerado en la literatura científica y por la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) como tratamiento de referencia para aneurismas poplíteos seleccionados.

5.- La primera citación para el procedimiento programado fue el 24 de marzo de 2022, habiendo transcurrido 147 días desde el alta en la lista de espera quirúrgica (28/10/2021) no pudiendo realizarse en esa fecha por falta de cama en el hospital, causa organizativa justificada. Dentro del plazo máximo garantizado establecido en Canarias para cirugía vascular periférica (Orden de 26 de diciembre de 2006, BOC nº 252). Finalmente, la cirugía efectiva se llevó a cabo el 7 de abril de 2022, es decir, 14 días desde el primer llamado.

6.- Es importante destacar que durante este periodo el paciente permaneció bajo seguimiento especializado y recibió tratamiento médico adecuado. Desde la primera valoración en consultas externas se instauró terapia antiagregante con ácido acetilsalicílico y tratamiento hipolipemiante con atorvastatina (40 mg/día), medidas recomendadas por las guías clínicas para reducir el riesgo trombótico y controlar la progresión de la enfermedad arterialperiférica.

En consecuencia, el paciente no permaneció desatendido en ningún momento, sino que recibió atención médica continuada y tratamiento profiláctico.

7.- Para la primera intervención quirúrgica, el paciente suscribió el consentimiento informado el día 06/04/2022. En dicho consentimiento se utilizó el modelo correspondiente al bypass fémoro-poplíteo de 1.ª porción, puesto que no existe un documento específico

avalado por la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular para el abordaje endovascular de los aneurismas poplíteos, y este protocolo abarca tanto la opción endovascular como la abierta, tal y como deja constancia en su informe especializado el Dr. (...) jefe del Servicio de Cirugía Vascular.

8.- Desde el punto de vista clínico y asistencial, debe subrayarse que el paciente presentaba ya un riesgo vascular significativo en relación con el aneurisma poplíteo y la posibilidad de isquemia crítica de la extremidad. La intervención quirúrgica indicada tuvo como finalidad redirigir el flujo sanguíneo hacia el miembro afecto con el objetivo de frenar la progresión del cuadro isquémico y evitar, en la medida de lo posible, la necesidad de una amputación mayor. Conviene resaltar que dicho riesgo de isquemia formaba parte de la evolución natural de la enfermedad de base, y no derivaba de un retraso asistencial. En este contexto, la cirugía se constituyó en el procedimiento de elección para intentar preservar la función de la extremidad, sin que pudiera eliminarse de manera absoluta la posibilidad de fracaso terapéutico inherente a la propia patología vascular.

Por otro lado, el riesgo de amputación en aneurisma poplíteo con trombosis/embolización no se reduce a cero con la reparación

9.- Aun situando la reparación endovascular en una fecha anterior, el paciente presentaba una indicación electiva (sin criterios de urgencia) y un riesgo basal de trombosis no anulable por la mera anticipación temporal del procedimiento. La literatura muestra oclusiones y reintervenciones incluso con reparación temprana y técnicamente correcta.

10.- Consta evidencia documental de que el paciente fue informado de manera suficiente sobre el riesgo de trombosis precoz y el posible fracaso de la intervención, tratándose de una complicación ampliamente reconocida en la literatura científica, incluso en casos correctamente indicados y con una técnica quirúrgica adecuada.

Estudios nacionales ((...) y col. Estudio retrospectivo de 24 casos), han documentado que hasta un tercio de los casos pueden presentar oclusiones en el primer año tras la intervención, con una permeabilidad primaria a los 4 años en torno al 66 % y permeabilidad secundaria del 72 %. Asimismo, trabajos internacionales recientes (Frontiers in Cardiovascular Medicine, 2023) describen la aparición de trombosis mural en el 72 % de los pacientes tratados con endoprótesis.

11.- El paciente fue dado de alta hospitalaria el día 8 de abril de 2022 tras la primera intervención endovascular, constatándose en la exploración la presencia de pulsos pedios presentes, lo que evidenciaba el éxito inmediato del procedimiento y una adecuada perfusión distal en ese momento. Sin embargo, semanas más tarde, concretamente el 5 de mayo de 2022, el paciente acudió nuevamente a urgencias por sospecha de trombosis del stent recientemente implantado, siendo captado e ingresado de forma urgente por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular para tratamiento especializado.

12.- Durante el reingreso hospitalario se realizó una tomografía computarizada (TC) con fecha 9 de mayo de 2022, cuyo informe concluyó: "Oclusión completa de la prótesis de exclusión del aneurisma poplíteo observando fuga de contraste en el lateral derecho de la prótesis, con repermeabilización distal justo antes de la bifurcación observándose defecto de repleción de la arteria tibial anterior que se repermeabiliza más distalmente a nivel de su tercio medio. (...) ", lo que confirmó la sospecha clínica de trombosis del stent previamente implantado.

De forma incidental, el mismo estudio radiológico describió un hallazgo compatible con patología digestiva: "Engrosamiento mural irregular de un segmento de colon de 30 mm a unos 13 cm del margen anal, condicionando estenosis no oclusiva, hallazgos considerados compatibles con proceso neoplásico". Por lo que se solicitó por parte del Servicio de Digestivo una colonoscopia.

13.- Ante la oclusión completa de la prótesis femoropoplítea se realizó trombectomía endoluminal con recolocación de stents el 12 de mayo de 2022, firmándose el consentimiento informado el día 11 de mayo de 2022. Confirmándose éxito inmediato con pulso pedio al alta el 17 de mayo. En paralelo, la colonoscopia diagnóstica del 18 de mayo descartó lesiones neoplásicas.

14.- Dada la necesidad de colonoscopia por hallazgo incidental digestivo, se suspendió temporalmente (48h) la anticoagulación sistémica y la antiagregación, manteniéndose profilaxis con heparina de bajo peso molecular según protocolos establecidos. Actuación estándar equilibrada riesgo/beneficio, para procedimiento invasivo con riesgo de sangrado. Lo que creemos que no influyó de forma determinante en la evolución posterior de la enfermedad vascular del paciente.

15.- El alta hospitalaria tras la colonoscopia se produjo el 19 de mayo de 2022, con el paciente estable y con adecuada perfusión del miembro inferior derecho. Sin embargo, el mismo día reingresó de urgencia por un nuevo episodio de isquemia aguda. Posteriormente la evolución fue tórpida, con fracaso progresivo de la perfusión y dolor persistente, lo que obligó finalmente a proponer la amputación de la extremidad, ajustada a la evolución natural de la enfermedad arterial en fase crítica.

16.- La amputación infracondílea del miembro inferior derecho se realizó el 8 de junio de 2022 bajo anestesia raquídea, sin incidencias intraoperatorias. La evolución postoperatoria fue favorable, con buen control del dolor y adecuada perfusión del muñón. El paciente fue atendido de forma multidisciplinar por los Servicios de Rehabilitación, Psicología y Enfermería, lo que permitió un abordaje integral. La cicatrización progresó de manera satisfactoria y fue dado de alta con seguimiento en consultas externas y plan rehabilitador ambulatorio, constatándose evolución positiva.

17.- Creemos que la causa fundamental de la pérdida de la extremidad fue la trombosis precoz de los stents implantados. Desde un punto de vista fisiopatológico esto puede explicarse a través de la tríada de Virchow:

• Estasis sanguínea, favorecida por alteraciones del flujo en el interior de la endoprótesis.

• Lesión endotelial, derivada tanto de la propia patología aneurismática como de la manipulación vascular durante la implantación.

• Hipercoagulabilidad, condicionada por factores de riesgo cardiovascular presentes en el paciente desde años previos.

Estos tres elementos confluyen en la formación de trombos dentro del dispositivo, incluso bajo tratamiento antiagregante y anticoagulante, lo que explica la recurrencia de la isquemia pese a las reintervenciones.

En consecuencia, el resultado puede atribuirse a la evolución natural de la enfermedad vascular y a una complicación inherente a la técnica endovascular, prevista en la literatura y recogida en el consentimiento informado.

Por todo lo anteriormente expuesto, se emite un informe desfavorable a la reclamación presentada, al entender que no existió retraso injustificado en la aplicación del tratamiento estándar indicado para la patología del paciente. La asistencia sanitaria prestada se ajustó a la práctica clínica habitual, con instauración temprana de tratamiento médico y programación de la cirugía acorde a los estándares nacionales e internacionales de la ciencia médica moderna».

5. Además, en el informe del Servicio actuante se señala sobre la cuestión que nos ocupa que:

«Respuesta al informe solicitado referente a las cuestiones planteadas por el reclamante (...) DNI (...).

"si se hubiera actuado con rapidez (preferencia), el resultado sería diferente, y el solicitante no hubiera sufrido amputación (...), que a pesar de constar con informes que avalaban la urgencia del caso, no fueron tenidos en cuenta (...) para ser atendido más rápidamente, dado que el dolor insoportable que padeció no fue considerado suficiente para ser tratado".

El paciente fue valorado por primera vez por parte del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del complejo hospitalario universitario Insular-Materno Infantil el 25/10/2021, aquejado de dolor en rodilla derecha y aportaba una tomografía axial computerizada realizada en la Clínica (…) con el diagnóstico de aneurisma de arteria poplitea derecha de 25x23 milímetros, permeable. Presentaba pulsos presentes a todos los niveles y fue incluido

en lista de espera preferente por una patología cuyo tratamiento es programable y no de forma urgente. Fue presentado en sesión clínica del Servicio de Cirugía Vascular el 27/10/2021. Con carácter urgente se operan los aneurismas de poplitea trombosados, en los que el paciente no presenta pulsos presentes y la extremidad se encuentra en situación de isquemia arterial aguda, caso que no es el que se describe.

El paciente completa sus pruebas preoperatorias y pasa apto de anestesia el 05/11/2021 . Se programa por primera vez para cirugía programada del aneurisma de poplitea derecha el 25/03/2022. El servicio de admisión nos comunica el día previo la suspensión de la intervención por falta de cama para ingreso.

Se vuelve a reprogramar para 07/04/2022 realizándose la intervención dentro del período (no superar los 6 meses de lista de espera) estimado para todas las intervenciones que se realizan de forma programada. Cursando con una evolución favorable y dado de alta sin complicaciones.

El 05/05/2022 acude por dolor al caminar, sin dolor de reposo quedando ingresado a nivel hospitalario y se procede a estudio del caso mediante pruebas de imagen (tomografía axial computerizada), que en estos casos es la forma correcta y que está dentro de los protocolos para el estudio de trombosis de endoprótesis poplíteas derecha. En este estudio se detecta en informe provisional del Servicio de Radiología, con fecha 11/05/2022 (ver nota clínica de Radiología en historia clínica electrónica)una sospecha de patología maligna a nivel del colon y no reflejado en informe definitivo del estudio con fecha 23/05/2022. Se interconsultó al servicio de Digestivo para estudio dirigido de posible neoplasia de colon. El día 12/05/2022 se reinterviene por parte de Cirugía Vascular, realizando trombectomía de los stents poplíteos y colocando nuevo stent poplíteo derecho con buen resultado final. Con fecha 18/05/2022 se realiza por parte de Digestivo, colonoscopia diagnóstica descartando neoplasia de colon. Para el estudio de la patología digestiva fue necesario suspender la anticoagulación y antiagregación plaquetaria que precisaba como tratamiento posterior a la reintervención vascular con objeto de evitar el sangrado de posibles biopsias digestivas. Es dado de alto seis días después de la cirugía y tras informe definitivo de la colonoscopia digestiva, con evolución satisfactoria y pulso pedio presente en la extremidad revascularizada. Tras menos de 24 horas del alta regresa a Urgencias por cuadro de isquemia arterial aguda de la pierna derecha por trombosis de stents poplíteos, siendo intervenido esa misma noche con carácter urgente realizando bypass femoro-popliteo. A pesar de la revascularización satisfactoria, la pierna evolucionó mal por enfermedad arterial distal con bypass funcionante, requiriendo amputación infracondílea derecha el día 08/06/2022. Posteriormente evolucionó de manera satisfactoria, ha sido seguido por el Servicio en sala de curas y consultas externas, derivado al servicio de Rehabilitación para implante de prótesis y evoluciona adecuadamente.

En todo momento se actuó en forma y tiempo para resolver las complicaciones de su enfermedad arterial, y además fue informado verbalmente y por escrito tanto al paciente como a familiares y reflejado en la historia clínica. Aun así, se realizaron todos los tratamientos posibles y de manera oportuna en tiempo para el salvamento de la extremidad. De manera programada cuando lo requirió y de manera urgente cuando sufrió la complicación aguda de trombosis de los stents. La enfermedad aneurismática periférica de origen aterotrombótico se trata de una enfermedad incurable, cuyo tratamiento es paliativo y muchas veces con complicaciones irreversibles para la extremidad o para la vida del enfermo.

El resultado de la extremidad no depende en este caso del tiempo que pasó en lista de espera quirúrgica puesto que el tratamiento inicial fue el mismo que se decidió en la sesión clínica del paciente, no creció el aneurisma de arteria poplitea en los casi 6 meses que estuvo en lista de espera (23x26mm en tomografía realizada el 09/05/2022) y se actuó en todo momento con la diligencia y premura por parte de los servicios médicos implicados para el salvamento de la extremidad y el descarte de la neoplasia digestiva».

6. Estos informes demuestran que el interesado acudió a la primera interconsulta con el Servicio actuante, que tenía carácter preferente, en un plazo de 11 días desde que se solicitó, y previamente se le había realizado un TAC con la finalidad de confirmar las sospechas iniciales de aneurisma en su pierna derecha.

Además, el interesado no presentaba, inicialmente, los síntomas necesarios para una cirugía de urgencia, pues no sufría de una trombosis aguda y sin pulsos en su pierna, los síntomas necesarios para ello, habiéndose probado y justificado la Administración que, cuando a lo largo de la evolución médica del interesado ello sí fue así, se actuó con toda celeridad.

Asimismo, durante la espera de 147 días para que efectuase la primera intervención estuvo bajo el seguimiento del Servicio, con la medicación adecuada y sin que el aneurisma inicial creciera o empeorara durante ese plazo, no constando prueba alguna que permita considerar que dicha espera fue inadecuada, ni que tuviera incidencia alguna sobre la mala evolución del paciente, pues la misma se debe a las características propias de la patología que presentaba el interesado, ya que como consta en el informe del Servicio la patología aneurismática periférica de origen aterotrombótico es incurable y su tratamiento es, exclusivamente, paliativo, presentando normalmente, como en este caso, complicaciones irreversibles, y además tal evolución también se debe a sus propias patologías, como la hipercoagulación que padece.

A su vez, también se ha acreditado que en todo momento la Administración cumplió con su obligación de medios, que no de resultados, poniendo a disposición del interesado todos los medios personales y materiales con los que cuenta el SCS; pero pese a ello y a que siempre se actuó conforme a lex artis, no fue posible salvar la extremidad del interesado, no siendo razonable exigir una actuación médica diferente.

Por último, se ha de manifestar que el interesado no ha presentado prueba alguna que permita considerar probadas lo manifestado por él en su escrito de reclamación, ni rebatir los manifestado en los dos informes médicos reproducidos anteriormente.

7. Además de todo ello, se ha de precisar que la documentación correspondiente al consentimiento informado correspondiente a todas las actuaciones médicas es correcta, constando en ella todos los riesgos posibles, incluida la posibilidad de amputación, y así, por ejemplo, en la documentación correspondiente a la trombectomía de stent poplíteo, de 11 de mayo de 2022, consta, entre otros riesgos, que «*En todas las operaciones para llevar más sangre a las piernas siempre existe un riesgo posible de amputación de la extremidad. Varía según situación inicial preoperatoria, los hallazgos quirúrgicos y las posibles complicaciones*».

8. Por último, en relación con la carga de la prueba en el ámbito de la responsabilidad patrimonial cabe señalar, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 137/2025, de 3 de abril), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- es requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general 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.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite

trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012, RJ\2013\2430).

9. En conclusión, no se ha probado por el reclamante la concurrencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y los daños reclamados por el mismo, sin que se haya observado infracción alguna de la *lex artis*.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial, que desestima la reclamación formulada, en virtud de los razonamientos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen.