Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 1 9 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 14 de abril 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 72/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

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

2. La cuantía indemnizatoria reclamada por la interesada [143.422,58 €] determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias -en adelante, LCCC- y con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas -en adelante, LPACAP-.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, LRJSP-; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 [BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015] de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

5. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de la interesada, al haber sufrido en su esfera personal el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

Asimismo, la perjudicada actúa mediante la representación -sobrevenida- de su abogada; constando debidamente acreditado en el expediente el poder de actuación de esta última [art. 5 LPACAP].

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

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP.

Consta en las actuaciones la apertura de diligencias penales por los mismos hechos objeto de la presente reclamación patrimonial [Diligencias previas n.º 1320/2020, seguidas ante el Juzgado de Instrucción n.º 4 de Santa Cruz de Tenerife], lo que produjo la interrupción del plazo anual de prescripción *ex* art. 67.1 LPACAP.

Procedimiento penal que fue definitivamente archivado mediante Auto de la Audiencia Provincial de 22 de julio de 2022, quedando así expedita la vía administrativa.

La reclamación de responsabilidad patrimonial fue presentada el día 28 de septiembre de 2022, esto es, dentro del plazo legal de un año desde la finalización del proceso penal, por lo que la acción resarcitoria se ejercitó tempestivamente y no puede considerarse prescrita.

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

8. Procede aquí señalar, como hemos hecho en expedientes similares -alguna de la misma administración actuante en este DCC 81/2026, de 16 de marzo- que la instrucción ha tenido una duración excesiva, constatándose la existencia de períodos de inactividad. Con ello se ha desatendido el principio legal de celeridad de los procedimientos, con posible lesión de los derechos de la interesada. No corresponde a este Consejo pronunciarse acerca de las eventuales responsabilidades disciplinarias en que hubieren incurrido los funcionarios intervinientes en el procedimiento (art. 71 LPACAP).

II

1. La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el anormal funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia médica que le fue dispensada en el Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria -en adelante, CHUNSC-.

A este respecto, la perjudicada fundamenta su reclamación en los siguientes presupuestos fácticos:

«PRIMERO. Que en fecha de 27 de diciembre de 2019 la reclamante, (...), acudió al servicio de urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, por dolor en miembro inferior derecho (MID) donde, tras valorarla y realizarle las pruebas pertinentes, se le diagnosticó una "isquemia crónica categoría 3-4 Rutherford de MIDerecho. Sospecha de

oclusión iliofemoral derecha", por lo que se cursó ingreso urgente por el servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

Se aporta como documento NÚMERO UNO copia de la valoración de ingreso de Angiología y Cirugía Vascular.

Tras su ingreso en planta, le informan que, para su diagnóstico, el tratamiento más adecuado sería, probablemente, tratamiento revascularizador de MIDerecho, pero lo cierto es que el tratamiento se limita a administrar anticoagulantes y mantener una actitud expectante con la paciente.

Pese al tratamiento administrado, la paciente no presenta mejoría, pues continúa con el dolor en la pierna. En fecha 10 de enero de 2020, además del dolor, comienza a empeorar la situación, presentando, además del dolor, el pie más frío y pálido que el contralateral, siendo estos claros síntomas de claudicación.

SEGUNDO. (...) estuvo con dolor toda la semana, notando como su pierna se ponía cada vez más oscura y su pie más frío, poniéndolo en conocimiento del médico y de las enfermeras que la atendían sin que nadie tomara medida alguna.

Así las cosas, en fecha 17 de enero, finalmente se avisa al médico de guardia para que la valore dado que (...) ya no puede siquiera mover la pierna, tal como consta en el evolutivo de ese día, que pasamos a transcribir:

Fecha de la toma: 17-ene-2020 15:23

Resumen Evolutivo: Cirugía Vascular de Guardia.

Se avisa a la guardia de Cir. Vascular para valoración por movilidad disminuida en MIDerecho. La paciente indica síntomas de claudicación limitante desde hace aproximadamente dos días asociado a dolor que le dificulta, incluso, el descanso nocturno.

De forma súbita en el día de hoy presenta alteración de la movilidad con dolor en pie, pierna y muslo.

A la exploración MIDerecho, ausencia de pulsos a todos los niveles. Colapso venoso que se hace evidente hasta nivel infragecular. Pie marmóreo con maniobras de provocación. Dolor a la palpación de los compartimentos musculares. Disminución de la movilidad de los dedos de forma importante con imposibilidad de flexoextensión de tobillo a pesar de la realización de movilidad forzada. ITB---- no capta flujo. ETT 17/1/2020. Dentro de los límites normales.

Comentario.

Ante el empeoramiento brusco de la situación clínica de la paciente, teniendo estudio completado, se decide la realización cirugía de revascularización de forma urgente (Bypass aortobifemoral).

Se explica a la paciente la situación actual, así como los riesgos y los beneficios de la cirugía, así como la necesidad de su realización de urgencia. Lo entiende. Acepta de forma verbal y firma el consentimiento informado.

Se aporta copia de curso clínico desde el ingreso hasta el día que se decide cirugía de revascularización como documento NÚMERO DOS.

TERCERO. Ese mismo día es intervenida, realizándosele una trombectomía iliaca MIDerecho, haciéndose constar en la hoja Quirúrgica como Hallazgos:

- Ausencia de latido en femoral común

- Pie con cianosis de planta. Marmóreo con maniobras de provocación

- Paresia de pie.

Se aporta hoja quirúrgica como documento NÚMERO TRES

Llegados a este punto, hemos de traer a colación, en aras de que S.Sª. entienda la necesidad de una rápida actuación ante una claudicación en una paciente con una isquemia crónica, un breve resumen sobre en qué consiste la misma y cuáles son sus consecuencias.

La isquemia crónica es una disminución lenta y progresiva del flujo arterial que conduce a una deficiente irrigación sanguínea a los músculos y demás tejidos.

En el caso de claudicación invalidante se debe realizar tratamiento revascularizador, que requiere un diagnóstico y tratamiento tempranos con la finalidad de evitar una pérdida de función del miembro, secuelas neurológicas o incluso de la pérdida de la extremidad; es decir, se trata de una situación de urgencia quirúrgica.

La sospecha de oclusión estaba desde el momento del ingreso, habiendo dejado pasar nada menos que tres semanas hasta que decidieron intervenirla, esperando hasta el momento en que ya la paciente ni siquiera sentía la pierna.

A juicio de esta parte, resulta evidente que no se tomaron las medidas a tiempo, dado que era prácticamente evidente la claudicación limitante, siendo consciente el especialista de la necesidad de tomar medidas de manera urgente; sin embargo y teniendo todos los medios a su disposición, se optó por una actitud pasiva, con las consecuencias que ello podría conllevar y, de hecho, ha conllevado.

CUARTO. En cuanto a las secuelas provocadas por el retraso en el tratamiento, la reclamante ha sufrido una grave merma en su vida, pues sufre dolores prácticamente las 24 horas del día, incluyendo el periodo nocturno y no tiene sensibilidad en la pierna ni en el pie, notándolo permanentemente dormido.

Así consta en el estudio de Electromiograma que se le realizó posterior a la intervención en el que consta:

Estudio de conducción nerviosa motora y sensitiva de MMII, incluyendo nervios femorales y nervios safenos; en el que se observa una importante pérdida de volumen axonal de nervios peroneal común tibial posterior derechos y sus ramas sensitivas (imposibilidad para obtener el potencial motor de nervio femoral derecho, dado que en el punto de estimulación se encuentra la herida quirúrgica). Se observa una asimetría de nervio safeno derecho con respecto al contralateral, a tener en cuenta el edema de MID postquirúrgico. En estudio de EMG de aguja de musculatura tributaria de plexo lumbosacro derecho, no se aprecian signos de denervación aguda en este momento (corto periodo evolutivo clínico). Estos hallazgos podrían ser sugestivos de una neuropatía del ciático común derecho versus plexopatía lumbosacra derecha (con predominio de tronco inferior) de carácter mixto y de intensidad severa; dado el corto periodo de tiempo de evolución tras la lesión, y las limitaciones para estimular en zona de herida quirúrgica por dicho motivo, se sugiere estudio de control.

Se adjunta como documento NÚMERO CUATRO, copia del informe de alta de fecha 2 de febrero de 2020, donde consta el resultado del mencionado estudio.

QUINTO. Resulta evidente que, en el presente caso, se hacía necesario priorizar una temprana solución y dejar evolucionar a la paciente hasta llegar el punto de tener que ser intervenida de urgencia para salvar la pierna dejándole las irreversibles secuelas que presenta».

2. A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que concurren los requisitos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, la perjudicada solicita el resarcimiento de los daños y perjuicios que se entienden irrogados, sin que resulte determinada, inicialmente, la cuantía indemnizatoria pretendida por la reclamante.

III

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

1.- El procedimiento de responsabilidad patrimonial se inicia mediante la presentación de escrito de reclamación con registro de entrada ante el Servicio Canario de la Salud el día 28 de septiembre de 2022.

Junto al escrito de reclamación inicial se adjunta diversa documentación: informes médicos, copia de las actuaciones judiciales previas, etc.

2.- Con fecha 29 de septiembre de 2022 el órgano instructor formula requerimiento a la interesada a fin de que subsane la reclamación interpuesta. Trámite que es debidamente cumplimentado por ésta con fecha 17 de octubre de 2022.

3. La reclamación formulada es admitida a trámite mediante Resolución de la Dirección del Servicio Canario de la Salud [P.D., la Secretaria General del citado Organismo -Resolución de 23 de diciembre de 2014, BOC, n.º 4, de 8 de enero-], de 19 de octubre de 2022, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando, por el órgano instructor, realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente; entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

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

4.- Con fecha 17 de febrero de 2025 el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud -en adelante, SIP- remite al órgano instructor la siguiente documentación:

- Informe del Dr. (...), Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del CHUNSC, de fecha 7 de noviembre de 2022.

- Y copia de la Historia Clínica obrante en el CHUNSC.

5.- Con fecha 27 de marzo de 2025 se notifica a la interesada la adopción del correspondiente acuerdo probatorio y la apertura del subsiguiente trámite de vista y audiencia.

6.- Con fecha 9 de abril de 2025 la reclamante formula escrito de alegaciones, cuantificando en 143.422,58 € el importe de la indemnización pretendida.

7.- Con fecha 11 de diciembre de 2025 se emite informe del SIP en relación con la asistencia sanitaria prestada a la paciente.

8.- Con fecha 15 de diciembre de 2025 se acuerda dar traslado del informe del SIP a la interesada a fin de que ésta pudiera formular alegaciones durante un plazo de diez días.

9.- Con fecha 18 de febrero de 2026 la representante de la perjudicada presenta escrito de alegaciones interesando la continuación del procedimiento.

10.- No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad

patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico *ex* art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

11.- Con fecha 25 de febrero de 2026 se evacua Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima « (...) *la reclamación formulada por (...) al no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública*».

12.- Mediante oficio con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 2 de marzo de 2026, se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC].

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por la interesada, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria, puesto que no se ha demostrado mala praxis en la atención médica dispensada a la paciente.

2. Este Consejo Consultivo ha manifestado, de forma reiterada, lo siguiente [Dictamen 18/2026, de 21 de enero, con cita del anterior Dictamen 200/2025, de 12 de mayo, entre otros muchos], sobre la regulación legal de la responsabilidad patrimonial de la Administración, derivada del art. 106 de la Constitución y, con arreglo a sus mandatos, del art. 32 LRJSP:

«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 el mismo Dictamen recuerda también el Consejo su doctrina sobre la especificidad y peculiaridad de la responsabilidad en el caso de la asistencia sanitaria:

«En este sentido la STS 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, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación".

Asimismo, entiende el TS 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».

Por tanto, y como ha tenido ocasión de expresar este Consejo Consultivo en su Dictamen 9/2026, de 9 de enero -entre otros-, *« (...) en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria el criterio básico utilizado para hallarla es el de la contravención o incumplimiento de la lex artis, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: la obligación del médico es prestar la debida asistencia sin que quepa exigírsele garantizar en todo caso la curación del enfermo.*

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

Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la lex artis es el que determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la lex artis, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP)».

Por lo demás, la reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el Dictamen 521/2025, de 12 de diciembre [con cita de los anteriores Dictámenes 29/2025, de 22 de enero, 704/2024, de 2 diciembre y 272/2019, de 11 de julio]:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa no sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta

la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)".

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito 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. 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)".

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo " (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil

(LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)"».

3. A la vista de la documentación obrante en las actuaciones y atendiendo al contenido de la historia clínica y del informe emitido por el SIP, se entiende que no concurren en el presente supuesto los requisitos legalmente exigidos para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, resultando jurídicamente procedente la desestimación de la reclamación formulada.

En efecto, del análisis minucioso y cronológico de la asistencia sanitaria prestada se desprende que la actuación del Servicio Canario de la Salud se ajustó en todo momento a la *lex artis ad hoc*, atendiendo al estado clínico de la paciente, a la evolución objetiva de su patología y a los estándares científicos y asistenciales vigentes en cada fase del proceso.

En primer lugar, consta acreditado que la reclamante ingresó por un cuadro de isquemia crónica de miembro inferior derecho, en un estadio que no exigía, en el momento inicial, una revascularización urgente, siendo correcta y plenamente indicada la instauración de tratamiento médico y una actitud expectante, condicionada a la evolución clínica y a la culminación de las pruebas diagnósticas necesarias. Durante la primera fase del ingreso, la paciente permaneció hemodinámicamente estable, sin dolor en reposo, con movilidad y sensibilidad conservadas y con adecuado control analgésico, sin que se apreciaran signos de isquemia aguda ni déficits neurológicos que obligaran a una intervención inmediata. La programación de la cirugía, una vez completado el estudio etiológico y la valoración preoperatoria cardiológica, respondió a criterios clínicos prudentes y objetivables, plenamente concordantes con la buena práctica médica. Respecto a estas cuestiones planteadas por la interesada -en los Antecedentes de Hecho primero a tercero de su reclamación-, el SIP tiene ocasión de pronunciarse en los siguientes términos:

«1.- En respuesta al HECHO PRIMERO:

1a.- Si bien es cierto que desde su ingreso se le informa de la posibilidad de un tratamiento quirúrgico revascularizador en función de la evolución clínica, en ese momento la paciente se situaba en un estadio de arteriopatía que no requería una intervención de revascularización urgente. Además, la terapia médica estaba correctamente indicada. De hecho, la terapia médica constituye el tratamiento de primera línea, incluso en los casos de claudicación invalidante (estadio IIB según clasificación de Fontaine), estadio en el que se reserva la revascularización para situaciones específicas (cuando la claudicación afecta de forma significativa a las actividades de la vida diaria) o cuando persisten síntomas a pesar de las medidas conservadoras.

1b.- Con la realización de las pruebas complementarias (estudio de alergia para poder efectuar una angio-TC con medio de contraste), necesarias para valorar la localización y entidad de las lesiones/estenosis, se decidió finalmente programar una cirugía de revascularización (decisión del 09/01), inicialmente prevista para el día 21 y condicionada a la valoración cardiológica preoperatoria, dada la existencia de antecedentes cardiovasculares en la paciente. El estudio preoperatorio se concluye el mismo 17/01.

1c.- Como se comprueba en el evolutivo de enfermería, durante la primera fase del ingreso la evolución clínica es favorable: se registra ausencia de dolor en reposo y sueño nocturno conservado. En esa fase, el cuadro no se correspondía con un estadio de isquemia crítica ni hacía necesaria una cirugía de revascularización urgente.

1d.- Como se ha explicado anteriormente, que la piel del miembro afecto estuviera más fría y pálida que la contralateral es un signo típico de arteriopatía periférica (disminución del aporte de flujo sanguíneo al miembro inferior), que se asocia a síntomas de claudicación, pero no constituye por sí mismo un síntoma de isquemia aguda ni un criterio de indicación de cirugía urgente.

2.- En respuesta al HECHO SEGUNDO: En la primera fase del ingreso, con las medidas farmacológicas instauradas, la paciente se mantuvo clínicamente estable, sin dolor en reposo, con buen control del dolor y sin criterios de cirugía urgente. De hecho, tal como se registra en el evolutivo clínico, el 10/01 la frialdad y palidez del pie no se asociaban a alteraciones neurológicas.

A partir del 14/01 se produjo un empeoramiento clínico, con aumento del dolor que comenzó a presentarse también en reposo, aunque con respuesta a los ajustes del tratamiento analgésico y sin déficits neurológicos asociados. Sin embargo, fue el día 17/01 cuando se objetivaron déficits neurológicos (criterio de cirugía urgente) y, de forma coherente, se decidió intervenir de manera urgente esa misma tarde.

3.- En respuesta al HECHO TERCERO:

Como se ha aclarado previamente, la claudicación invalidante (estadio IIb según la clasificación de Fontaine) no implica automáticamente la necesidad de un tratamiento quirúrgico de revascularización, si bien este puede indicarse en determinados casos.

Se ha demostrado que las intervenciones quirúrgicas pueden proporcionar alivio sintomático, pero con frecuencia presentan una durabilidad limitada y se asocian a mortalidad y morbilidad. Por lo tanto, deben restringirse a pacientes que no respondan favorablemente a las medidas conservadoras o que presenten síntomas claramente invalidantes que alteren de forma significativa las actividades de la vida diaria.

La actitud expectante no equivale a una actitud pasiva ("no hacer nada"); en el caso de la paciente se aplicó tratamiento médico, opción válida y que en ocasiones ofrece una mejoría clínica, tal como ocurrió en la primera fase del ingreso».

En segundo lugar, y respecto al supuesto retraso asistencial alegado por la interesada, se ha de indicar que éste queda desvirtuado por el hecho de que la indicación de cirugía urgente se produjo de manera inmediata, en cuanto se objetivó un empeoramiento clínico brusco con aparición de déficit neurológico, criterio inequívoco de urgencia vascular, procediéndose a la intervención el mismo día en que dicha situación se constató. Esta actuación evidencia una adecuada vigilancia clínica y una respuesta diligente y proporcionada por parte del equipo asistencial, excluyendo la existencia de pasividad, negligencia o inacción imputable a la Administración -tal y como se informa por parte del SIP-.

Por lo que respecta a las secuelas y a la sintomatología dolorosa que la reclamante vincula causalmente al supuesto retraso en el tratamiento, la documentación clínica pone de manifiesto que tales manifestaciones no guardan una relación directa, exclusiva e inmediata con la actuación sanitaria cuestionada. Antes de los hechos objeto de reclamación ya constaban antecedentes relevantes de patología neurológica y osteoarticular, con dolor lumbar irradiado, clínica sensitiva alterada y diagnósticos compatibles con afectación radicular y neuropática. Asimismo, los estudios neurofisiológicos posteriores evidencian una polineuropatía de carácter difuso y crónico, no atribuible de forma aislada ni exclusiva a la intervención vascular ni al momento de su realización, extremo expresamente descartado tanto por el SIP como por los controles especializados posteriores.

Debe añadirse que el resultado vascular de la intervención fue favorable, lográndose la recuperación de la normoperfusión distal del miembro intervenido, sin que pueda imputarse a la actuación quirúrgica ni a su momento de ejecución la evolución posterior del dolor de características neuropáticas, expresamente desvinculado de la patología isquémica y de la cirugía por los propios especialistas.

En consecuencia, no queda acreditado el nexo causal exigido entre la asistencia sanitaria prestada y los daños alegados, ni la antijuridicidad del perjuicio invocado. En este sentido, resultan especialmente ilustrativas las conclusiones alcanzadas por el SIP en su informe de 11 de diciembre de 2025, al señalar cuanto se expone a continuación:

«Con respecto a las secuelas que la reclamante atribuye al supuesto retraso en el tratamiento, procede aclarar que:

4a.- En lo que respecta al resultado vascular, la cirugía de revascularización realizada cumplió su objetivo, ya que permitió recuperar una normoperfusión distal en el miembro inferior derecho.

4b.- En relación con el "dolor", la paciente no especifica en su escrito la localización exacta del mismo. Sin embargo, en la historia clínica consta que presentaba dolor lumbar irradiado a miembros inferiores que le despertaba por la noche, compatible con un origen raquídeo, previo a los hechos analizados (2019) y que fue tratado en la Unidad del Dolor. Ese dolor se reagudiza en el año 2021.

Además, la propia arteriopatía periférica de base (enfermedad crónica que no se resuelve de forma definitiva con una única cirugía de revascularización y para la que, de hecho, la paciente fue sometida a varias intervenciones posteriores) se asocia de forma característica a dolor en las extremidades inferiores y claudicación.

Por otra parte, en los controles de 2023 (y ya en años previos) el cirujano vascular describe, en el caso de la paciente, un dolor de características neuropáticas, es decir, un dolor originado por una lesión o disfunción de los nervios, típicamente descrito como quemante, eléctrico o con sensación de acorchamiento, calambres y parestesias, que no se relaciona con patología isquémica ni con la cirugía de revascularización. Este origen neuropático del dolor se ve apoyado por el estudio neurofisiológico realizado en 2024.

4c.- En cuanto al estudio neurofisiológico realizado en el hospital pocos días después de la cirugía no permitía valorar de forma fiable una posible lesión nerviosa, dado que la degeneración axonal aguda requiere un intervalo de tiempo mayor para objetivarse en dicho estudio y no se pudo explorar uno de los nervios al encontrarse en zona de herida quirúrgica, tal como señala el propio neurofisiólogo en su informe que sugiere la necesidad de un nuevo control a distancia de tiempo.*

**Degeneración axonal: Tras una lesión de un nervio, las fibras nerviosas dañadas se van deteriorando progresivamente a lo largo de los días.*

Es el estudio neurofisiológico realizado en 2024 demuestra una afectación difusa de los nervios en ambos miembros inferiores y en el miembro superior izquierdo, en el contexto de una polineuropatía mixta sensitivo-motora, de carácter axonal y desmielinizante, más

marcada en el miembro inferior derecho, en relación con una afectación radiculopática lumbosacra (nivel L4-L5-S1).

Resumiendo, el estudio precoz realizado pocos días después de la intervención no permite afirmar si existe una lesión nerviosa asociada a la cirugía, porque se llevó a cabo demasiado pronto para poder apreciarla y, además, presentó limitaciones técnicas para su realización. En cambio, el estudio de 2024 muestra una enfermedad de los nervios de carácter generalizado, que afecta a varias extremidades y es más marcada en el miembro inferior derecho, donde se relaciona también con la patología de columna conocida, y no una lesión aislada y exclusiva de los nervios de la pierna derecha atribuible a la intervención vascular (o un retraso de la misma) de 2020. En coherencia con ello, ya en la valoración neuroquirúrgica de marzo de 2019 se describen reflejos osteotendinosos globalmente disminuidos en miembros inferiores, hallazgo confirmado por el neurólogo que le explora en el Servicio de Urgencias en diciembre 2019.

4d.- Tras una disminución inicial documentada de la fuerza en el miembro inferior derecho, sobre todo a nivel distal (pie equino secundario a déficit de flexión dorsal), y tras la realización de tratamiento fisioterapéutico (según el informe de alta del centro concertado donde lo lleva a cabo en el año 2020), se constata que la paciente no presenta déficits en la movilidad del pie derecho y que es capaz de caminar de puntillas y de talones.

En cuanto a la clínica sensitiva descrita:

– presenta hipoestesia, es decir, una disminución de la sensibilidad, que no equivale a ausencia completa de sensibilidad, en algunos informes localizada en el pie, en otros en el miembro inferior derecho de predominio distal y en otros a nivel externo, en la zona del maléolo peroneo.

Dicha alteración de la sensibilidad se explica por un origen neurógeno, tal como se desprende del estudio neurofisiológico, que la relaciona con patología degenerativa de la columna y ya era documentada en su ingreso del 28/12/2019 (valoración neurológica).

(...) En consecuencia, las alteraciones sensitivas y la sintomatología dolorosa que la reclamante atribuye de forma directa y exclusiva al supuesto retraso en la intervención ya se encontraban presentes con anterioridad y se encuadran en el contexto de su patología neurológica y osteoarticular de base previamente documentada».

Finalmente, ha de subrayarse que la reclamante no ha aportado prueba pericial ni elemento probatorio alguno que sustente sus afirmaciones o que contradiga de manera fundada y objetiva las conclusiones clínicas y técnicas recogidas en los informes que obran en el expediente. Conforme a las reglas generales de distribución de la carga de la prueba, correspondía a la interesada acreditar la existencia del daño antijurídico y su relación causal directa con el funcionamiento del servicio público sanitario, lo que no ha ocurrido en el presente caso. Por todo ello, al no

acreditarse infracción de la *lex artis ad hoc*, ni daño imputable al funcionamiento del servicio, ni nexo causal jurídicamente relevante, procede confirmar la desestimación íntegra de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por la paciente.

4. En conclusión, de la documentación obrante en las actuaciones se desprende que la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante se ajustó a las exigencias derivadas de la *lex artis ad hoc*, sin que pueda apreciarse un funcionamiento anormal del servicio público sanitario. No existió retraso indebido en la indicación ni en la ejecución del tratamiento quirúrgico, pues la cirugía se practicó de manera urgente en cuanto concurrieron criterios clínicos objetivos que así lo exigían; mientras que, hasta ese momento, el manejo médico y la actitud expectante estaban correctamente indicados según el estadio de la patología y la evolución constatada -tal y como se ha indicado anteriormente-.

Asimismo, no resulta acreditado el nexo causal entre la actuación sanitaria y las secuelas alegadas, ya que la sintomatología dolorosa y las alteraciones sensitivas presentadas se explican por patologías previas y concurrentes de carácter neurológico y degenerativo, documentadas con anterioridad y confirmadas por estudios posteriores, que no guardan relación directa ni exclusiva con la intervención ni con su momento de realización. A ello se suma que el resultado vascular de la cirugía fue satisfactorio y que los profesionales sanitarios intervinientes actuaron con arreglo a las buenas prácticas médicas. Por lo que, en unión de criterio con el órgano instructor, se entiende que procede desestimar la reclamación patrimonial formulada por (...).

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública sanitaria, se entiende que es conforme a Derecho en atención a los razonamientos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen.