Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 7 3 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 12 de mayo 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. 128/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

La solicitud de Dictamen y su carácter preceptivo, las normas que regulan su objeto, la legitimación de la reclamante y de la administración, y la formulación en plazo legal de la reclamación

1. El presente Dictamen, solicitado por oficio de la Consejera de Sanidad el 25 de marzo de 2026, con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 27 de marzo siguiente, tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...) por daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva de conformidad con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) y el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC).

Está facultada para solicitarlo la Consejera de Sanidad (art. 12.3 LCCC).

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud (SCS), de acuerdo con lo dispuesto en el

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

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, está delegada en la Secretaría General del propio Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el SCS. Por ello, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General, de conformidad 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 SCS.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. La reclamante, hija del paciente fallecido y antes atendido por el SCS, ostenta la condición de interesada como titular de un interés legítimo [arts. 4.1.a) LPACAP y 32.1 de la Ley 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP)], por su condición de familiar directo de la persona fallecida a consecuencia, supuestamente o tras el funcionamiento del servicio público sanitario.

Sobre la legitimación activa de los herederos del fallecido, en el Dictamen 245/2015, de 6 de julio, se recoge nuestra reiterada doctrina sobre este asunto, mantenida en el reciente 137/22026, de 21 de abril, que es plenamente aplicable al supuesto aquí analizado.

Así señalamos en el citado Dictamen:

«La obligación de indemnizar el daño producido por la acción u omisión de un sujeto no surge del hecho causante, sino de su resultado lesivo que es el daño y que es lo que hay que resarcir. El primero sin el segundo no engendra responsabilidad patrimonial, por lo que en reclamaciones de la naturaleza de la presente esa responsabilidad surge siempre del hecho de la muerte, por lo que al extinguirse por ella la personalidad de la víctima, esta no adquiere en vida ningún derecho a ser indemnizada que, integrado en su patrimonio, transmite luego mortis causa. Sólo los vivos son capaces de adquirir derechos y únicamente son transmisibles por vía hereditaria los derechos que al momento del fallecimiento del causante se hallasen integrados en su patrimonio. De ahí que si en nuestro Ordenamiento se contempla un derecho a indemnización por causa de muerte (art. 113 del Código Penal en relación con los arts. 138 a 143 y 621.2 del mismo, art. 1.902 del Código Civil, apartado 1º.5 del Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro de la Circulación de Vehículos a Motor, etc.), su titularidad no es derivativa mortis causa ya que, como se ha visto, no puede sucederse en algo que no ha ingresado en el patrimonio del causante sino que es un derecho que se adquiere originariamente y que, por ende, es

ejercitable ex iure propio por aquellos que han sido perjudicados por la muerte de la víctima.

Este perjuicio lo sufren aquellos que compartían su vida con la víctima, formando una comunidad de vida a la que pone fin esa muerte que, eventualmente, puede producir una disminución de ingresos o un desamparo económico para los supérstites y un daño moral por la ruptura de la íntima convivencia y de los lazos de afecto, presumiéndose este daño moral en sus parientes más directos por línea recta ascendente o descendiente, prefiriéndose siempre, con exclusión de los demás, a sus más estrechos allegados que son los que convivían con la víctima y compartían con ella sus ingresos comunes o dependían de ella económicamente; estimándose que no existe perjuicio indemnizable cuando nadie ha quedado desamparado o disminuido económicamente ni se ha sufrido daño moral, porque se había abandonado en vida a la víctima o roto toda relación con ella.

En la presente reclamación, los interesados no han alegado ningún perjuicio económico que les haya irrogado el óbito de su deudo, por lo que están legitimados exclusivamente por el daño moral que la muerte de aquel les ha causado. (Doctrina reiterada en los DDCC 405/2015, 228/2020, 232/2020 y 562/2020)».

Aplicada la citada doctrina al presente caso, la hija del fallecido está legitimada exclusivamente por el daño moral que la muerte de su padre le haya causado.

4.2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, concretamente al SCS, organismo autónomo de dicha Administración, por ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación se ha sido interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido (art. 67.1, párrafo primero LPACAP), por cuanto el fallecimiento ocurrió el 26 de mayo de 2024. Habiéndose formulado la reclamación el 26 de mayo de 2025, lo ha sido dentro del citado plazo legal de un año.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio (art. 91.3 LPACAP). No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa (art. 21 LPACAP).

La reclamación de la interesada se presentó por abogado designado para ello, y luego apoderado también expresamente, con indicación de las señas y del correo del letrado y de la preferencia por la notificación electrónica.

En el presente supuesto se ha superado el plazo de seis meses que, para la resolución del expediente, establece el art. 91.3 LPACAP, sin que conste explicación o justificación del retraso. No obstante, esta demora la resolución expresa del procedimiento, a la que sigue obligada la Administración: arts. 21.1 y 24.3 b) LPACAP y DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros.

II

Los hechos en que se funda la reclamación

La reclamante insta la incoación del procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, que cuantifica en el importe de 500.000 euros, por el fallecimiento de su padre (...) el día 26 de mayo de 2024, sustentando dicha acción de responsabilidad patrimonial en los siguientes hechos y fundamentos, extraídos de la reclamación y del escrito de subsanación y mejora de la solicitud:

- El día 12 de mayo de 2024 (...) ingresó por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (CHUNSC), diagnosticándose un adenocarcinoma de colon. Se comunicó al personal sanitario su condición de gran dependencia (Grado III) y discapacidad reconocida del 75 %. La intervención quirúrgica fue autorizada verbalmente por el propio paciente y, según indica la familia, también telefónicamente por su hija.

- El 13 de mayo de 2024 se realiza intervención quirúrgica. Según la información médica proporcionada, se logró resecar el tumor sin necesidad de estoma, y se reconstruyó el tránsito intestinal. Se indicó que el paciente permanecería en la Unidad de Reanimación (REA) entre 24 y 72 horas. Tras la intervención, el paciente se encontraba consciente, orientado y estable, sin portar sonda nasogástrica ni drenaje abdominal.

- El 14 de mayo de 2024 fue trasladado a planta. La familia no pudo acompañarlo por no haberse tramitado aún la acreditación AA (Autorización de Acompañamiento Ampliado), la cual se obtuvo el 21 de mayo. El paciente seguía sin portar sonda nasogástrica en planta.

- El 15 de mayo de 2024, durante el horario de visita, la hija del paciente detecta que había presentado un episodio de vómito y posible broncoaspiración. Dicho extremo fue confirmado por personal de enfermería. Se advirtió que no había tocado el timbre de asistencia, a pesar de su situación de dependencia funcional severa. No consta si se iniciaron medidas clínicas específicas tras este episodio.

- Entre el 16 y 17 de mayo de 2024 se produjeron nuevos episodios de vómito con sospecha de broncoaspiración. La familia indica que no fue informada debidamente y que tuvo dificultades reiteradas para contactar con el equipo médico, lo que ha sido puesto en conocimiento mediante reclamaciones formales. El 17 de mayo se observó dificultad respiratoria, que fue notificada a personal de enfermería. Posteriormente se presentó una nueva reclamación y se remitió documentación que acreditaba su situación de dependencia.

- El 18 de mayo de 2024 fue nuevamente trasladado a REA debido a un nuevo episodio de vómito y deterioro clínico. No se informó previamente a la familia del traslado. Se les indicó que el cuadro clínico podría corresponder a un íleo postoperatorio, dentro de lo esperable.

- El 20 de mayo de 2024 se colocó por primera vez una sonda nasogástrica, seis días después de la intervención, a pesar de los múltiples episodios de vómitos. En el informe clínico se recoge la indicación de su colocación en caso de nuevos vómitos y la existencia de una orden de no reanimación (DNR).

- El 21 de mayo de 2024 fue trasladado nuevamente a planta. Durante la estancia, la familia observó signos de dificultad respiratoria, con saturaciones que llegaron al 85 %, lo cual fue comunicado al personal asistencial. Se pidió valoración médica urgente. El paciente no se encontraba en posición adecuada ni parecía recibir medidas posturales preventivas. Fue reingresado en REA.

- El 22 de mayo de 2024 se comunicó a la familia la gravedad del estado clínico del paciente. En esta fecha, según manifiestan, se permitió el acceso fuera del horario habitual debido a la situación terminal.

- El 26 de mayo de 2024 falleció tras ser sedado. La familia manifiesta que no se les informó en ningún momento de que padecía una neumonía por broncoaspiración, extremo que solo pudieron deducir a partir de la evolución clínica y una radiografía de tórax.

Como se ve, la reclamante sustenta la acción de responsabilidad patrimonial en un deficiente funcionamiento del servicio sanitario por los siguientes motivos:

Inexistencia de un documento de consentimiento informado relativo a la cirugía.

Ausencia de medidas preventivas para evitar los episodios de vómitos y broncoaspiración, como colocación de sonda nasogástrica a pesar de estar indicada.

Demora en la tramitación de la documentación necesaria (autorización de acompañamiento doble A) para acompañar a (...), impidiendo a la familia acompañarlo en los momentos críticos.

Deficiente información dispensada a la familia respecto a la evolución, y diagnóstico de neumonía por broncoaspiración.

Reclama una indemnización que cifra en 500.000 euros.

No consta razonamiento o cálculo del que se deduzca esta cuantificación del resarcimiento pretendido, salvo lo que se dice en el escrito inicial en estos términos:

«SEGUNDO.- Para la baremación Y cuantificación del daño moral, y de acuerdo con la jurisprudencia de nuestro TS (STS nº 58/2006, de 10 de febrero), así como de otros tribunales; sentencia de la AP de Sta. Cruz de Tenerife, nº 328/2021, de 15 de julio, se especifica que, para el cálculo de éste, debe de optarse por un criterio de tipo subjetivo, calculándose el daño moral a un tanto alzado. Este enfoque, de acuerdo con el Alto tribunal, permite considerar las circunstancias específicas de cada caso, proporcionando una compensación más adecuada al sufrimiento causado».

De lo anterior cabe deducir que, según la reclamante, su pretensión se fundamenta por ella en un daño moral.

III

La tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial por el SCS

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial el día 26 de mayo de 2025 por (...), hija del fallecido, mediante su letrado, solicitando una indemnización como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento del SCS, en los términos indicados.

Junto con la reclamación presenta:

- Documentación de la historia clínica del paciente.

- Reclamación en el ámbito sanitario presentada el 17 de mayo de 2024 en la que la hija del paciente manifestaba que desde la operación no han recibido información por parte del equipo de cirujanos, salvo la suministrada tras la intervención, que no han podido acceder a la información ni ayudarlo durante el día porque no les permiten estar con el paciente fuera del horario de visita ordinario.

- Reclamación en el ámbito sanitario presentada el 22 de mayo de 2024 en la que reclamaba explicaciones por falta de atención al paciente tras comunicar vómitos y no se llevaron a cabo las precauciones pertinentes sufriendo una broncoaspiración.

- Contestaciones a las reclamaciones por la Unidad de Cirugía de Urgencias y de la Subdirectora de enfermería.

- Resolución del reconocimiento de Grado de Discapacidad del 75 % por alteración de la conducta, por psicosis.

- Informe tarjeta sanitaria AA (Acompañamiento Accesibilidad) de 21 de mayo de 2024, donde se informa que «dada la situación actual se considera que este paciente es susceptible de disponer del distintivo "AA" en su tarjeta sanitaria, que favorece el acompañamiento y accesibilidad para las actuaciones sanitarias que precise, minimizando el tiempo de espera».

- Resolución de revisión de grado de dependencia reconocido a (...), reconociéndole la situación de GRAN DEPENDENCIA en grado III.

2. El 27 de mayo de 2025 se requiere a la interesada a fin de que mejore su reclamación inicial, entre otros extremos, solicitando que realice un relato claro de los hechos y el centro sanitario donde se produjeron los hechos por los que reclama.

3. El 10 de julio de 2025 la interesada presenta escrito subsanando su reclamación en los términos requeridos.

4. Mediante Resolución de la Secretaría General del SCS, de 14 de julio de 2025, se acuerda la admisión a trámite de la reclamación. Se procede a la notificación electrónica, sin que, transcurridos los 10 días naturales fijados legalmente, se haya accedido al contenido.

5. El 15 de julio de 2025 el órgano instructor del procedimiento solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que *«se recabe el historial clínico y el informe/s del Servicio/s cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable y que, a la vista de la documentación e informes remitidos, emita, si lo estima oportuno, informe en relación a la asistencia sanitaria prestada».*

6. El 28 de octubre de 2025 el SIP remite su informe acompañado de:

- Copia de la Historia Clínica del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

- Informe del Servicio de Cirugía del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

7. Con fecha 12 de noviembre de 2025 se dicta Acuerdo Probatorio y de Trámite de Audiencia, poniendo ambos trámites a disposición de la parte interesada con fecha 13 del mismo mes y año en la sede electrónica del Gobierno de Canarias, sin que se acceda a su contenido en el plazo previsto por la Ley.

Con fecha 25 de noviembre de 2025 se realiza segundo intento de notificación a través de la sede electrónica del Gobierno de Canarias. El plazo finaliza el 6 de diciembre del mismo año, sin que se acceda de nuevo al contenido.

Ambos actos son publicados en el BOE de 17 de diciembre de 2025, con las formalidades y contenidos legales. Finalizado el plazo conferido, no se formulan alegaciones.

8. No se solicita el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución], 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, de acuerdo con el 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.

9. Por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

IV

La cuestión de fondo: si el daño que motiva la reclamación existe y ha sido consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos

1. Los requisitos legales para atribuir responsabilidad patrimonial a la administración pública

La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el art. 106.2 del Texto Constitucional: «L*os particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos».*

La remisión a la ley contenida en el precepto constitucional conduce, actualmente, a la aplicación del capítulo IV del Título preliminar de la LRJSP), cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

Como el Consejo ha expresado en muy numerosos pronunciamientos, a partir de dicha regulación la Jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, recurso n.º 1308/2012, STS 4942/2014 , FJ 3) y en otras muchas posteriores:

«la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la STS de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010 STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o

secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013) que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *Lex Artis*, pues la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: la obligación del médico es prestar la debida asistencia y procurar la curación del enfermo pero no la de garantizarla en todo caso.

Y 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, que obliga al uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad no solo técnica sino por ello mismo también jurídica 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).

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), 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,- requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea *consecuencia* de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal, es decir el *sustrato fáctico* o hechos de los que se deduzca la existencia de ese nexo, incumbe al reclamante, como dispone 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 recaerá, en su caso, la carga u el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, o 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 en todo caso sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que conduce a trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumir la carga, 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).

2. La asistencia prestada y las atenciones recibidas, según los documentos e informes clínicos del expediente

Sentada la anterior doctrina y aplicándola al caso que nos ocupa, a los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido infracción de la *lex artis ad hoc* en la atención dispensada al paciente y el obligado nexo causal entre esa actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el SCS extraído de la historia clínica, del informe del SIP y del informe emitido por el Servicio de Cirugía General y Digestivo, y contrastar su contenido con las manifestaciones de la reclamante y las pruebas que haya presentado.

Así, resultan de interés para la emisión del presente Dictamen los siguientes hechos, que se deducen del expediente administrativo remitido:

- (...) de 92 años de edad en el momento de los hechos, presentaba como antecedentes personales un trastorno de ideas delirantes (psicosis maniacodepresiva) en tratamiento médico y seguimiento por la Unidad de Salud Mental, por lo que se le reconoció un grado total de discapacidad del 75 %.

- El día 12 de mayo de 2024 acudió al Servicio de Urgencias Hospitalario del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC en adelante) por dolor abdominal de varios meses de evolución, más intenso en la última semana y vómitos de cuatro días de evolución. El médico de urgencias habla con la hija, que comenta que en este último año ha bajado 5 kg, encontrándose más débil y con disminución de ingestas.

A la exploración física se encontraba afebril, hemodinámicamente estable, el abdomen estaba blando y depresible aunque doloroso en el flanco y fosa ilíaca derecha dónde se palpaba una masa de 10-15 cm no móvil y de consistencia dura.

Se solicitaron pruebas complementarias para su estudio objetivando en el TC de abdomen *«Marcado engrosamiento mural asimétrico de aspecto mamelonado de un segmento de unos 8-9cm del colon ascendente, con formaciones polipoideas en su interior, compatible con proceso neoformativo primario como primera posibilidad».*

Se cursó ingreso a cargo del Servicio de Cirugía que valoró al paciente ese mismo día estableciendo como juicio diagnóstico neoplasia de colon derecho sintomática.

Y se dejó constancia en su historia clínica, en Anamnesis, lo siguiente *«En casa vive con su hija, que le ayuda en las actividades de casa, sale de casa acompañado y es capaz de deambular por domicilio. El paciente en plenas facultades mentales, refiere que en caso de necesitar cirugía, quiere correr el riesgo y operarse».*

En Plan diagnóstico consta: *«Ingreso en CGD para optimización y cirugía preferente. Se informa al paciente y a la familia de la probable cirugía y los posibles riesgos, que el paciente en plenas facultades entiende y acepta».*

Se propone una cirugía programada preferente que el paciente consiente y acepta.

- Al día siguiente, el 13 de mayo de 2024, presentó un empeoramiento clínico-analítico con dolor abdominal y signos de irritación peritoneal, por lo que se decidió realizar una cirugía urgente. Se informó al paciente y a su hija por teléfono.

En el checklist de la cirugía se anota que existe consentimiento, y consta el documento de consentimiento informado para cirugía de urgencias firmado por el paciente.

En la hoja quirúrgica se describe hallazgo de una tumoración en ciego-colon derecho localmente avanzada y adherida a retroperitoneo, por lo que se llevó a cabo hemicolectomía derecha y anastomosis. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica concretó que se trataba de un adenocarcinoma mucinoso G3 (un tipo de cáncer de colon de alto grado).

- Tras la cirugía ingresó nuevamente en REA dónde mantuvo estabilidad neurológica, respiratoria y hemodinámica, precisando únicamente la transfusión de un concentrado de hematíes. Se inició tolerancia sin incidencias por lo que, dada la buena evolución clínica y el control del dolor con analgesia, fue dado de alta a planta el día 14 de mayo.

- En planta de hospitalización a cargo del Servicio de Cirugía se encontraba afebril y hemodinámicamente estable con algo de molestia abdominal a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, por lo que se pudo progresar indicando retirar la sonda vesical, iniciar la deambulación y tolerancia oral con líquidos.

- Sin embargo, la tolerancia a dieta líquida fue escasa presentando un vómito bilioso en el tercer día post-operatorio (16 de mayo). Es valorado por Cirugía. En ese momento a la exploración física presentaba buen estado general, exudado seroso por la herida quirúrgica, con el abdomen distendido y timpánico aunque no doloroso a la palpación.

Dada la clínica y exploración física descritas se solicitó analítica de control, se realizó interconsulta al Servicio de Nutrición para inicio de nutrición parenteral (soporte nutricional a través de una vena, evitando el tracto gastrointestinal alterado), así como interconsulta al Servicio de Rehabilitación, quiénes lo incluyeron en tratamiento rehabilitador intrahospitalario.

En la tarde presenta otro vómito bilioso por lo que se deja en dieta absoluta hasta nueva valoración por cirugía. La hija quiere información médica y refiere no haber podido contactar por teléfono. Se deja anotado el teléfono de la hija.

- Al día siguiente (17 de mayo), dada la persistencia de exudado seroso con abdomen distendido y timpánico, se solicitó TC de abdomen urgente que descartó patología intraabdominal aunque mostraba signos de íleo paralítico (ausencia de

movimientos peristálticos intestinales que puede ocurrir temporalmente después de una cirugía abdominal), por lo que se mantuvo la nutrición parenteral.

- El 18 de mayo a las 9:23 horas fue valorado por el Cirujano de guardia tras ser avisado por Enfermería por vómito y taquicardia arrítmica. El paciente refiere pirosis, niega dolor abdominal con el tránsito conservado para gases y heces con última deposición el día previo. A la exploración física mantenía buen estado general, se encontraba consciente, orientado y colaborador, normocárdico (FC 80 lpm) aunque con tendencia a la hipertensión arterial (PA 170/80 mmHg), el abdomen estaba distendido, no doloroso a la palpación y sin signos de irritación peritoneal, la herida quirúrgica continuaba abierta con débito seroso. Bajo el diagnóstico de íleo paralítico, se solicitó analítica urgente y radiografía de abdomen, indicando mantener en dieta absoluta y si nuevo vómito colocar sonda nasogástrica.

- A lo largo del día fue valorado nuevamente presentando un empeoramiento clínico con taquicardia (FC 113 lpm), taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria) saturando 83 % basal y 87 % con gafas nasales (Saturación de oxígeno indica el contenido de oxígeno en sangre, normal por encima de 95 %), roncus audibles y confirmados mediante auscultación pulmonar, el abdomen se mantenía distendido y no doloroso a la palpación, con exudado seroso a través de la herida quirúrgica. Se puso mascarilla para administración de oxígeno e inhaladores logrando una saturación del 93 %. Se comentó con el Servicio de REA para traslado a su cargo con sospecha de neumonía por broncoaspiración.

- Ingresa en REA el 18 de mayo, inestable respiratoriamente. Se coloca sonda nasográstrica dando abundante débito bilioso.

En el Servicio de REA, dada la sospecha clínica en ese momento, se realizó una radiografía de tórax objetivando infiltrados algodonosos bilaterales, procediendo al ajuste de antibioterapia (estaba en tratamiento con Tazocel, se pautó Linezolid.

Se informa a la hija del motivo de ingreso en la Unidad y del plan diagnóstico-terapéutico y de las posibilidades de complicación y que en caso de parada cardiorrespiratoria no se realizaría reanimación cardiopulmonar.

- En REA presentó un primer episodio de fibrilación auricular (arritmia cardíaca) revertido farmacológicamente (amiodarona) y, al día siguiente, otro episodio con diagnóstico de fibrilación auricular paroxística por lo que se inició anticoagulación (tratamiento preventivo de eventos trombóticos como consecuencia de la arritmia de nueva aparición). A partir de este momento la evolución fue buena desde el punto de

vista respiratorio, aunque la ecografía de pulmón continuaba mostrando derrame pleural bilateral y atelectasias bibasales (colapso pulmonar por obstrucción de vías aéreas).

Estando en REA se realizó interconsulta al Servicio de Rehabilitación para realización de fisioterapia respiratoria que comenzó en este servicio y continuó en planta de hospitalización con adecuada colaboración.

- El día 21 de mayo fue dado de alta a planta de hospitalización dada la buena evolución respiratoria con adecuada respuesta a la ventilación mecánica no invasiva, aunque con persistencia radiológica de infiltrados algodonosos y derrame pleural bilateral, estableciendo la sospecha de broncoaspiración vs sobrecarga hídrica.

- El día 22 de mayo en planta de hospitalización a cargo del Servicio de Cirugía presentó un episodio de desaturación sin respuesta a nebulizadores, con crepitantes bilaterales y desorientación, manteniéndose la exploración del abdomen anodina. Se contactó con el Servicio de REA que decidió nuevo ingreso a su cargo. Se informó a la hija de la evolución.

- A la valoración por el Servicio de REA se encontraba taquipneico con disbalance toracoabdominal, saturando 92 % con mascarilla que aportaba oxígeno, por lo que decidieron ingreso para ventilación mecánica no invasiva.

Durante su estancia en este servicio se realizaron las pruebas complementarias necesarias (analíticas, urocultivo, hemocultivo y radiografías de tórax), así como interconsulta al Servicio de Rehabilitación para continuar con la fisioterapia y se ajustó el tratamiento según su necesidad. No obstante, se informó a la familia del poco avance a nivel clínico así como de que se había alcanzado el techo terapéutico, por lo que en caso de nuevo empeoramiento no se tomarían medidas agresivas, dejando constancia en la historia clínica de las medidas que se realizarían y cuáles no (no reanimación cardiopulmonar ni intubación orotraqueal; sí ventilación mecánica no invasiva y aminas a dosis bajas).

- A las cuarenta y ocho horas de su estancia en el Servicio de REA se consiguió adecuada ventilación alternando gafas nasales con ventilación mecánica no invasiva, aunque continuaba disneico y con secreciones que no movilizaba ni expulsaba, para lo que estaba realizando fisioterapia respiratoria, por lo que se planteaba posible alta a planta en los siguientes días dónde continuaría con la fisioterapia. No obstante, al día siguiente de esta apreciación se informó a la familia de su evolución

estacionaria con poco avance clínico, presentando un empeoramiento de la disnea (sensación de falta de aire) con falta de respuesta a la ventilación mecánica no invasiva y dificultad para hablar.

Se avisó a los familiares de la situación y del mal pronóstico a corto plazo por lo que se consensuó conjuntamente la adecuación del esfuerzo terapéutico, ocurriendo el fallecimiento el día 26 de mayo las 15:10 horas.

3. Las alegadas infracciones a la *lex artis*, referidas en la reclamación

Expuestos los hechos relativos a la asistencia sanitaria, debemos analizar ahora si en el transcurso de la misma se advierte la infracción de la *lex artis* alegada por la interesada en la reclamación, que -como se recordará. se circunscribe a los siguiente motivos:

- Inexistencia de un documento de consentimiento informado relativo a la cirugía.

- Ausencia de medidas preventivas para evitar los episodios de vómitos y broncoaspiración, como colocación de sonda nasogástrica a pesar de estar indicada.

- Demora en la tramitación de la documentación necesaria (autorización de acompañamiento doble A) para acompañar a (...), impidiendo a la familia acompañarlo en los momentos críticos.

- Deficiente información dispensada a la familia respecto a la evolución, y diagnóstico de neumonía por broncoaspiración.

3.A) Sobre el consentimiento informado: reglas legales generales y su cumplimiento en el caso de este expediente

1. En relación con el propio paciente:

La falta o ausencia de documento de consentimiento informado relativo a la cirugía es un motivo que decae a la vista de la historia clínica, pues consta en la misma el documento de consentimiento informado para la cirugía de urgencia firmado por el paciente.

El paciente aunque tenía un grado de discapacidad del 75 % por psicosis y tenía reconocido un grado de dependencia (Gran dependiente: Grado III), se encontraba en plenas facultades mentales para entender, tomar decisiones y otorgar su consentimiento.

Así, consta que el día 12 de mayo de 2024, cuando acude al Hospital y accede al Servicio CGD (Cirugía General y Digestiva), se dice en el Informe de este servicio que el paciente «*en plenas facultades mentales*, refiere que *en caso de necesitar cirugía, quiere correr el riesgo y operarse*». Además, se dice en el mismo informe que «*Se informa al paciente y a la familia de la probable cirugía y los posibles riesgos, que el paciente en plenas facultades entiende y acepta*». Se programa en aquel momento cirugía preferente, pero luego, ante el empeoramiento clínico y analítico, se decidió realizar cirugía urgente y el paciente firma el correspondiente documento de consentimiento informado para la cirugía urgente y para la eventual transfusión de hemoderivados.

Debemos partir de que el derecho a la asistencia sanitaria no consiste solo en la prestación de atenciones médicas y farmacéuticas, sino que incluye el derecho esencial a la información previa al sometimiento a cualquier intervención quirúrgica de forma clara y comprensible para el enfermo, con la advertencia de los riesgos, señalando los posibles tratamientos alternativos y, en todo caso, solicitando el preceptivo consentimiento previo a la intervención.

El consentimiento informado puede conceptuarse como el derecho de todo paciente a obtener la información suficiente, clara, completa, veraz y adecuada acerca del padecimiento que sufre, de su diagnóstico, pronóstico y posibles tratamientos, riesgos y alternativas, a fin de que pueda emitir su conformidad libre, consciente y voluntaria de recibirlos, asumirlos y en fin, de valorar, ponderar y decidor la relación entre el *coste* y el beneficio de unos y otros.

El art. 10.6 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, exigía *«el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención»*. La actual regulación, contenida en la Ley vigente, 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece en su art. 2 que *«toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley».*

Por su parte el art. 3 define el consentimiento informado como *«la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. Y dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. 2. La información clínica*

forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad».

El art. 4 establece que *la información, como regla general, se proporcionará verbalmente*. El art. 8.2 determina que *el consentimiento será verbal por regla general.* Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Ello explica que el Tribunal Supremo, en sentencias de 2 de octubre de 1997, 26 de enero de 1998, 10 noviembre 1998, 2 de noviembre de 2000 y 2 de julio de 2002, entre otras muchas, venga declarando que la exigencia de la constancia escrita de la información tiene un mero valor *ad probationem* (a los efectos de la prueba) y que pueda ofrecerse en forma verbal, siempre en función de las circunstancias del caso (sentencias de 2 de noviembre 2000, 10 de febrero de 2004, 10 de febrero de 2004 y 29 de septiembre de 2005), y siempre que quede constancia en la historia clínica del paciente y en la documentación hospitalaria que le afecte (sentencia del Tribunal Supremo de 29 de mayo de 2003). Por tanto, afirma el Tribunal Supremo, la falta de forma escrita no determina por sí la invalidez del consentimiento, de donde deriva que pueda aseverarse que la forma elegida para ofrecer la información –oral o escrita– no es constitutiva ni tampoco esencial, siempre y cuando conste que se ha ofrecido información suficiente y se expliciten las circunstancias por las que no se procedió a hacerlo en forma escrita.

Así pues existen dos reglas generales: de una parte, la necesidad de obtención de consentimiento informado con carácter previo a la prestación del servicio sanitario. Y de otra que la recepción de la información y emisión del consentimiento se haya efectuado de forma personal por parte de persona adulta destinataria de la actuación médica.

El consentimiento informado es núcleo básico del derecho de autodeterminación del paciente en el ámbito de la salud y, por tanto, parte esencial de su derecho a la autonomía personal, y constituye una parte del contenido definitorio de la *lex artis*, pues es uno de los deberes que incumbe al personal sanitario, de modo que puede concebirse como un acto médico más.

Tal y como señala el Tribunal Constitucional en su Sentencia 37/2011, de 28 de marzo:

«Se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas. Ésta es precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, posibilidad que ha sido admitida por el TEDH, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal (STEDH de 29 de abril de 2002, caso Pretty c. Reino Unido, § 63), y también por este Tribunal (STC 154/2002*, de 18 de julio, FJ 9).*

Ahora bien, para que esa facultad de consentir, de decidir sobre los actos médicos que afectan al sujeto pueda ejercerse con plena libertad, es imprescindible que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas, pues sólo si dispone de dicha información podrá prestar libremente su consentimiento, eligiendo entre las opciones que se le presenten, o decidir, también con plena libertad, no autorizar los tratamientos o las intervenciones que se le propongan por los facultativos. De esta manera, el consentimiento y la información se manifiestan como dos derechos tan estrechamente imbricados que el ejercicio de uno depende de la previa correcta atención del otro, razón por la cual la privación de información no justificada equivale a la limitación o privación del propio derecho a decidir y consentir la actuación médica, afectando así al derecho a la integridad física del que ese consentimiento es manifestación».

La citada Ley 41/2002 establece en su art. 9.2 b) que podrá prescindirse del documento de consentimiento informado cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

En el concreto caso de este expediente, consta en su historia que fue informado tanto el paciente como los familiares y además, consta en la historia clínica firmado un documento de consentimiento informado para cirugía urgente y otro para transfusión de hemoderivados.

2. Sobre la falta de información y comunicación con los familiares

Debemos tener en cuenta que el titular del derecho a la información es el paciente, pues tal y como dispone el art. 4.1 de la Ley 41/2002, *«los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley»* y expresamente indica el art. 5 1. que *«el titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas*

vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita».

Por tanto, aunque la Ley permita informar a los familiares y allegados, el titular del derecho es el paciente, y, por tanto, quien puede exigir responsabilidad por infracción de este derecho es su titular. El daño causado por falta de información o consentimiento informado supone una infracción del derecho del paciente a conocer y entender los riesgos que asume y las alternativas que tiene. Esta infracción causa un daño moral, que puede ser considerado como un daño moral autónomo, distinto del daño corporal causado.

Ahora bien este daño moral derivado de la falta de información tiene un carácter personalísimo por el que sólo al paciente se causa, de tal forma que solo éste puede reclamar por la vulneración de su autonomía.

Pero es que en este caso, dicho lo anterior respecto a la información suministrada a los familiares del paciente sobre su estado de salud, analizada la historia clínica aparecen anotaciones relativas a la información suministrada a la hija del paciente, hoy reclamante.

Así, entre la documentación del expediente consta una reclamación en el ámbito sanitario interpuesta por la hija del paciente en fecha 17 de mayo alegando la falta de información por el Servicio de Cirugía así como la demora en el acompañamiento del paciente dependiente. Respecto a la ausencia de información, el Servicio de Cirugía respondió a dicha reclamación indicando que tras la cirugía se informó a la familia de forma protocolaria en la sala de información del quirófano, posteriormente la familia fue informada por el Servicio de Cirugía o por el Servicio de REA según correspondiera de acuerdo al momento del ingreso.

Y se han referido en los párrafos anteriores constancias hechas en los documentos clínicos que muestran el conocimiento del estado del paciente por su familia, además de otras en que se reflejan comunicaciones de los intervinientes en el proceso asistencial del paciente con la hija, hoy reclamante.

Por ello, todas las mencionadas constancias impiden admitir que se produjo la falta de información denunciada por la reclamante.

3. Sobre la alegada demora en el acompañamiento de un paciente dependiente

Esta reclamación ha sido contestada por la subdirección de enfermería que informó que desde que se tuvo constancia de esta circunstancia se autorizó su

acompañamiento durante las 24 horas del día. Además se aclara que en todo momento se cubrieron las necesidades asistenciales del paciente. No obstante lo anterior, se debe tener en cuenta que en el Servicio de Reanimación el acompañamiento puede estar limitado en los protocolos y reglas hospitalarias de actuación, por la especial gravedad de los pacientes que ocasionalmente pueden precisar cuidados intensivos.

Por tanto, tal y como se ha indicado en líneas precedentes, aunque la información asistencial va destinada principalmente al paciente, también la información a personas con relación familiar o de hecho se realiza habitualmente si el paciente lo consiente de manera expresa o tácita y no se realiza si el paciente se niega a ello. En este caso existió comunicación con la hija del paciente. No obstante, en cualquier caso, esto no influyó en la evolución clínica del paciente ni consta que le produjera daño o perjuicio.

Tal y como informa el Servicio de Cirugía General y Digestiva la situación clínica era de un paciente de 92 años con diagnóstico de neoplasia de colon derecho sintomática, que se interviene de urgencias tras cuadro de obstrucción intestinal, previa firma del consentimiento informado, habiendo manifestado el paciente su voluntad de operarse si ello fuera necesario, realizándose una hemicolectomía derecha con anastomosis, con un adenocarcinoma de colon derecho localmente avanzado. En el postoperatorio cursa con un cuadro de broncoaspiración y neumonía aspirativa, siendo un cuadro grave con elevada probabilidad de muerte.

Este resumen, lacónico pero expresivo, refleja el cumplimiento de las exigencias de la *lex artis*, sin que en el expediente haya prueba que lo desautorice.

3.B) En cuanto a la supuesta ausencia de medidas preventivas para evitar los episodios de vómitos y broncoaspiración, como colocación de sonda nasogástrica

Si bien el SIP en su informe manifiesta que *«Estudiada la historia clínica, entre los hechos registrados durante su estancia en planta consta* el registro de dos episodios de vómitos aislados» uno el 16 de mayo y otro el 18 de mayo, lo cierto es que se objetiva en la historia clínica tres episodios de vómitos, dos el día 16 de mayo, uno por la mañana y otro por la tarde, y otro el 18 de mayo, día en que ingresa en REA y se coloca sonda nasográstrica dando abundante débito bilioso.

Según informa el SIP, (...)

«El íleo paralítico postoperatorio suele ocurrir de forma constante después de una cirugía abdominal por fallo en la actividad propulsiva del tubo digestivo, tratándose de un mecanismo adaptativo que ayuda a la recuperación tras la agresión quirúrgica. La mayoría de los casos no reviste gravedad y suele resolverse espontáneamente en pocos días, pero en algunas circunstancias puede prolongarse provocando obstrucciones de causa mecánica que se manifestaría con molestia abdominal, así como ausencia de expulsión de gases y heces. El tratamiento del íleo paralítico postoperatorio debe iniciarse cuando aparecen los síntomas, pero en el caso de una intervención abdominal con resección y sutura digestiva el tiempo de espera para inicio de tratamiento activo debe ser mayor pues se ha demostrado que el íleo paralítico postoperatorio puede servir como mecanismo adaptativo que ayuda a superar los días críticos de cicatrización, no estando indicado el uso de procinécitos en el postoperatorio inmediato, aunque sí está indicada la nutrición parenteral hasta que se recupere la motilidad intestinal. En este caso el paciente no manifestó en ningún momento molestia ni dolor y sí que mantuvo el tránsito intestinal con expulsión de gases y heces, por lo que la actitud expectante con indicación de dieta absoluta con nutrición parenteral fue adecuada en el manejo de esta entidad.

En cuanto a la sonda nasogástrica, es efectiva para evitar vómitos y sus complicaciones, no obstante su indicación en este caso concreto no está claro a la vista de los hechos, pues presentó dos vómitos aislados sin repercusión clínica inmediata. Tras el segundo vómito ya se indicó que en caso de un nuevo episodio se plantearía poner la sonda nasogástrica. Una revisión retrospectiva de la historia clínica de pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal concluyó que no hay datos que apoyen el uso de sonda nasogástrica en pacientes sin emesis activa, pues en aquéllos que se realizó descompresión nasogástrica tenían un riesgo significativamente mayor de neumonía e insuficiencia respiratoria, así como un mayor tiempo de resolución y duración de la estancia hospitalaria [1]. Tras dos episodios de vómitos aislados, separados por más de veinticuatro horas y sin repercusión clínica tras los mismos, no existía una indicación clara de sondaje nasogástrico, sino que al contrario, podría haber resultado contraproducente».

Por su parte, el Servicio de Cirugía General y Digestiva, en su informe, hace referencia a la evidencia científica en relación con la no colocación de sonda nasogástrica, de la que se concluye que la colocación de una sonda nasogástrica no previene el riesgo de neumonía por aspiración en pacientes con íleo paralítico, y puede asociarse a un aumento del riesgo de aspiración y neumonía. Por tanto, la evidencia indica que la sonda nasogástrica no previene y puede aumentar el riesgo de neumonía por aspiración en pacientes con íleo paralítico.

Por tanto, analizadas objetivamente las circunstancias acaecidas y la documentación que obra en el expediente remitido a este Consejo, no se encuentra ninguna acción que sea contraria a la *lex artis.*

Por el contrario, de los informes obrantes en el expediente es forzoso inferir que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas en el curso de la atención otorgada, tanto en la atención sanitaria dispensada, como en cuanto a los deberes de información al paciente y familiares y, por lo tanto, es como se dice obligado concluir que la actuación dispensada fue conforme a la *lex artis*.

No puede dejar de señalarse que los documentos e informes no presentan por sí mismos inconsistencias o carencia de fundamentos o contradicción con los razonamientos lógicos y propios de la sana crítica, ni han sido tampoco objeto de contradicción ni de prueba en contrario por la reclamante, en ninguno de los sucesivos trámites de que ha dispuesto para ello en todo el curso del expediente.

Por tanto, el fallecimiento no está relacionado causalmente con la asistencia sanitaria dispensada por el SCS, pues la adecuación de la asistencia sanitaria a la *lex artis* supone la inexistencia del necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial se considera conforme a Derecho, tal como se razona en el Fundamento IV del presente Dictamen.