Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 de junio 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 (...), abogado, en nombre y representación de (...), (...) y (...) y de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 183/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

La solicitud y el carácter preceptivo del dictamen

La reclamación, las normas, el plazo y la competencia para resolverla

La legitimación de los reclamantes y de la administración a la que se dirige

1. Mediante oficio de 27 de abril de 2026 (registrado en este Organismo el 4 de mayo siguiente), se solicita dictamen del Consejo sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud (SCS), como consecuencia de una reclamación de responsabilidad patrimonial derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Se reclama una indemnización de 340.000 euros, cantidad que determina el carácter preceptivo del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la consejera de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), en relación con 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). *El dictamen se emitirá en el plazo*

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

de dos meses y deberá pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización de acuerdo con los criterios establecidos en esta Ley [art. 81.2 LPACAP cit.].

3. En el análisis de la Propuesta de Resolución serán de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (en adelante, LOSC); la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

4.1. Sobre la legitimación activa de los herederos y los parientes de una persona fallecida resulta aplicable a este expediente -en el que los hijos y los hermanos de una persona fallecida reclaman una indemnización por ello- la conocida y consolidada doctrina del Consejo, expuesta p. ej. en el reciente Dictamen 176/2026, de 13 de mayo, entre muchos otros:

«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. [En este caso, el fallecimiento.] 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 1º5 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».

Lo mismo había sostenido el Consejo [p. ej. DCC 504/2021, de 21 de octubre (con cita, entre otros, de los Dictámenes 449/2021, de 23 de septiembre y 66/2020, de 3 de marzo)], que:

« (...) lo que se indemniza es la pérdida neta que sufren aquellas personas que dependían económicamente de los ingresos de la víctima (daño patrimonial), así como el dolor, sufrimiento, aflicción, la pérdida de la compañía, de proyectos conjuntos, etc., que produce a los familiares y allegados la muerte de una familiar (daño no patrimonial) (...), pues (...) el fallecimiento de una persona da lugar a daños patrimoniales y no patrimoniales, pero no los sufre el que muere, sino los familiares cercanos, de modo que la indemnización no la perciben 'iure hereditatis', sino 'iure proprio'. Se trata de un criterio generalizado en el Derecho comparado europeo, en el que la privación de la vida, no se considera un daño a efectos de las normas que regulan la responsabilidad y no es indemnizable.

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

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

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

Al igual que en el expediente que fue objeto del citado DCC 292/2021, en el presente caso los interesados no han alegado ningún perjuicio económico que les haya causado a ellos mismos el fallecimiento de su madre y hermana, por lo que «*estarían legitimados exclusivamente por el daño moral que la muerte les ha causado (Doctrina que ha sido reiterada en los DDCC 405/2015, 228/2020, 232/2020 y 562/2020, así como en los más recientes 59/2024, 106/2024, 129/2024, 162/2024, 333/2024 y 564/2024)*».

Por ello, dicho lo anterior, es preciso recordar también nuestra doctrina sobre la extensión o alcance de la legitimación de los sucesores de la persona fallecida que pudieran haber sufrido un daño moral, para determinar a quiénes de ellos puede reconocerse como legitimados para reclamar, y con qué requisitos.

P.ej., en el DCC 16/2023, de 18 de enero, se afirmó:

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

1.- Los miembros de la familia nuclear (...) El dolor de la familia nuclear, es decir, marido e hijos, se presume, no requiere prueba (STS de 15 de abril de 1988). (...)

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

En síntesis, la jurisprudencia ha atribuido la legitimación de los daños morales derivados del fallecimiento de una persona, en primer lugar, al viudo o viuda, junto a los hijos del fallecido y en segundo término a sus padres si la víctima está soltera (STS de 2 de julio de 1979; STS de 14 de diciembre de 1996). Finalmente, los hermanos también estarían legitimados en defecto de otros familiares más allegados (los ya expuestos) (STS de 4 de julio

de 2005), debiendo probar en su caso la vinculación afectiva entre ellos, su dependencia económica o su convivencia en el núcleo familiar».

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

La aplicación a este expediente de las reglas referidas, que el Consejo viene sosteniendo de acuerdo con la jurisprudencia invocada, permitiría presumir la existencia de vínculos con la fallecida en sus hijos y por tanto habría de reconocerles legitimación activa -en los términos legales [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32 LRJSP]- pero, en cambio, ello no sería posible en relación con sus hermanos, quienes deberían probar en el expediente la existencia de vínculos que permitan reconocerles legitimación, prueba que no consta aportada en el expediente remitido a este Consejo.

Por lo demás, y según consta en el expediente administrativo, los interesados actúan mediante representante -abogado- cuyo poder consta acreditado (art. 5 LPACAP).

4.2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, titular -mediante el SCS- de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, aun cuando, en este caso, la asistencia sanitaria objeto de reclamación se prestó por (...) -(...)-. Por ello, tiene también esta compañía legitimación pasiva en este procedimiento, con los efectos que también se dirán.

5. La competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde también a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

A la Secretaría General del Servicio le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se delegan

competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

7. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues fue presentada el 2 de enero de 2023 respecto de un daño que quedó determinado el día del fallecimiento de (...), el 30 de enero de 2022, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

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

II

Los hechos que motivan la reclamación, según el escrito en que se formula

La asistencia sanitaria prestada a la personada fallecida, según la relata el SCS

1. Los reclamantes promueven la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que fue dispensada a (...).

En la reclamación inicial se exponen los siguientes hechos:

«PRIMERO.- Que en fecha 17 de febrero de 2021, la paciente (...), se somete a un BY PASS GÁSTRICO en el HOSPITAL (...), aun cuando la misma estaba aquejada de una neumonía, lo que no fue tenido en cuenta para llevar acabo la intervención quirúrgica, siendo dada de alta en fecha 18 de febrero de 2021.

SEGUNDO.- Que ese mismo día, el 18 de febrero de 2021, y ya por la tarde, (...), reingresa en estado de sock en la Unidad Médico Intensiva (UMI) como consecuencia de padecer taquicardia, hipotensión e IRA hipoxémica.

Que tras realizar prueba de imagen ANGIO TC DE TORAX el mismo 18 de febrero de 2021, se detecta un derrame pleural bilateral con condensaciones basales bilaterales, con broncograma aéreo y áreas parcheadas en ambos lóbulos superiores de predominio izquierdo, con proceso infeccioso achacado a una posible neumonía de la administrada el mismo día en el que se llevó a cabo su intervención quirúrgica, circunstancia, que como ya se dijo, no fue detectada en las pruebas previas a la cirugía.

TERCERO.- Evolución en la UCI.

Que la paciente reingresó en UMI tras alta postoperatoria de la UMI esa misma mañana por IRA hipoxemica grave, se descartó TEP en CT tórax y se objetivaron infiltrados bilaterales que se acompañan de leucopenia y shock séptico con FRA, sospechándose inicialmente neumonía.

Que precisó IOT + VMI por diferencia alveoarterial de oxígeno elevada, constatando una mala evolución teniendo que ponerla en prono por hipoxemia refractaria, con buena respuesta, acompañando cobertura antibiótica empírica.

Que entra en Sock séptico con FRA que se recuperó y posterior mejoró del estado de shock retirando aminas vasoactivas el 22 de febrero de 2021, si bien, a pesar de la recuperación del estado de shock séptico y de la mejoría hemodinámica, el 24 de febrero de 2021 comienza nuevamente con problemas de ventilación y oxigenación, relacionados con el broncoespasmo y secreciones que alteraron los volúmenes y presiones respiratorios con deterior de la oxigenación aunque los marcadores de infección continuaron en descenso.

Que los médicos actuantes sospecharon de SDRA por difícil ventilación.

Que se realizó una ETT sin hallazgos patológicos significativos.

Que posteriormente se produce un empeoramiento respiratorio, leucocitosis y fiebre por lo que se realiza en CT tórax y de abdomen con contraste oral por mala evolución objetivándose dos colecciones y fuga de contraste, lo que provocó la intervención de la Sr. (…) de forma urgente mediante laparotomía media hallándose mínima fuga en anastomosis de pie de asa, perforación puniforme a 5 cm de anastomosis de pie de asa en asa alimentaria que se suturó, hallándose abundante líquido intraabdominal de características intestinales, no hubo incidencias durante la cirugía.

Que se amplió cobertura antibiótica con meropenem, daptomicina, tobramicina y anidulafungina.

Que llegados a este punto, los informes médicos señalan que en retrospectiva, la situación clínica de la paciente, Sr. (…) desde que se complicó y reingresó en UMI, estuvo relacionada con la perforación intestinal y una peritonitis secundaria, pero cuando reingresó ni la sintomatología ni la clínica dirigían al abdomen como causa del shock séptico, desconociendo en qué momento, ni en que contexto, se produjo la perforación intestinal.

Que tras la intervención quirúrgica, presentó, nuevamente, shock séptico con FRA inicial que se recuperó, siendo que tras 4 días se retiró el soporte vasoactivo, constatando estabilidad hemodinámica y mejoría respiratoria junto a descenso de la PCT y PCR, siendo que el 27 de febrero de 2021 presentó nuevo pico febril y se tomó un hemocultivo.

Que precisó varias transfusiones sanguíneas tras la cirugía sin signos de sangrado activo pero sí sospechando los facultativos de fenómenos de TRALI tras 48 horas de las transfusiones

que consisten en fiebre/febrícula, y, además, discreto empeoramiento de la oxigenación, si bien los cultivos que se tomaron en relación a estos episodios fueron negativos.

Que los hemocultivos tomados el 25 de febrero de 2021 y, también, el 27 de febrero de 2021 dieron positivo para S. Epidermis multirresistente pero sensible a daptomicina con lo que estuvo en tratamiento desde el 25 de febrero de 2021.

Que, posteriormente, en el HCx2 del día 2 de febrero de 2021 se negativizan y se descarta EL con ETE.

Que evoluciona de forma favorable, pero con problemas de taquifilaxia con la sedoanalgesia.

Que presenta, unas 48 horas después, fiebre/febrícula relacionada con dos transfusiones de dos concentrados de hematíes cada una, por lo que se toman cultivos en dichas ocasiones.

Que la PCT permaneció baja, mientras que los cultivos tomados, HC, urocultivos, BAS y cultivos de los tres drenajes fueron negativos.

Que desde la madrugada del 10 de marzo de 2021 presentó fiebre y deterioro de la oxigenación grave (en este caso, la última transfusión fue el 7 de marzo de 2021) por tanto, aquel empeoramiento fue posterior a las 48 horas habituales y mucho más grave que en las otras dos ocasiones anteriores.

Que, acto seguido, padeció dificultades para la oxigenación y ventilación grave.

Que en estado de Sedorrelajada, se realizó fibrobroncoscopia en la que no se objetivaron lesiones en la mucosa ni obstrucción de las vías aéreas, y no se encontraron secreciones por lo que se realizaron dos BAL y se tomó una BAS.

Que dada la gravedad de la situación se realizó CT abdomen que descartó mala evolución de la patología abdominal u otras complicaciones intrabdominales.

Que la Sra. (…) empeoró de forma notoria, estando febril, la procalcitonina disminuyó pero el PCR en ascenso progresivo, la radiografía de tórax mostró aumento difuso de la opacidad en la radiografía de tórax y en los cortes altos parenquimatoso.

Que los facultativos intervinientes sospecharon que se podía tratar de una neumonía por hongos, teniendo un BAS previo con identificación de candida albicans multisensible (aunque se estuvo tratando a la Sra. (…) con anidulafungina) vs SDRA.

Que los médicos decidieron realizar cambio de antimicrobianos y se dejó de los previos con anidulafungina, se añadió fluconazol, levofloxacino, linezolid y ertapenem.

Que finalmente, la paciente presenta shock y se inician aminas vasoactivas.

Que el 11 de marzo de 2021 la Sra. (…) presentó graves problemas de ventilación y oxigenación refractaria, desaturación de 87% pese a FiO2 1, por lo que los facultativos

decidieron colocarla, nuevamente en prono, tras dejar en prono hubo una mejoría de la ventilación y la saturación, disminuyendo FiO2 0.6 y PEEP 8 con y VM 7.5-8L.

Que el 12 de marzo de 2021 se vuelva a la Sra. (...) poner en decúbito supino y se mantuvo la mejoría del prono, sorprendiendo a los facultativos la pronta mejoría si fuera una NAVM.

Que se produce una mejoría clínica progresiva, programando los médicos responsables una traqueotomía quirúrgica tras informar a la familia y firmar el consentimiento.

Que el 16 de marzo de 2021 se realizó aquella cirugía sin incidencias, pero la traqueotomía presentó fuga desde su colocación.

Que optimizando la colocación la menor pérdida obtenida fue de 100 ml por rpm.

Que se decide dejar a la Sra. (...) sedorrelajada tras la cirugía para evitar más complicaciones.

Que los facultativos sospecharon de la concurrencia de una fístula entero-vaginal tras tener deposiciones diarreicas abundantes, se decidió realizar CT abdominal con contraste por vía enteral, no se apreciando fístula en el mismo, según informe médico, y la evolución posquirúrgica fue favorable, descartando en deposiciones posteriores la fístula entero-vaginal, por lo que se concluye que debió ser contenido que entró en vagina tras gran deposición.

Que el 19 de marzo de 2021 la Sra. (...) sufre leucocitosis, fiebre, aumento de la PCT junto a desadaptación de VMI sin desaturación y secreciones verdosas, por lo que se procedió al cambio de vías y cultivos, sospechándose de traqueobronquitis.

Que el tratamiento antibiótico previo había sido retirado el 17 de marzo de 2021 tras 7 días, por lo que proceden a poner antibioterapia con cefepime de forma empírica, produciéndose una mejoría clínica progresiva, con descenso de sedoanalgesia, más reactiva, dándose episodios de ansiedad frecuentes, se optimizó y reintrodujo progresivamente su tratamiento antidepresivo previo.

Que se inició del weaning en PS, con gran debilidad muscular.

Que los facultativos recibieron el 24 de marzo de 2021 los resultados de los cultivos del 19 de marzo de 2021, bacteriemia por catéter, dado que se había identificado la misma P. Aeruginosa en punta VVC y hemocultivos por dos, entando pendiente de BAS, sin resultado en ese momento, sospechando los médicos responsables traqueobronquitis por aumento de secreciones de aspecto purulento, siendo el germen resistente a cefepime, entre otros, por lo que los facultativos cambiaron a biterapia con pipiracilina-tazobactam y tobramicina, sensibles según antibiograma.

Que, posteriormente, el mismo 24 de marzo de 2021 presentó fiebre, achacada en el contexto de infección por el tratamiento con antibioterapia a la que fue resistente, por lo que se dejó antibioterapia dirigida y se pautó antitérmicos.

Que la Sra. (...) padeció gran debilidad generalizada, tetraparesia, aunque obedeció ordenes axiales, concurriendo un componente ansioso-depresivo de difícil control y dificultad para el weaning en PS, reintrodujendo su tratamiento antidepresivo, tolerando NET con deposiciones pastosas presentes con laxante (duphalac), retirando el procinético en los días previos.

Que se objetivaron heridas quirúrgicas con buen aspecto, UPP occipital y erosiones por roce del tejido a nivel de ambos glúteos, con favorable evolución.

Que el 30 de marzo de 2021 la Sra. (...) continua estable, en weaning con buen control de la ansiedad pero presentó distensión abdominal, timpanismo, sumando problemas de intolerancia a la NET con distensión y dolor abdominal, deposiciones escasas aunque presentes, por lo que los facultativos retiraron NET hasta mejoría, cuando se volvió a reiniciar.

Que se detecta Bacteriemia por S. Hemolyticus multirresistente, se pautó antibioterapia dirigida por antibiograma.

Que se comprobó punta de VVC negativa (se descartó bacteriemia por catéter), siendo BAS y urocultivo negativo, por lo que ordenó cambio VVC, y se informó a la familia de las novedades y situación actual de la paciente, según siempre informe médico, siendo que reseñó literalmente, "Hoy, vendrán de visita y aportarán una maquinilla para cortarle el pelo a la paciente dado que por sus características en dificultoso su manejo en situación de encajamiento y con un PP occipital, siendo que la paciente consiente que se le corte el pelo y la familia también".

Que tras varios días de reiniciada la NET volvió a presentar problemas de distensión abdominal y regurgitación, continuando con deposiciones presentes, por lo que los facultativos decidieron realizar CT abdominal que descartó cuadro suboclusivo y como único hallazgo significado habló de fecaloma a nivel rectal, es decir, las heces eran pastosas en el tacto rectal, se evacuaron lo posible, procediendo ajuste de medicación procinética y cambio en la NET con resolución del problema.

Que progresó en weaning en mascarilla traqueal, permaneciendo al menos 10-12 horas diarias desconectada.

Que tras realizar pruebas de deglución positiva, se retiró la sonda nasogástrica se inició dieta oral sin incidencias, suplementaria con batidos hiperproteicos.

Que se constata Traqueobronquitis por P. Aeruginosa multirresistente que apareció también en el exudado rectal de los exudados de control se inició antibioterapia según antibiograma del 15 de abril de 2021, con buena evolución clínica sin afectar al weaning.

Que desde el día 16 de abril de 2021 permaneció en ventilación espontánea con mejoría de la fuerza y expectoración de secreciones a través de traqueostoma y por boca, sentándose en sillón, continuó precisando oxigenoterapia en mascarilla a 2-3L, procediendo a la retirada de la sonda nasogástrica, iniciando dieta oral progresiva quedando con una dieta fácil masticación que comió sin problemas.

Que padecía labilidad emocional, pero según informes médicos se encontraba animada y positiva.

Que el 21 de abril de 2021, fue decanulada pero en la tarde-noche presentó insuficiencia respiratoria en contexto de atelectasia derecha que precisó volver a canular a la Sra. (...) que llevaba 6 meses en ventilación espontánea, pasando la noche soportada en VMI con FiO2 0.5 y PEEP 8.

Que el 22 de abril de 2021 los facultativos ordenaron iniciar ventilación espontánea intermitente en mascarilla traqueal, junto a maniobras posturales y de clapping para evitar nuevas atelectasias.

Que en ese momento la Sra. (...) tenía problemas de estreñimiento crónico precisando abundante medicación procinética y laxante, pero, ocasionalmente, había presentado deposiciones líquidas (a veces, relacionada con los batidos HP/HC), por lo que se retiró suplemento de batidos, tras esto no se volvió a presentar diarreas.

Que el 25 de abril de 2021 se puso en ventilación espontánea y desde entonces, no volvió a precisar soporte con VMI.

Que el día 28 de abril de 2021, presentó desaturación puntual, se objetivó no movilización simétrica del hemotórax derecho e silencio auscultatorio, se colocó en decúbito lateral izdo y se solicitó radiografía de tórax, en esta no se apreció a la atelectasia y los signos clínicos de la misma, concluyendo que había desaparecido, por lo que continuó con mascarilla traqueal sin conexión a VMI.

Que por su lado continúo mejoría de la fuerza muscular progresivamente con fisioterapia.

Que ya el 4 de mayo de 2021 se procedió a decanulación, nuevamente, sin incidencias, permaneciendo desde entonces con GN2L para adecuada saturación, sin nuevas incidencias desde el punto de vista respiratorio, expectorando y movilizando las secreciones hasta escupirlas por boca.

Que la traqueostomía en piel cicatrizó adecuadamente, mientras que Disfonía inicial, tras la decanulación, mejoró con los días.

Que se procedió a realizar ejercicios vesicales y retirada la sonda vesical, sin incidencias.

Que los exudados de control del 30 de abril de 2021 con exudado rectal resultó negativizado para P. aeruginosa multirresistente.

Que en los últimos días, en consenso con la Sra. (...) Según informe facultativo, se redujo la dosis de rivotril y pregabalina, continuando el descenso según la tolerancia de la paciente.

Que mejoró progresivamente la fuerza de extremidades y tronco, realizando los primeros ejercicios de bipedestación con fisioterapia, no obstante, a nivel proximal de MSI esta continuó muy reducida, concluyendo los facultativos que siendo que la Sra. (...) estuvo en prono en varias ocasiones, pudo haber sufrido una lesión nerviosa por la colocación en dicha posición, por lo que solicitaron valoración a Neurología.

Que objetivaron debilidad en hombro izado, sin otra focalidad motora, refiriendo que hemodinámicamente estaba estable, bien prefundía, eupneica, sin trabajo respiratorio con GN2L para SpO2 98%. MVC sin estertores, con abdomen anodino, tolerando ingesta oral con deposiciones pastosas presentes, autorizando a la familia para que pudiera traerle fruta y primeros platos para garantizar el aporte calórico adecuado, constatando diuresis espontánea adecuada sin deterioro de la función renal y sin alteraciones electrolíticas.

Que este punto los facultativos debían tener en cuenta la potasemia ya que en varias ocasiones había precisado suplementos por hipopotasemia y en controles posteriores retirándolos por niveles elevados en el límite de la normalidad, refiriendo los MMII sin signos de TVP ni isquemia aguda, profilaxis TVP con enaxoparina y afebril.

Que dada que la patología se resolvió de forma satisfactoria con el último CT abdominal donde se reflejó dicha situación con fecha del 8 de abril de 2021, los facultativos consideraron que la Sra. (...), en este momento, debía ser dada de alta a la planta de Medicina Interna.

CUARTO.- Que en fecha de 19 de julio de 2021, (...) acudió por urgencias al (...) Universitario, aquejada de un fuerte dolor abdominal siendo atendida por la Doctora Auseron Soteras, del correspondiente centro, siendo el diagnóstico el siguiente, infección de tracto urinario y dolor abdominal no especificado, para todo lo cual se procedió al correspondiente tratamiento, sin recomendar hospitalización.

QUINTO.- Que en fecha 27 de agosto de 2021, la Sra. (...) volvió a acudir a urgencias al mismo Centro Hospitalario, esta vez por constantes vómitos, siendo atendida en esta ocasión por el Doctor (...), del mismo centro, siendo el diagnóstico de gastritis aguda, para lo cual se pautó el tratamiento correspondiente, sin recomendar hospitalización.

SEXTO.- Que en fecha 29 de septiembre de 2021, la Sra. (...) volvió a acudir a urgencias del mismo Centro Hospitalario, nuevamente por constantes vómitos, siendo atendida por la facultativa Dr. (...), de dicho Centro Hospitalario, refiriendo diagnóstico de Hiperemesis, con

ulcus de la boca anastomática, para lo cual se aplica el correspondiente tratamiento médico, sin recomendar hospitalización.

SÉPTIMO.- Que en fecha 16 de Octubre de 2021, (...), acude a urgencias del Hospital Universitario Insular-Materno Infantil, dando como resultado informe clínico de hospitalización del servicio de digestivo que señalaba: "Motivo de ingreso (Enfermedad actual): Disfagia. Acude por episodio de vómitos alimenticios, y fue atendida por la Doctora (...) El diagnóstico concluido es Cirugía bariátrica (Bypass gástrico con anastomosis en Y de Roux según consta en historia). No visualiza estenosis en anastomosis. Se inicia tolerancia y se realiza E. Dado que no se aprecia patología, es alta para control por cirugía y digestivo como tenía previsto.".

OCTAVO.- Que en fecha 10 de enero de 2022, la Sra. (...), vuelve a acudir por urgencias al referido con anterioridad Hospital Universitario Insular-Materno Infantil, resultando el siguiente Informe Clínico de Urgencias: "Motivo de la Consulta: Debilidad generalizada e hiporexia. Fue atendida por el Doctor (...) y bajo la supervisión de la Doctora (...) Diagnóstico principal: Infección SARS-COV2 Escenario 2. Para ello, se le pautó el correspondiente tratamiento. Otras recomendaciones: Se recomienda seguimiento por médico de Atención Primaria y en caso de empeoramiento acudir nuevamente al servicio de Urgencia."

NOVENO.- Que en fecha 12 de enero de 2022, la Sra. (...), acude nuevamente al servicios de urgencias del Hospital Universitario Insular-Materno Infantil, como consecuencia de debilidad generalizada, siendo en esta ocasión atendida directamente por la Doctora (...) que emito informe en el que se constataba literalmente: "Ahora el Diagnóstico principal fue: Infección SARS-COV2 Escenario 4. En cuanto a la evolución y los comentarios, se decide el Ingreso Hospitalario. Siendo el servicio de destino: Medicina Interna".

DECIMO.- Que en fecha 15 de enero de 2022, la Sra. (...), es dada de alta y trasladada a las 01:30 de la madrugada al domicilio de los padres de la misma, aun cuando estaba aquejada de SARS COV2 y del gravísimo historial clínico.

DECIMO PRIMERO.- Que esos días seguía padeciendo el dolor intenso del costado que propició su ida al servicio de urgencias del día 10 de enero de 2022, siendo finalmente trasladada al hospital el día 29 de enero de 2022, es decir, estuvo 7 días en el domicilio de sus padres sufriendo fuertes dolores y con la misma sintomatología que la hizo acudir al servicio de urgencia el mentado día 10 de enero de 2022.

DECIMO SEGUNDO.- Que en fecha 29 de enero de 2022, tras recibir la familia una llamada de la facultativo que atendía a la Sra. (...), esta manifiesta que debía ser intervenida de urgencia, al referir que tenía los intestinos parados, pero que no disponía del historial clínico de la paciente correspondiente a sus seguimiento médico en el Hospital de

Meloneras, siendo finalmente operada sin que a los familiares les permitiesen entregar dichos informe médicos.

DECIMO TERCERO.- Que una vez se comienza la intervención quirúrgica, los facultativos descubren que los intestinos de la Sra. (...) estaba funcionando normalmente, y que lo que refería era una infección grave, la detectada el 10 de enero de 2022 en el centro de urgencia de Vecindario y respecto de la cual se le dio el alta tanto el mismo día 10 de enero de 2022, como posteriormente el día 15 de enero de ese mismo mes, siendo que la causa de aquel empeoramiento de la Sra. (...), y fundamentos de la intervención quirúrgica del día 29 de enero, no fue otra que la falta de tratamiento de la infección del Covid19 detectado en la su persona.

DECIMO CUARTO.- Que finalmente en fecha 30 de enero de 2022, (...), fallece.

(...) ».

2. En el expediente obra también la relación de las actuaciones del SCS y de la asistencia prestada a la fallecida madre y hermana de los reclamantes hecha por el Servicio de Inspección (SIP), de 11 de diciembre de 2024, que es pertinente reproducir:

« (...)

1. HECHO PRIMERO:

1.- La paciente es valorada unos días antes de la cirugía (12/02) por el Servicio de Anestesia, dentro del protocolo preoperatorio (es habitual que la valoración por anestesia en cirugías programadas se realice unos días antes y no el mismo día de la cirugía). En dicha visita, la paciente refiere sus antecedentes médicos, sin que conste que haya mencionado síntomas respiratorios agudos, diagnósticos de neumonía u otras afecciones respiratorias agudas. Tampoco se describen hallazgos que pudieran sugerir la presencia de un cuadro infeccioso o insuficiencia renal (la analítica realizada el día previo no mostró signos de infección ni de insuficiencia renal).

- La paciente era asmática, una afección crónica que figura entre sus antecedentes en valoraciones preanestésicas previas (del 2018), y se encontraba en tratamiento con Ventolin®.

En la fase preoperatoria, según las notas del Servicio de Endocrinología (visita del 14/01/2021) y considerando sus antecedentes, se le había realizado una espirometría para evaluar su funcionalidad respiratoria como parte de la valoración del riesgo anestésico. Esta prueba complementaria fue aportada por la paciente el día de la intervención y se describe como normal.

Además, en el informe preceptivo se describe que, dentro del protocolo preoperatorio, se realizó una radiografía de tórax (de la cual no consta informe, ya que en el (...) no se suelen emitir informes para las radiografía de tórax).

- El anestesista consideró a la paciente apta para la cirugía, basándose en la anamnesis, en la exploración realizada durante la visita y en los datos clínicos disponibles.

- En los días previos a la cirugía (entre el 12 y el 17 de febrero), no constan asistencias al Servicio de Urgencias del CHUIMI/(...) ni a su Centro de Salud. Tampoco se registra que la paciente haya referido a profesionales sanitarios síntomas como sudoraciones, disnea o un aumento en el uso de Ventolin®. Cabe señalar que estos síntomas, además de ser inespecíficos (sudoraciones sin fiebre), podrían atribuirse a su patología crónica (asma) y a su grave obesidad.

- Se registró un resultado negativo en el test de cribado para coronavirus realizado el día antes de la intervención.

- No consta que la paciente mencionara dichos síntomas el día de la cirugía, posiblemente porque no les otorgó importancia y les dio peso solo retrospectivamente al ser interrogada directamente por el personal sanitario.

Otra posibilidad es que no los mencionara por temor a que la cirugía se cancelara o retrasara.

- En cualquier caso, si la paciente hubiera presentado una clínica respiratoria evidente durante la cirugía, causada por una neumonía, esto debería haberse reflejado en las mediciones de las saturaciones de oxígeno (que se mantuvieron normales durante toda la cirugía y a la extubación) y en otros parámetros monitorizados durante la intervención.

- En el postoperatorio inmediato, la paciente es ingresada en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI), como es habitual en cirugías que requieren anestesia general, para su despertar y recuperación. Tras 24 horas, en la mañana del 18/02/2021, es dada de alta de la UMI y trasladada a planta de hospitalización. Para que se pudiera realizar este traslado, la paciente debía estar estable clínica y hemodinámicamente. La paciente no es dada de alta al domicilio, es trasladada a otra planta.

2.- HECHO SEGUNDO

La paciente reingresa en la UMI con sospecha inicial de shock séptico grave, atribuido a una posible infección pulmonar (neumonía). Esta sospecha diagnóstica se basa en los hallazgos del Angio-TAC pulmonar (condensaciones pulmonares+derrame pleural), los resultados analíticos y en lo referido por la paciente.

No se detectó en las pruebas y exploraciones previas, ya que, según la reconstrucción de los acontecimientos, estas se realizaron antes del inicio de la posible infección respiratoria y

dentro del protocolo preanestésico. Cabe señalar que dicha presunta infección, en cualquier caso, no consta en la historia clínica de la paciente, ni en los registros de Atención Primaria ni en los de la atención especializada.

Asimismo, no se logró identificar el patógeno responsable de la neumonía, ya que los cultivos, incluyendo los realizados a partir del broncoaspirado (muestra de secreciones y material procedente de las vías respiratorias inferiores), efectuados inicialmente el 19/02, resultaron todos negativos. Solo se registró la presencia de Candida albicans en la faringe, un hongo que puede formar parte de la flora normal del tracto respiratorio superior.

Días más tarde, se sospechó un cuadro de SDRA (Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo). Este síndrome se caracteriza por la aparición repentina de dificultades respiratorias graves debido a la inflamación y al edema de los pulmones, lo que dificulta la función pulmonar y puede llevar a insuficiencia respiratoria. Radiológicamente, los pulmones suelen mostrar áreas de consolidación y derrames, lesiones que pueden ser similares a las observadas en una neumonía.

La patogénesis del SDRA involucra una condición/lesión inicial (por ejemplo, reacciones a fármacos, infecciones, aspiración de contenido gástrico, obesidad, enfermedades autoinmunes), que desencadena una reacción inflamatoria que resulta en daño pulmonar.

3.- HECHO TERCERO, EVOLUCIÓN EN LA UCI (o UMI)

A.- Cuando la paciente reingresó en la UMI (tarde del 18/02), no hubo indicios de un origen abdominal de su cuadro que explicara el empeoramiento clínico. La sintomatología predominante era respiratoria, y la exploración abdominal fue normal, sin signos de irritación peritoneal ni hallazgos que sugirieran un abdomen agudo secundario a una perforación. Solo se observó dolor abdominal, un signo inespecífico y compatible con el antecedente de cirugía abdominal. Además, los drenajes no evidenciaron una cantidad ni un tipo de fluido que resultara inusual o preocupante. Es importante destacar que los cultivos del líquido obtenido a través del drenaje, realizados el 26/02/2021 y el 02/03/2021, fueron negativos, lo que refuerza la ausencia de datos microbiológicos de una infección de origen abdominal.

La reintervención, posibilidad contemplada en el consentimiento informado, se llevó a cabo urgentemente el 26/02, considerando los hallazgos del TAC de una posible fuga/perforación, que se confirmó durante la cirugía y se trató adecuadamente. La cirugía se realizó sin incidencias, con una sutura simple, sin necesidad de resección intestinal, y resultó exitosa (sin complicaciones intraabdominales posteriores, resolución de la fuga). El servicio de cirugía, en el informe de alta, menciona que no se puede determinar con exactitud cuándo se produjo la perforación.

La fuga en la anastomosis y la perforación del asa intestinal son complicaciones conocidas que pueden manifestarse tanto en las primeras 24-48 horas tras la cirugía como en

semanas posteriores. Su aparición depende de múltiples factores, entre ellos la obesidad y el estado infeccioso preexistente, que pueden predisponer a estas complicaciones. Además, una mala cicatrización de la anastomosis puede estar relacionada con características intrínsecas del paciente. Es importante señalar que la presencia de estas complicaciones no implica necesariamente que la técnica quirúrgica haya sido inapropiada, sino que responde a un conjunto de circunstancias multifactoriales propias del paciente y del contexto clínico.

De hecho, durante la primera cirugía se comprobó la existencia de fugas, se corrigió la fuga a nivel del pie de asa con sobresutura, confirmándose que había sido corregida de manera adecuada (sin fugas).

B. En cuanto a las complicaciones registradas en la UMI, se confirma que para todas ellas se realizaron las pruebas complementarias necesarias, se adoptaron las medidas terapéuticas adecuadas, se ajustó la medicación correspondiente y la paciente fue valorada por los especialistas pertinentes.

Todas las complicaciones derivadas han sido resueltas, y la paciente pudo ser dada de alta a su domicilio cuando hubo una mejoría clínica compatible con su regreso.

Es importante precisar que algunas de las complicaciones que presentó la paciente están contempladas en el Consentimiento Informado firmado previamente, como la posibilidad de reintervención, derrame pleural, infecciones, déficits nutricionales y alteraciones digestivas. Adicionalmente, otras complicaciones son inherentes a la estancia prolongada en una Unidad de Medicina Intensiva (UMI).

En este entorno, el riesgo de infecciones nosocomiales aumenta debido al uso necesario de dispositivos invasivos, como la traqueotomía, cuyo riesgo de complicaciones infecciosas fue aceptado por los familiares al firmar el Consentimiento Informado, o el uso de catéteres venosos centrales, frecuentemente asociados a bacteriemia. También, el soporte con ventilación mecánica prolongada puede predisponer a infecciones respiratorias y otras complicaciones. A pesar de estas complicaciones, en todo momento se ha dado respuesta a las situaciones surgidas, logrando su resolución.

Se responde únicamente a las complicaciones subrayadas en la relación de los hechos realizada por los reclamantes.

• La TRALI (Transfusion-Related Acute Lung Injury) es un síndrome clínico raro caracterizado por insuficiencia respiratoria aguda y daño pulmonar asociado temporalmente a la administración de componentes sanguíneos, que se resuelve dentro de las 96 horas. La paciente precisó las transfusiones por anemia grave, realizándose todas las comprobaciones necesarias para comprobar la compatibilidad y evitar reacciones hemolíticas o alérgicas, pero no pudiéndose prever esta reacción inmunológica. Se hipotetizó esta condición viendo la

relación temporal con las transfusiones, la clínica presentada, y habiéndose descartado que el cuadro fuera causado por agentes infecciosos.

• A partir del 10/03, cuando se registró fiebre y deterioro de la oxigenación, que no se atribuyó a una reacción TRALI por su aparición tardía, se descartaron obstrucción o lesiones de la vía aérea. Se sospechó de infección fúngica en diagnóstico diferencial con un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Se tenían datos analíticos de una mejoría de la sepsis (infección generalizada) pero aumento de la PCR (signo de infección/inflamación), una radiografía que mostraba aumento difuso de la opacidad pulmonar (significando neumonía o acumulación de líquidos, es decir, edema pulmonar y/o derrame pleural) y un TAC que mostraba todavía derrame pleural y colapso de un pulmón.

La sospecha de una neumonía por hongos se fundamentó en los hallazgos analíticos, radiológicos, la clínica y un broncoaspirado previo positivo para Candida albicans multisensible. Se hipotetizó dicho diagnóstico a pesar de que ya estuviera adecuadamente tratada con antifúngicos (en ocasiones, un agente infeccioso puede desarrollar resistencia, sobre todo en una planta de cuidados intensivos).

A pesar de que, entre en shock del día siguiente, se trata y se recupera de él.

En cuanto al cuadro pulmonar, según las pruebas realizadas posteriormente (por ejemplo, la TAC de tórax realizada durante el ingreso en Medicina Interna del 29/09/2021), se resolvió completamente, sin constatar secuelas ni alteraciones a nivel pulmonar (resolución de derrame pleural, condensaciones y atelectasia, pulmones limpios). También la clínica pulmonar se resolvió completamente.

Al alta en junio de 2021, la paciente no requería oxigenoterapia, mostrando saturaciones de oxígeno normales en las valoraciones subsecuentes.

• La fístula entero-vaginal (la posibilidad de fistulas era contemplada en el Consentimiento Informado de cirugía bariátrica), sospechada tras la observación de deposiciones en la vagina durante episodios de diarrea, no llegó a confirmarse.

• La traqueotomía es un procedimiento quirúrgico en el que se realiza un orificio en la parte delantera del cuello, en la tráquea. Se coloca una cánula de traqueostomía en este orificio con el fin de mantenerlo abierto y permitir la respiración, el cual puede conectarse a un ventilador mecánico. La paciente requirió esta intervención debido a que llevaba varias semanas con intubación orotraqueal, y la traqueotomía permite una ventilación más efectiva y menos traumática que la intubación orotraqueal en el largo plazo, ya que reduce el riesgo de lesiones en la tráquea y facilita los cuidados respiratorios, además de mejorar la comodidad del paciente.

La infección o inflamación local (a nivel de la tráquea) puede ser una causa de la fuga, ya que afecta la capacidad de la tráquea para sellar correctamente alrededor de la cánula. De hecho, a los pocos días se registraron secreciones a ese nivel y se sospechó de infección a

ese nivel. La presencia de fuga de aire, aunque no indica un fallo grave inmediato del procedimiento, puede requerir manejo adicional, como ajustar la cánula y optimizar su colocación. En este caso, se optimizó la colocación de la cánula. Este tipo de complicación es conocida y se maneja habitualmente en el contexto clínico.

No se registraron otras complicaciones con la traqueostomía. Una vez retirada la cánula, la piel cicatrizó adecuadamente y la disfonía inicial, habitual tras este procedimiento, mejoró con el paso del tiempo.

• El 19/03 se sospechó de traqueobronquitis (infección de la tráquea y los bronquios) debido a la analítica realizada con signos de infección y por la clínica presentada por la paciente, que incluía secreciones verdosas y disadaptación a la ventilación sin desaturaciones (dificultades para mantener una adecuada sincronización con el ventilador mecánico o para adaptarse al proceso de ventilación asistida, aunque no haya desaturación de oxígeno, es decir con adecuada oxigenación). En respuesta a esa sospecha se realizaron cultivos y se inicia un nuevo antibiótico.

La antibioterapia previa se había retirado tras una semana de tratamiento, ya que la paciente había mostrado una mejoría clínica progresiva y la sospecha inicial era de un cuadro pulmonar fúngico o de base inflamatoria (no bacteriana), con cultivos de sangre, orina y broncoaspirado que finalmente habían resultado negativos. El tratamiento antibiótico se mantuvo durante 7 días, lo cual es adecuado, ya que, si no hay evidencia de infección bacteriana, no se debe prolongar indefinidamente el tratamiento, para evitar el riesgo de resistencia a los antimicrobianos.

La traqueobronquitis no se confirmó en los cultivos realizados en esa fecha, encontrándose posteriormente (15/04) en el cultivo de broncoaspirado, donde se confirmó la presencia de Pseudomonas aeruginosa como agente causal. La paciente era portadora de Pseudomonas (bacteria que formaba parte de su F. intestinal), que durante el ingreso fue desarrollando resistencia a los antibióticos y causó bacteriemia y una infección a nivel traqueobronquial (posibilidad contemplada en el consentimiento informado relacionado con la traqueostomía).

Todas estas infecciones se resolvieron durante el ingreso (broncoaspirado del 27/05/21 y exudado rectal del 30/04/2021 negativos por Pseudomonas). No consta que la paciente haya requerido tratamiento antibiótico al alta, ni que haya sido necesaria una valoración por la Unidad de Enfermedades Infecciosas en el seguimiento posterior.

• A la paciente se le diagnosticó debilidad generalizada y tetraparesia secundaria a polineuropatía del paciente crítico (marzo 2023). Se trata de una complicación neuromuscular frecuente en pacientes que han permanecido en unidades de cuidados intensivos durante periodos prolongados. Se caracteriza por debilidad muscular generalizada,

incluyendo dificultad para el destete de la ventilación mecánica debido a la debilidad de la musculatura respiratoria, y afectación sensitiva.

En el caso reclamado fue manejada desde la UCI con seguimiento fisioterapéutico temprano, evidenciándose una mejoría progresiva. En la cita con el Servicio de Neurología del 13 de julio de 2021, ya no consta diagnóstico de polineuropatía ni de lesión nerviosa.

Asimismo, durante su ingreso en el Servicio de Medicina Interna ((...)) del 29 de septiembre de 2021, la exploración neurológica fue completamente normal: se evidenció fuerza conservada, movilidad espontánea de las cuatro extremidades y una marcha normal.

• En cuanto a la nutrición, inicialmente la paciente estuvo recibiendo nutrición enteral por sonda nasogástrica, la cual fue bien tolerada y con deposiciones frecuentes con asociado el uso de laxantes. Cuando las deposiciones comenzaron a ser más escasas (aunque siempre presentes) y se asociaron a distensión abdominal, se decidió retirar temporalmente la nutrición enteral, con resolución del cuadro. Posteriormente, cuando se reinició la nutrición enteral, la paciente la toleró durante varios días; sin embargo, de forma sucesiva, presentó distensión abdominal y regurgitación, aunque continuó con deposiciones. Se solicitó una prueba complementaria (TAC abdominal) para descartar complicaciones, encontrándose un fecaloma (acumulación de heces en el recto), el cual fue evacuado y tratado, sin que se repitiera posteriormente durante el ingreso o posteriormente al alta del (...).

Durante el ingreso en UCI se comprobó la ausencia de disfagia (prueba de deglución positiva), se retiró la sonda nasogástrica y se inició dieta oral, comprobándose la tolerancia oral. El estreñimiento crónico, del cual la paciente ya padecía, era conocido en sus antecedentes (seguimiento durante años por digestivo debido a un diagnóstico de síndrome de colon irritable con predominio de estreñimiento), así como la alternancia ocasional de estreñimiento con diarrea.

Al momento de realizar el traslado de la paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a la planta de Cirugía, se permite a los familiares traer frutas y primeros platos para la paciente.

Esto no significa que la paciente no reciba la comida y los suplementos nutricionales necesarios, que son proporcionados como parte de su tratamiento médico. Sin embargo, al ofrecer alimentos "caseros", se busca mejorar su apetito, dándole opciones que pueda preferir más que los alimentos institucionales, lo cual puede ser más apetecible para ella y contribuir a su recuperación.

Durante su permanencia en el servicio de Cirugía se describe buena tolerancia oral, sin nauseas ni vómitos.

• El cuadro ansioso-depresivo no es una novedad del ingreso en UCI, ya que figura entre sus antecedentes médicos, habiendo requerido seguimiento por la Unidad de Salud Mental (USM) durante años. Durante su estancia en UCI, se describe un componente ansioso-

depresivo de difícil control al inicio de su proceso de destete ventilatorio, momento en el que se decidió reintroducir el tratamiento antidepresivo.

En UCI, es habitual retirar temporalmente la medicación antidepresiva y/o ansiolítica para evitar posibles interacciones con los fármacos instaurados en este ámbito o complicaciones como depresión respiratoria o hemorragias. Es comprensible que, en una situación de tanta fragilidad, haya podido experimentar incluso una reacción desadaptativa. Sin embargo, los registros reflejan que, probablemente a medida que el antidepresivo comenzó a actuar, la paciente mostró mejoría anímica, sintiéndose más animada y positiva.

No consta en su historia clínica que, tras el ingreso, haya presentado cuadros depresivos de gravedad o intentos autolíticos. Asimismo, no acudió a las citas programadas con la USM el 23 de septiembre de 2021 y el 25 de octubre de 2021, a pesar de no encontrarse hospitalizada en esas fechas.

• El 8/04/2021, la paciente seguía ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos. Según el informe preceptivo, el traslado a la planta de Cirugía General se realizó el 7/05/2021, previa comprobación de su estabilidad clínica y compatibilidad con el paso a un servicio sin cuidados intensivos.

4.- HECHO CUARTO:

La paciente acudió al Servicio de Urgencias hospitalario el día 19/07/2021 por dolor abdominal, asociado a una infección de orina (urinálisis sugerente de infección urinaria) y acumulación de heces (estreñimiento), condiciones que no requirieron ingreso hospitalario. Se excluyó un problema de oclusión intestinal con radiografía de abdomen. La paciente se mantuvo afebril, con constantes vitales dentro de la normalidad.

Se pauta tratamiento antibiótico para la infección urinaria. Se entiende que el cuadro se resolvió, dado que no consulta a su médico de Atención Primaria por este motivo.

5.- HECHO QUINTO:

En ocasión de la asistencia al Servicio de Urgencias del 27/08/2021 por vómitos, se realizaron las pruebas complementarias y las exploraciones necesarias que excluyeron un abdomen agudo y patología de competencia quirúrgica (exploración abdominal tranquilizadora, pruebas de imagen negativas), con hallazgos de infección urinaria y gastritis aguda. Se resalta la evolución clínica satisfactoria, con mejoría de los síntomas durante su estancia en urgencias y la ausencia de criterios de gravedad que justificaran un ingreso hospitalario, dando recomendaciones al alta (control por su médico de AP y endoscopia digestiva alta). No consta que la paciente haya acudido a las citas con su médico (ausentismo).

6.- HECHO SEXTO:

El 29/09, a raíz del empeoramiento clínico, se ingresa a la paciente en el Servicio de Medicina Interna, realizándose pruebas complementarias durante el ingreso que permiten diagnosticar la presencia de una úlcera a nivel de la boca anastomótica. Se instaura tratamiento sintomático bajo sugerencia del cirujano que valora la paciente.

Además, según la exploración física realizada al ingreso, se ha resuelto la debilidad en el miembro superior izquierdo (exploración neurológica anodina).

Se descarta patología pulmonar, realizándose una TAC de tórax de control, sin evidencia de neumonía (se ha resuelto completamente el cuadro pulmonar previo) ni de nódulos sospechosos.

No se identifica una problemática relacionada con el bypass gástrico, ya que la cavidad gástrica es perfectamente funcional y presenta buena amplitud (sin evidencia de estenosis). La úlcera en la anastomosis podría estar asociada a factores como irritación local, exposición al contenido gástrico ácido (hipersecreción ácida) o el uso de medicamentos irritantes (antiinflamatorios, antidepresivos), y constituye una posible complicación tardía de la cirugía bariátrica. Cabe destacar que esta complicación es independiente de la calidad técnica con la que se haya realizado la intervención quirúrgica, y depende de factores intrínsecos del paciente y extrínsecos (fármacos).

7.- HECHO SÉPTIMO:

El 16/10/2021, la paciente acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI refiriendo síntomas como hipoglucemia, pérdida ponderal, náuseas, vómitos e intolerancia a alimentos, síntomas que frecuentemente se asocian a cirugía bariátrica. Según el consentimiento informado, firmado y aceptado por la paciente antes de la cirugía bariátrica, las posibles consecuencias de esta cirugía incluyen alteraciones digestivas definitivas (diarreas y vómitos), déficits nutricionales y pérdida excesiva de peso.

A pesar de ello, se descarta una posible causa mecánica de disfagia. Mediante radiografía se descarta oclusión intestinal, y endoscópicamente se descarta estenosis en la zona intervenida, además de no visualizarse lesiones (la úlcera previamente observada está resuelta). En resumen, se visualiza un estómago intervenido pero normal.

Además, durante el ingreso, la paciente es valorada por el Servicio de Endocrinología-Nutrición, quien indica suplementos nutricionales y programa una cita para seguimiento en consultas externas (cita realizada el 09/12/2021, momento en que refiere haber resuelto los vómitos tras eliminar la leche de su dieta).

En resumen, durante el ingreso se descartan causas orgánicas que pudieran estar provocando la disfagia o intolerancia a alimentos. En el informe también se señala que no hay datos sugestivos de un proceso infeccioso. Antes del alta, se inicia la tolerancia oral con dieta líquida y pastosa-blanda, asegurándose de que la paciente la tolere adecuadamente antes de su regreso. Se registra que persiste con náuseas y vómitos escasos, los cuales se

consideran como posibles consecuencias de la cirugía bariátrica (aceptados y firmados por la paciente). El alta se otorga con seguimiento ambulatorio por los servicios de Cirugía General y Digestiva y Endocrinología-Nutrición.

Durante el ingreso la paciente no presenta síntomas respiratorios y la radiografía de tórax es negativa, mostrando completa resolución de las complicaciones respiratorias registradas previamente durante su ingreso en la UMI tras la intervención de bypass gástrico.

8.- HECHO OCTAVO:

El 10/01/2022, la paciente acude al Servicio de Urgencias debido a un cuadro que no se relaciona con su cirugía bariátrica, sino con una posible infección por COVID-19. Dado que no se observan criterios de gravedad (sin signos de neumonía, la paciente está eupneica con niveles de saturación de oxígeno aceptables y sin evidencia de insuficiencia respiratoria), se decide el alta con seguimiento a través del mecanismo de Hospitalización a Domicilio (HADO). El mismo equipo de HADO decide derivar a la paciente nuevamente al Servicio de Urgencias el 12/01/2022, ante el empeoramiento clínico que se manifiesta ese día y que hace sospechar la presencia de una neumonía.

9.- HECHO NOVENO y DÉCIMO:

Durante el ingreso del 12 al 14 de enero de 2022, la paciente se mantuvo en todo momento eupneica, sin trabajo respiratorio, sin signos de insuficiencia respiratoria ni necesidad de oxigenoterapia. A pesar de que la radiografía de tórax mostró infiltrados compatibles con neumonía, la paciente no presentó manifestaciones clínicas de dicha neumonía.

El diagnóstico se enmarcó en una enfermedad por SARS-CoV-2, clasificada como escenario 4, no tanto debido a la gravedad clínica del cuadro, sino por la vulnerabilidad asociada a sus comorbilidades.

En estos casos, cuando no se cumplen los criterios clínicos de gravedad, se considera preferible el alta al domicilio. Se sabe que la hospitalización puede aumentar el riesgo de complicaciones, como infecciones nosocomiales. Además, la infección por COVID-19 por sí sola no justifica la hospitalización si no se presenta con síntomas graves. Por esta razón, la paciente fue dada de alta tras comprobar que toleraba la dieta adecuadamente y que no presentaba síntomas respiratorios que justificaran continuar su ingreso.

10.- HECHO DÉCIMO PRIMERO:

No consta que la paciente haya acudido al Servicio de Urgencias (SU) el día 10/01 por "dolor intenso en el costado", como se menciona en el escrito de la reclamación.

Estuvo en su domicilio más de 10 días sin consultar a su médico de Atención Primaria (AP) ni al SU por novedades clínicas.

En su ingreso en planta (día 26/01), la paciente comenta que, tras el alta el 14/01, la evolución fue favorable, con empeoramiento solo posterior.

De hecho, cuando acude al Servicio de Urgencias el día 25 de enero, la radiografía de tórax muestra ausencia de hallazgos patológicos (no infiltrados ni derrame pleural) y la paciente no presenta sintomatología respiratoria, manifestando sintomatología abdominal y astenia.

Es decir, la sintomatología y clínica respiratoria se resolvieron de manera satisfactoria, ingresando nuevamente por otros motivos (astenia, anorexia y dolor abdominal).

11.- HECHO DÉCIMO SEGUNDO:

Ante el empeoramiento clínico registrado durante la tarde del 29/01, con la aparición de signos clínicos y analíticos novedosos, se realizaron de manera adecuada y adaptada al caso las pruebas complementarias necesarias, y se consultó oportunamente a los especialistas correspondientes.

Basándose en la clínica de la paciente (abdomen agudo) y en los hallazgos del TAC, que sugerían una situación de isquemia mesentérica (disminución o interrupción del flujo sanguíneo al intestino), lo cual constituye una urgencia quirúrgica, se decidió proceder con una laparotomía exploradora (diagnóstica: se utiliza principalmente para identificar la causa de un cuadro clínico agudo).

Se explicó a los familiares la gravedad del caso, quienes insistieron en instaurar todas las medidas posibles. En esta situación de urgencia, no fue posible esperar a que los familiares trajeran los informes de los antecedentes médicos previos.

12.- HECHO DÉCIMO TERCERO:

Durante la intervención quirúrgica exploradora, no se identificó una causa abdominal que explicara el cuadro clínico de la paciente. No se observó líquido con características de infección (peritonitis), ni hemorragias, ni problemas con la anastomosis, ni la sospechada isquemia mesentérica. Se encontraron adherencias intraabdominales, las cuales podrían justificar un dolor abdominal residual asociado a cirugías previas, pero no explican el estado de inestabilidad clínica (shock) que presentó la paciente.

En las notas perioperatorias del intensivista, se describe un shock de origen mixto, con componentes séptico de origen no identificado, distributivo y cardiogénico. Esto sugiere que la causa del shock no fue exclusivamente infecciosa, y que, en su componente infeccioso, no pudo determinarse el origen.

En cuanto a la infección por COVID-19, la paciente había mostrado una mejoría clínica: ingresó el 25/01 sin clínica respiratoria y con resolución completa de la neumonía según las imágenes radiológicas. La infección por COVID-19 fue tratada de forma adecuada con

antivirales y la paciente había permanecido ingresada sin datos de insuficiencia respiratoria, mostrando una evolución favorable desde el punto de vista respiratorio.

Por lo tanto, el COVID-19 parece haber sido un factor agravante o concurrente, pero no la causa principal de su deterioro clínico.

Es posible que otros factores, como su estado general de fragilidad, alteraciones nutricionales derivadas del bypass gástrico (contempladas en el consentimiento informado y aceptadas por la paciente) y posibles complicaciones infecciosas, hayan desempeñado un papel más relevante en su empeoramiento.

Cabe destacar que, entre los diagnósticos registrados al alta por exitus, la "infección por COVID-19" aparece como el último de los problemas identificados, quedando reflejado probablemente porque la paciente resultó positiva en la PCR realizada al ingreso. Sin embargo, esto no implica que la infección por COVID-19 y su manejo terapéutico hayan sido la causa principal del shock o del fallecimiento. Además, no se realizó una autopsia, lo que habría permitido identificar las causas del fallecimiento.

En conclusión, no es correcto afirmar que la infección por COVID-19 o la supuesta falta de tratamiento fueran la causa del empeoramiento clínico de la paciente. La evolución de su estado respondió a una suma de factores complejos que exceden una única causa identificable.

13.- Analizados todos los documentos que obran en el expediente, consideramos que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación médica dispensada, puede calificarse acorde al proceso clínico en cada momento.

14.- Se emite informe DESFAVORABLE».

III

Las principales actuaciones practicadas en el expediente

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

- El procedimiento comenzó mediante la presentación el día 2 de enero de 2023 del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada por (...), (...) y (...), y por (...), en el ámbito del SCS.

- Con fecha 19 de enero de 2023 se requirió a los reclamantes para que subsanaran su reclamación mediante la aportación del certificado de defunción de (...), así como la copia de los libros de familia que acreditasen la filiación de los reclamantes. Asimismo, se les requería para que acreditasen la representación de su

letrado y propusieran los medios probatorios que estimaran convenientes, lo que fue verificado mediante escritos de fecha 2 y 9 de febrero de 2023.

- Mediante Resolución de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud n.º 438/2023, de 13 de febrero, se resuelve lo siguiente:

«PRIMERO.- Admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...)

SEGUNDO.- Declarar el desistimiento en la reclamación de responsabilidad patrimonial de (...), D, (...), (...) y (...) por falta de acreditación de la representación.

TERCERO.- Realizar cuantos actos fueran necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución o, en su caso, el acuerdo indemnizatorio que ponga fin al procedimiento.

(...) ».

- Con fecha 13 de febrero de 2023 se solicita informe al SIP a los efectos de que concrete las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario y, en su caso, la cuantificación de la indemnización procedente.

- Con fecha 15 de febrero de 2023 por la representación de los reclamantes se presenta escrito solicitando se deje sin efecto la declaración de desistimiento de la acción respecto de (...) y (...) y de (...) al haber acreditado debidamente la representación.

- Mediante Resolución de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud n.º 585/2023, de 20 de febrero, se resuelve lo siguiente:

«PRIMERO.- Dejar sin efecto la Resolución nº 438/2023 de 10 de febrero de 2023 de la Directora del Servicio Canario de la Salud.

SEGUNDO.- Admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...), por (...), por (...), por (...) y por (...)

TERCERO.- Realizar cuantos actos fueran necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución o, en su caso, el acuerdo indemnizatorio que ponga fin al procedimiento.

(...) ».

- Con fecha 20 de febrero de 2023 se solicita nuevamente informe al SIP a los efectos de que concrete las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario y, en su caso, la cuantificación de la indemnización procedente.

- Con fecha 11 de diciembre de 2024 se remite informe del SIP, así como copia de la Historia Clínica relativa a la atención recibida en el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil -en adelante, CHUIMI-; la Historia Clínica relativa a la atención recibida en el (...) -en adelante, (...)-; la Historia de Salud obrante en la Gerencia de Atención Primaria; informe clínico de consultas externas del Servicio de Cirugía General y Digestiva del CHUIMI; y, los informes emitidos por la Jefa del Servicio de Digestivo del CHUIMI ((...)), el Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del (...) ((...)), y del Jefe del Servicio de Urgencias del CHUIMI ((...)).

- Con fecha 10 de febrero de 2025, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como pruebas la documental y la testifical del Dr. (...), de la Dra. (...), y de la Dra. (...)

- Con fecha 11 de febrero de 2025 se acordó el preceptivo trámite de audiencia a los interesados.

- Con fecha 14 de febrero de 2025 por la representación de los reclamantes se presenta escrito pliego de preguntas a formular a los testigos.

- Con fecha 15 de febrero de 2025 por la representación de los reclamantes se presenta recurso de reposición contra la apertura del trámite de audiencia conferida mediante Resolución de fecha 11 de febrero de 2025.

- Con fecha 12 de marzo de 2025 se remite al (...) *«pliego de preguntas a realizar a los citados facultativos, solicitando la remisión de dicho pliego de preguntas debidamente cumplimentado a esta Secretaria General, en el plazo de 15 días hábiles a contar desde la notificación del presente oficio, citando la referencia que figura en el encabezado».*

- Con fecha 20 de marzo de 2025 por el Servicio Canario de la Salud se procede a dejar sin efecto el trámite de audiencia practicado el 11 de febrero de 2025.

- Con fecha 26 de marzo de 2025 por la representación de (...) se presenta escrito en el que se solicita la corrección de los pliegos de posiciones en base a las siguientes alegaciones:

« (...) que los facultativos relacionados con la intervención quirúrgica practicada a (...), fueron el doctor (...), como primer cirujano; el doctor (...) como segundo cirujano, la doctora (...) como anestesista y (...) como instrumentista.

En cuanto al punto 2.3 de dicha Resolución, poner en su conocimiento que la doctora (...) se encuentra de baja laboral.

Con respecto a los pliegos remitidos, indicar que no se corresponden los nombres de los doctores en ellos señalados con los que han participado en la intervención, motivo por el cual, solicito su corrección y nueva remisión a esta parte».

- Con fecha 27 de marzo de 2025 se requiere a los reclamantes para que *«formule nuevamente pliego de preguntas a los facultativos admitidos como testigos en el señalado Acuerdo Probatorio, comunicándole que, transcurrido el plazo conferido sin que dicho pliego de preguntas sea aportado, se continuará con la tramitación del procedimiento».*

- Con fecha 7 de abril de 2025 por la representación de los reclamantes se presenta escrito aportando nuevos pliegos de preguntas para formular a los testigos.

- Con fecha 23 de abril de 2025 se remite al (...) *«pliego de preguntas a realizar a los citados facultativos, solicitando la remisión de dicho pliego de preguntas debidamente cumplimentado a esta Secretaria General, en el plazo de 15 días hábiles a contar desde la notificación del presente oficio, citando la referencia que figura en el encabezado».*

- Con fecha 16 de junio de 2025 se reitera al (...) la remisión de las testificales practicadas.

- Con fecha 23 de septiembre de 2025 se confiere a los reclamantes el preceptivo trámite de audiencia, el cual es evacuado con fecha 9 de octubre de 2025 alegando, además de los hechos y fundamentos que estimaron convenientes, solicitar la suspensión del procedimiento administrativo por prejudicialidad penal, al encontrarse en curso una investigación penal por los mismos hechos en el seno de las Diligencias Previas n.º 467/2022, seguidas ante el Juzgado de Instrucción Número Uno de Las Palmas de Gran Canaria, a cuyo efecto aporta Auto de Sobreseimiento Provisional dictado en las indicadas Diligencias Previas.

- Con fecha 11 de noviembre de 2025 se requiere a los reclamantes para que *«a fin de valorar la suspensión solicitada, deberá acreditar la presentación de recurso de apelación contra el Auto de sobreseimiento provisional de las Diligencias Previas n.º 467/2022 o, en su defecto, firmeza del Auto judicial de archivo de las mismas junto con copia completa de las Diligencias practicadas».*

- Con fecha 17 de noviembre de 2025 por la representación de los reclamantes se presenta escrito poniendo en conocimiento que no tienen intención de recurrir el Auto de Sobreseimiento Provisional.

- Con fecha 23 de diciembre de 2025 se requiere a los reclamantes para que aporte copia completa de las Diligencias Previas n.º 467/2022 seguidas ante el Juzgado de Instrucción Número Uno de Las Palmas de Gran Canaria.

- Con fecha 23 de febrero de 2026 por la representación de los reclamantes se presenta escrito aportando copia de las Diligencias Previas n.º 467/2022 seguidas ante el Juzgado de Instrucción Número Uno de Las Palmas de Gran Canaria.

- A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, en el presente supuesto no se recabó el informe de los Servicios Jurídicos por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico.

- Con fecha 22 de abril de 2026 se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación formulada por los interesados.

IV

La necesidad de completar el expediente y de no generar una eventual indefensión: la necesidad de nuevos informes, de ciertos documentos y de algunos trámites

1. La Propuesta de Resolución entiende que debe desestimarse la reclamación de responsabilidad patrimonial, por considerar que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

2. En el presente supuesto, los interesados solicitan que les sea reconocida una indemnización por la deficiente asistencia sanitaria prestada a (...) con ocasión de la intervención quirúrgica de Bypass a la que fue sometida en el (...) el día 17 de febrero de 2021, así como en relación con su seguimiento posterior y los tratamientos dispensados tanto en el (...) como en el CHUIMI.

3. Una vez examinado el contenido del expediente de responsabilidad patrimonial remitido a este Consejo Consultivo de Canarias se advierte la existencia

de diversas circunstancias en su tramitación que impiden considerar completo el expediente y entrar a analizar la adecuación jurídica del fondo del asunto.

Debe recordarse que la ley exige que se obtengan los informes del servicio -o servicios- cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable [art. 81.1 LPACAP] y también los que se juzguen necesarios para resolver, citándose el precepto que los exija o fundamentando, en su caso, la conveniencia de reclamarlos [art. 79 LPACAP}. En los expedientes de responsabilidad patrimonial por actuaciones médicas, en los que es preciso determinar el cumplimiento o la infracción de las reglas de la lex artis ad hoc y establecer el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos (art. 34 LRJSP], la exigencia de disponer de todos los informes que permitan tal escrutinio es particularmente intensa y la valoración de las pruebas y constancias particularmente cuidadosa, para satisfacer los mandatos legales de congruencia, es decir de resolver todas las cuestiones planteadas por los interesados y de exhaustividad, que obliga a resolver también todas las demás cuestiones planteadas en el expediente, mandatos ambos contenidos con tales expresiones en el art. 88.1 LPACAP.

Sin tales informes las exigencias legales difícilmente podrán ser satisfechas, por lo que es obligado extremar la atención a su cumplimiento.

4. Por ello y en primer lugar, se constata que no se ha procedido a la remisión completa de las Diligencias Previas n.º 467/2022 seguidas ante el Juzgado de Instrucción Número Uno de Las Palmas de Gran Canaria, pues no consta en el expediente ni el Informe Médico Forense emitido por el Instituto de Medicina Legal, ni las declaraciones prestadas por los investigados y testigos durante la instrucción de la causa penal, ni, en fin, otros cualesquiera documentos, medios probatorios y resoluciones presumiblemente obrantes en la misma y que son mencionados en el auto de sobreseimiento que sí está incorporado al expediente.

Por tal motivo, es procedente que por la Administración sanitaria se obtenga y se una al expediente y se aporte a este Organismo copia, completa y foliada, de las Diligencias Previas n.º 467/2022 seguidas ante el Juzgado de Instrucción Número Uno de Las Palmas de Gran Canaria.

5. En segundo lugar, por los mismos motivos y también a los efectos de contar con los elementos de juicio necesarios para dictaminar el presente asunto y, de conformidad con el art. 53 del Decreto 181/2005, de 26 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Canarias, se hace necesario que se aporte al presente procedimiento:

5.1. En relación con la operación de Bypass a que fue sometida la Sra. (...) el día 17 de febrero de 2021:

a) El protocolo de seguimiento de los pacientes sometidos a operaciones de Bypass, caso de existir.

b) Informes de los Servicios de Cirugía Digestiva, Endocrinología y Digestivo, para que informen cuáles fueron las actuaciones y medidas terapéuticas concretas adoptadas por cada uno de ellos en relación con la asistencia, control de su estado, tratamiento pautado y seguimiento de la Sra. (...) tras la operación de Bypass a la que fue sometida, con indicación de la fecha de tales actuaciones y aportación de los informes o anotaciones realizadas en relación con las mismas.

5.2. En el expediente administrativo remitido consta en las anotaciones del Historial Clínico de Urgencias del 16 de octubre de 2021 «*Diagnóstico al alta:* (...) *DISPEPSIA A ESTUDIO*», y en las de 17 de octubre de 2021 «*Diagnóstico al alta:* (...) *DISFAGIA A ESTUDIO*». Asimismo, en las anotaciones del Historial Clínico de Endocrinología de fecha 27 de enero de 2022 se hace constar «*Plan Diagnóstico-Terapéutico:* (...) *Próxima semana solicitar CT y EGD para estudiar el origen de la disfagia postqx*».

A la vista de tales anotaciones, y teniendo en cuenta que, al menos, desde el mes de octubre a la Sra. (...) se le prescribió realizar un estudio de la disfagia y la dispepsia que padecía y que le dificultaban la ingesta de nutrientes, estudio cuya necesidad se reiteró en el mes de enero de 2022, se requiere a la Administración sanitaria para que informe a este Consejo Consultivo si durante dicho periodo de tiempo se le efectuaron a la Sra. (...) los indicados estudios, así como los resultados obtenidos y el tratamiento terapéutico pautado, en su caso.

5.3. Consta, igualmente, en las anotaciones del Historial Clínico de Urgencias del día 10 de enero de 2022 «*Diagnóstico de sospecha:* (...) *Debilidad generalizada a estudio*», a pesar de lo cual la Sra. (...) fue dada de alta. Posteriormente, en las anotaciones del Historial Clínico de Urgencias del día 12 de enero de 2022 –fecha en que ingresa nuevamente en el Servicio de Urgencias- consta en el estado actual de la paciente: « (...) *debilidad generalizada, astenia*». Asimismo, consta en las anotaciones del Historial Clínico de Urgencias del día 26 de enero de 2022 -nuevo ingreso-, en el estado actual de la paciente « (...) *Ahora acude a urgencias por debilidad generalizada desde el alta ya sin tos, fiebre, disnea ni otra sintomatología asociada*», constando como motivo de ingreso «*astenia*», estableciéndose entre otros

juicios diagnósticos «*Desnutrición calórico-proteica en paciente con By-pass gástrico*».

Teniendo en cuenta tales diagnósticos, procede que la Administración sanitaria informe si a la Sra. (...) se le efectuó el estudio pautado acerca de su estado de debilidad generalizada, así como los resultados obtenidos y el tratamiento terapéutico pautado, en su caso. Asimismo, deberá informar si el estado de debilidad generalizada y desnutrición que presentaba la Sra. (...) a la fecha de su ingreso hospitalario el 26 de enero de 2022 condicionó y fue determinante para el fatal desenlace.

Recordamos a estos efectos la importancia de los informes médicos, pues la finalidad de su existencia está en la oportuna determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales podrá pronunciarse la resolución fundamentada que debe alcanzarse siempre, pero acaso más en un procedimiento como el que se tramita, que versa sobre el fallecimiento de una persona en el que una persona indeseablemente ha perdido la vida.

6. Por otro lado, en el expediente administrativo consta que fue admitida la práctica de la prueba testifical solicitada por los reclamantes, quienes, a tal efecto, aportaron los oportunos pliegos de preguntas, los cuales fueron remitidos al (...) para que, previo traslado a los testigos, los remitiera cumplimentados. Sin embargo, no consta en el expediente administrativo que se haya verificado tal remisión por parte del (...), y por ello, a los efectos de llevar a efecto la práctica de la prueba testifical, deberá requerirse nuevamente al (...) para que remita los pliegos de preguntas cumplimentados por los testigos, salvo que, previo requerimiento los reclamantes, desistan estos de la prueba solicitada y admitida.

Es obligado hacer notar que la falta de cumplimentación de esta diligencia, por su propia naturaleza, es susceptible de originar indefensión a los reclamantes, por lo que su práctica resulta particularmente pertinente, dadas las eventuales consecuencias que pudieran producirse.

7. Por último, en el presente procedimiento se encuentra legitimada pasivamente, como se advirtió al principio de este Dictamen- la entidad mercantil «(...)» -(...), (...)- en virtud del concierto sanitario con el SCS.

Como se ha manifestado en numerosos dictámenes de este Consejo Consultivo (DDCC 31/1997, de 20 de marzo; 554/2011, de 18 de octubre; 93/2013, de 21 de marzo; 154/2016, de 16 de mayo y 48/2017, de 13 de febrero, entre otros), los

conciertos sanitarios, cuya regulación específica se encuentra en los arts. 90 y siguientes de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, pertenecen al género del contrato administrativo típico denominado concierto para la gestión indirecta de los servicios públicos.

Conforme a la legislación de contratación administrativa, si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, pudieran llegar a ser ellos serán obligados a resarcirlos.

Por esta razón, en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud -el Servicio Canario de la Salud en este caso-, como el centro sanitario privado concertado por el SCS, que ostenta la condición de interesado a tenor del art. 4.1, letra b) LPACAP.

Por tanto, resulta necesario que se comunique al centro sanitario privado concertado la tramitación del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial, para que pueda personarse en el mismo, proponer las pruebas y realizar las alegaciones que estime oportunas (v. Dictamen 362/2020, de 1 de octubre), trámite que no se ha cumplimentado en el presente expediente y que debe ser verificado para cumplir la ley y para no generar indefensión al centro concertado ni impurezas o vicios del procedimiento que eventualmente perjudiquen la validez de la resolución que se dicte.

8. Por todo lo anteriormente expuesto, procede retrotraer las actuaciones a los efectos de que se proceda a la obtención y remisión de la documentación y de los informes reseñados en los apartados anteriores, así como se proceda a tramitar en debida forma y de modo completo el expediente, con estricta observancia de las garantías y trámites esenciales del procedimiento legalmente establecido, especialmente en lo que se refiere a la práctica de la prueba testifical y al trámite de audiencia (arts. 77 y 82 LPACAP) que se deberá conceder a los reclamantes y al (...), en el momento procesal que sea oportuno, respectivamente, para cada uno de ellos.

Concluida la tramitación y formulada una nueva Propuesta de Resolución, en la que se responda, en su caso, a las alegaciones que se formulen (arts. 88 y 91 LPACAP), podrá ser remitida a este Consejo para su dictamen, en los términos del art. 11.1.D.e) LCCC en relación con el art. 81.2 LPACAP.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de los interesados no es conforme a Derecho, por los motivos expresados más arriba, por los cuales procede retrotraer el expediente y practicar las diligencias y trámites y obtener los informes y documentos que se indican en el Fundamento IV del presente Dictamen.