Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 16 de septiembre de 2026.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en representación de (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 293/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

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

2. La cuantía indemnizatoria reclamada por los interesados [176.730,6 €] determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la competencia de la Sra. Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias -en adelante, LCCC-, 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-.

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

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

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

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

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

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

5.1. En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 504/2021, de 21 de octubre [con cita, entre otros, de los Dictámenes anteriores 449/2021, de 23 de septiembre y 66/2020, de 3 de marzo]:

««4.1.1. Respecto a la posibilidad de reclamación por daños -patrimoniales y extrapatrimoniales- derivados del fallecimiento, se ha de indicar lo siguiente:

La doctrina y la jurisprudencia consideran de forma prácticamente unánime que la muerte en sí misma considerada no se indemniza (a quien la sufre), sino 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).

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.

La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, 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".

4.1.2. Dicho lo anterior, se ha de añadir que, como muy bien señala la sentencia de 2 de octubre de 2013, de la Sala de los Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (rec.780/2006), " (...) la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como "iure hereditatis", sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte "iure propio", las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien "vida" sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible "mortis causa´ a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales "iure hereditatis"" (...) »».

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de los hijos [(...) y (...)] de (...) para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños morales derivados del óbito de su padre [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP]. Legitimación activa que no es puesta en cuestión por la propia Administración Pública sanitaria.

Tal y como se cita en el Dictamen 292/2021, de 24 de mayo, de este Organismo consultivo *«sólo podrán reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento de (...) 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 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, que en este caso se desconocen, si bien parece desprenderse de la reclamación que (...) estaba casada y tenía un hijo, que no se identifican (¿?). El dolor de la familia nuclear, es decir, marido e hijos, se presume, no requiere prueba (STS de 15 de abril de 1988). No obstante, estos, los más allegados, no formulan reclamación en este caso.

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».

Por lo demás, y según consta en el expediente administrativo, los interesados actúan mediante representante -abogado-, cuyo poder de representación consta debidamente acreditado en el expediente [art. 5.6 LPACAP].

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

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción [art. 67.1, párrafo primero de la LPACAP], toda vez que la reclamación se presenta el día 11 de abril de 2025 en relación con un hecho lesivo [óbito del Sr. (...)] que se produjo el día 19 de abril de 2024. Circunstancia ésta que no es puesta en entredicho por la Administración sanitaria en su Propuesta de Resolución.

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

II

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 anormal funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a su padre en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias -en adelante, CHUC- y que derivó, finalmente, en el fallecimiento del paciente.

A este respecto, los perjudicados fundamentan su reclamación en los siguientes presupuestos fácticos:

«PRIMERA. ACONTECER CRONOLOGICO DE LOS HECHOS.

(...) entra por urgencias en La Palma en noviembre de 2022 debido a dolores, fiebre, etc (...), siendo hospitalizado y a los días le detectan un problema cardiaco trasladándolo a UVI para monitorizar su corazón, detectándole inflamación en el pericardio, por lo que estudian el líquido y drenan en UVI. Mejora con el paso de los días, trasladándolo a planta donde tratan su infección. En este momento un cardiólogo le expone que tras los estudios en UVI han detectado que el corazón tiene varios problemas y que en un futuro debe operarse para ganar calidad de vida.

En una de las pruebas, detectan que la infección se ha instalado en una vértebra y que es necesario su traslado a Tenerife para operar, limpiar la zona y dar tratamiento a la infección. Esa operación tiene lugar en abril de 2023 en el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS y tras un proceso largo de recuperación post quirúrgico sube a planta y empieza el proceso de recuperación, con complicaciones porque empieza a acumular liquido en cantidades muy grandes en la zona abdominal, y cuenta un cardiólogo que viene derivado del problema cardiaco agravado y que hay que operar urgente, pero que deben hacer pruebas.

Con el paso de las semanas, deciden hacer un estudio con el equipo de digestivos para cerciorarse de que no hay nada más sino el problema cardiaco, descartándose cualquier problema digestivo por los líquidos en el abdomen. Este estudio es debido, según manifestó el cardiólogo (...) que lleva su caso y lo operará, a que "no se queda tranquilo porque acumula mucho líquido en la zona abdominal y que si su problema estuviera en el otro ventrículo del corazón lo entendería, pero estando en donde está no es justificable ese líquido a menos que tenga un problema digestivo".

Tras 2 meses hospitalizado en cardiología y con seguimiento del cardiólogo y retirada periódica del líquido que acumula en la zona abdominal, deciden fijar fecha de operación.

Ingresa y cuando valoran si drenar el líquido de nuevo, el cardiólogo decide someter a nueva valoración del equipo de digestivos pues una vez más el cardiólogo explica que no es normal que la acumulación de tal cantidad de líquido sea por el corazón cuando el problema está en una zona que no produciría ese líquido y que él cree que puede haber algo más en el sistema digestivo y prefiere suspender la operación.

El equipo de digestivos vuelve a hacer el estudio, comprobando que la acumulación de tal cantidad de líquido no viene producida por nada digestivo, dándole el alta y quedando a la espera de la operación para operar el aneurisma de la aorta y válvula.

Una vez hospitalizado, el paciente firma los consentimientos y tiene lugar una charla donde el cirujano cardiaco explica al paciente y a sus dos hijos la operación, explicando que este tipo de operación tiene una complejidad añadida y es la circulación extracorpórea, pues si un paciente está más de 8 horas conectado, su situación al salir de la operación será critica debido a la dilatación de los vasos etc., y añade que la operación tiene una duración aproximada de 6-7 horas.

Llega el día de la operación, el 16.04.2024, bajan al paciente sobre las 8 de la mañana, y sobre las 22:30 de la noche sale el cirujano cardiaco (...) del quirófano manifestando que finalmente descubrió de dónde venía tal acumulación de líquido: el pericardio está engrosado, calcificado y pegado al corazón; eso dificultaba que el corazón trabajase bien y creaba ese líquido, y estuvieron toda la parte inicial de la operación limpiando ese pericardio para posteriormente reemplazar la aorta y la válvula. Eso provocó que se rebasaran las horas que podían mantener al paciente con circulación extracorpórea.

Su estado lo definió como muy crítico, siendo trasladado a UCI para recuperación, falleciendo el 19.04.2024.

Esta parte no entiende:

1. Cómo no se detectó que el pericardio estuviera engrosado y calcificado, dificultando así el trabajo del corazón, reaccionando éste generando líquido, haciendo que esto incrementara las horas en el quirófano y de conexión a la extracorpórea que hizo que saliera en el estado tan crítico de la operación y que 3 días después falleciera.

2. Cómo se decidió continuar con la intervención después de haber subsanado el problema con el pericardio, sin haber previsto que la operación inicialmente pautada excedería el tiempo de circulación extracorpórea.

3. Cómo no decidió el equipo médico posponer la operación inicialmente pautada para un momento posterior, una vez resuelto el problema del pericardio.

(...)

SEGUNDA. INCUMPLIMIENTO DE LA BUENA PRAXIS MÉDICA.

Entendemos que se ha incumplido en este supuesto en concreto la buena praxis médica, y que como consecuencia del error cometido (...) falleció, porque si se hubiera detectado antes de entrar en quirófano, el engrosamiento y calcificación del pericardio, los tiempos y la operación serian diferentes para preservar la vida del paciente fallecido por no detectar por parte del equipo cardiaco una anomalía o enfermedad, teniendo esta parte la certeza de que:

1. Nunca supo el equipo médico el origen de la ascitis.

2. No se dieron cuenta del engrosamiento del pericardio.

3. No se realizó un estudio adecuado en las pruebas que hicieran que el paciente hubiera rebasado tal circunstancia.

4. No se estimó posponer la operación de aneurisma de la aorta y colocación de válvula para otro momento, una vez el paciente se hubiera recuperado de la ascitis y el engrosamiento pericárdico».

2. A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que concurren los requisitos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, los reclamantes [hijos del paciente fallecido] plantean una pretensión indemnizatoria -en concepto de daños morales- cuyo monto total asciende a la cantidad de 176.730,6 € -con arreglo al baremo de indemnizaciones por accidentes de tráfico regulado en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre- de acuerdo con el siguiente desglose:

« (...) en aplicación de las tablas 1.A, 1.B y 1.C.2 se cifran los perjuicios sufridos en la cantidad de CIENTO SETENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS TREINTA EUROS CON SESENTA CENTIMOS (176.730,60.-€), cantidad que resulta de la suma de los siguientes importes:

• Tabla 1.A. A cada uno de los dos hijos (mayores de 30 los dos): 24.709,72 € para cada uno.

• Tabla 1.B. A cada uno de los hijos pues convivían con el progenitor: 37.064,58 € para cada uno (...) .

• *Tabla 1.C.2. 26.455 € a Emmanuel y 26.727 € a (…) A efectos de valorar el lucro cesante, se aporta la nómina y consulta de datos fiscales del fallecido (...) ».*

III

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

1. El procedimiento de responsabilidad patrimonial se inicia mediante la presentación de escrito de reclamación con registro de entrada ante el Servicio Canario de la Salud el día 11 de abril de 2025.

Junto al escrito de reclamación inicial se adjunta diversa documentación: escritura pública de apoderamiento, certificados de nacimiento de los reclamantes y de fallecimiento del padre, historia clínica, etc.

2. Con fecha 23 de abril de 2025 el órgano instructor formula requerimiento a los interesados a fin de que subsanen la reclamación interpuesta. Trámite que es debidamente cumplimentado por éstos ese mismo día.

3. La reclamación formulada es admitida a trámite mediante Resolución de la Dirección del Servicio Canario de la Salud [por delegación, la Secretaria General del citado Organismo -Resolución de 23 de diciembre de 2014, BOC, n.º 4, de 8 de enero-], de 25 de abril de 2025, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando, por el órgano instructor, realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente; entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

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

4. Con fecha 11 de septiembre de 2025 el Servicio de Inspección y Prestaciones -en adelante, SIP- remite al órgano instructor la historia clínica del paciente y los siguientes informes recabados:

• Informe de 20 de mayo de 2025, emitido por el Dr. (...), Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del CHUC.

• Informe de 26 de mayo de 2025, suscrito por el Dr. (...), Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular del CHUC.

• Informe del SIP, elaborado con fecha 11 de septiembre de 2025.

5. Con fecha 2 de octubre de 2025 se dicta acuerdo probatorio en el que se dispone lo siguiente:

«PRIMERO. Admitir a trámite la prueba documental y pericial propuesta por el interesado, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 77 y 78 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre (...) .

SEGUNDO. Abrir periodo probatorio de un mes, en cumplimiento del artículo 77.2 de la LPAC-AP, a fin de que la parte interesada pueda aportar la prueba pericial propuesta.

TERCERO. Incorporar, como prueba documental, los informes recabados por esta Administración en período de instrucción».

El acuerdo probatorio consta notificado al representante de los interesados con fecha 3 de octubre de 2025.

6. Con fecha 31 de octubre de 2025 el representante de los perjudicados solicita la ampliación del plazo para aportar el informe pericial.

7. Con fecha 5 de noviembre de 2025 -notificado a los interesados al día siguiente- el órgano instructor acuerda la ampliación, hasta el día 18 de noviembre de 2025, del plazo para aportar el informe pericial de parte.

8. Con fecha 10 de noviembre de 2025 el representante de los reclamantes presenta escrito de alegaciones en el que señala lo siguiente:

«PRIMERO. A medio del presente se adjunta la notificación de la Escuela de Medicina Legal y Forense de la Universidad Complutense de Madrid en la que comunican a esta parte que para el estudio de viabilidad del informe es "imprescindible la imagen del tac del tórax de antes de la cirugía".

Por ello interesa que, teniendo el Servicio Canario de Salud la disponibilidad de esa prueba, se nos entregue a la mayor brevedad.

SEGUNDO. Asimismo, al amparo de lo dispuesto en el artículo 22.1e) de la Ley 39/2015 de Procedimiento Administrativo interesa al derecho de esta parte la SUSPENSION DEL PROCEDIMIENTO hasta tanto no se nos entregue la imagen del Tac del tórax y se emita el correspondiente Informe por la mentada Escuela de Medicina Legal y Forense.

(...)

SOLICITA AL SERVICIO CANARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DE CANARIAS que teniendo por presentado este escrito, tenga a bien acceder a lo interesado, y acuerda la entrega del TAC del tórax de antes de la cirugía, así como la suspensión del procedimiento hasta la incorporación al expediente del Informe de dicha escuela».

9. Con fecha 14 de noviembre de 2025 -notificado a los interesados el día 17 de ese mismo mes y año– el órgano instructor acuerda una nueva ampliación del plazo para presentar el informe pericial de parte, indicando que *« (...) el plazo para presentar el mencionado informe finalizará el 18 de diciembre de 2025. Finalizado el plazo, se procederá a evacuar el trámite de audiencia»*.

10. Con fecha 16 de diciembre de 2025 el representante de los interesados presenta escrito de alegaciones en el que se indica lo siguiente:

«PRIMERO. Que, en fecha de 10 de noviembre de 2025, se solicitó la suspensión del procedimiento por nuestro perito, el cual considera "imprescindible la imagen del tac del tórax de antes de la cirugía".

Esta parte no tiene disponibilidad de esa prueba, y sí la tiene el Servicio Canario de Salud a quien se le solicitó en el mismo escrito de que se nos entregara dicha imagen con ello se solicita la suspensión del procedimiento de acuerdo con el artículo 22.1e) de L.P.A.

SEGUNDO. A dicho escrito el Servicio Canario de Salud contestó ampliando el plazo hasta el 18 de diciembre de 2025. Sin embargo, no se le ha hecho entrega a esta parte de la referida imagen del TAC.

TERCERO. Por ello, interesa la SUSPENSION DEL PROCEDIMIENTO hasta tanto no se nos entregue la imagen del Tac del tórax de antes de la operación».

11. Con fecha 19 de diciembre de 2025 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, concediendo a los interesados un plazo de diez días para formular alegaciones y/o presentar los documentos que tuvieran por convenientes. Dicho trámite consta notificado al representante de los interesados el día 23 de diciembre de 2025.

12. Con fecha 26 de diciembre de 2025 el representante de los perjudicados formula recurso de alzada contra el trámite de audiencia acordado, al no haber sido atendida su solicitud de entrega de imagen del TAC de tórax. Recurso administrativo que no consta resuelto de forma expresa por parte de la Administración sanitaria.

13. Con fecha 30 de diciembre de 2025 los interesados presentan escrito de alegaciones, afirmando la existencia de vulneración de la *lex artis ad hoc* en la asistencia sanitaria dispensada al paciente y reiterando la solicitud de estimación de su pretensión resarcitoria.

14. Con fecha 3 de marzo de 2026 se evacua Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima *« (...) la*

reclamación formulada por (...) y (...) por no concurrir los requisitos necesario para declarar la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud».

15. Mediante oficio con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 11 de marzo de 2026, se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC].

16. Con fecha 21 de abril de 2026 se emite Dictamen 135/2026 de este Consejo Consultivo de Canarias en el que se señala lo siguiente:

«En el presente procedimiento concurren razones jurídicas suficientes para apreciar la existencia de un defecto sustancial en la fase de instrucción que determina la procedencia de la retroacción de actuaciones, al haberse visto comprometido el ejercicio efectivo del derecho de defensa de los reclamantes, en particular, en su vertiente de derecho a la prueba [art. 53.1, letra e) LPACAP].

En efecto, si bien formalmente se acordó la apertura de un período probatorio y se admitió expresamente la prueba pericial de parte propuesta por los interesados, lo cierto es que dicho trámite quedó materialmente vacío de contenido al no haberse facilitado un elemento probatorio esencial -«la imagen del TAC del tórax de antes de la cirugía»— que, según señalan los reclamantes, resulta imprescindible para que el perito designado pudiera siquiera emitir un juicio técnico sobre la viabilidad del informe pericial solicitado.

Esta omisión no puede considerarse un mero defecto formal ni una irregularidad intrascendente. Y es que la indefensión relevante a efectos procedimentales no se identifica con cualquier infracción formal, sino con aquella actuación administrativa que, en términos materiales, priva al interesado de la posibilidad real y efectiva de alegar y probar en defensa de sus derechos e intereses legítimos.

En el caso que nos ocupa, la falta de entrega de la imagen radiológica solicitada por los reclamantes, pese a obrar en poder de la propia Administración sanitaria y a pesar de haber sido reiteradamente interesada dentro del período probatorio, ha impedido de facto la práctica de la prueba pericial admitida, condicionando de manera determinante el resultado del procedimiento y afectando al principio contradictorio que debe presidir su tramitación [art. 75.4 LPACAP].

No desvirtúa esta conclusión el argumento sostenido por la Administración sanitaria en el sentido de que los reclamantes disponían de un cauce alternativo para obtener la referida documentación clínica mediante el ejercicio del derecho de acceso a la historia clínica a través del procedimiento específico habilitado al efecto. Dicho razonamiento confunde el reconocimiento abstracto de un derecho con su ejercicio efectivo en el marco de un procedimiento administrativo concreto y en una fase temporal determinada. La existencia de una vía administrativa autónoma, sujeta a plazos propios e inconexa con el período

probatorio en curso, no exonera al órgano instructor del deber de colaboración activa cuando la prueba ha sido admitida, resulta relevante para la resolución del procedimiento y se encuentra en su poder [art. 77 LPACAP en relación con el art. 217.7 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil -en adelante, LEC-]. Exigir a los interesados que promuevan un procedimiento distinto, con un plazo de resolución potencialmente incompatible con la duración del trámite probatorio, supone imponerles una carga desproporcionada y contraria a los principios de buena administración, eficacia y antiformalismo que informan el procedimiento administrativo común.

Debe recordarse, además, que del contenido de los arts. 75.4 y 77 LPACAP en relación con el art. 217.7 LEC, se deduce la obligación de la Administración Pública de facilitar la práctica de las pruebas que hayan sido correctamente propuestas y admitidas, especialmente cuando los medios probatorios no pueden ser obtenidos en condiciones de igualdad por los interesados. En este supuesto, la mera ampliación sucesiva de los plazos para aportar el informe pericial, sin remover el obstáculo material que impedía su elaboración -la entrega de la «imagen» radiológica, que no del «informe» del TAC-, no satisface dicho deber ni subsana la vulneración producida, pues perpetúa una situación en la que el derecho de prueba se reconoce sólo de manera nominal, pero no efectiva.

Por lo expuesto, la infracción apreciada no resulta susceptible de convalidación ni de reparación en un momento posterior del procedimiento, dado que la prueba pericial de parte debía incorporarse necesariamente durante la fase de instrucción, antes de la formulación de la Propuesta de Resolución, para poder cumplir su función de contraste técnico respecto de los informes obrantes en el expediente. En consecuencia, la continuación del procedimiento hasta su fase conclusiva sin haber garantizado adecuadamente el ejercicio del derecho de prueba determina la nulidad parcial de las actuaciones instructoras afectadas y hace necesaria la retroacción del expediente al momento inmediatamente posterior al acuerdo de apertura del período probatorio.

La retroacción de actuaciones que se propone encuentra pleno acomodo en los principios de conservación de los actos administrativos válidamente realizados y de economía procedimental [art. 51 LPACAP], en la medida en que deberá limitarse exclusivamente a la reparación del vicio detectado. A tal efecto, la Administración sanitaria deberá proceder, en primer lugar, a facilitar a los reclamantes, de manera directa y sin dilaciones indebidas, la copia íntegra y en soporte adecuado de la imagen del TAC de tórax solicitada. Seguidamente, habrá de concederse un nuevo plazo razonable para la elaboración y aportación del informe pericial de parte, garantizando que dicho informe pueda incorporarse válidamente al expediente y ser valorado junto con el resto de los elementos probatorios.

Una vez subsanado el defecto y completada en debida forma la fase probatoria, deberá otorgarse nuevamente trámite de audiencia a los interesados, a fin de que éstos puedan formular las alegaciones que estimen oportunas a la vista del conjunto de las actuaciones, y

sólo entonces podrá dictarse una nueva Propuesta de Resolución -tomando en consideración todas las pruebas practicadas con plenitud de garantías- que deberá ser sometida al parecer jurídico de este Consejo Consultivo de Canarias».

17. Con fecha 29 de mayo de 2026 -y previo requerimiento formulado al efecto por el órgano instructor- se remite, por parte del HUC, la *« (...) imagen de TAC de tórax realizado con carácter previo a la cirugía de fecha 16 de abril de 2024 (...) »*.

18. Con fecha 5 de junio de 2026 el órgano instructor notifica a la parte reclamante que, en el plazo de diez días, tiene a su disposición las imágenes radiológicas solicitadas a fin de que pueda retirarlas.

Una vez transcurrido el plazo conferido al efecto, no consta la reclamación y/o retirada de la documentación ofrecida por la Administración sanitaria.

19. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico *ex* art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

20. Con fecha 1 de julio de 2026 se formula, nuevamente, Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación interpuesta por los interesados.

21. Mediante oficio con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 7 de julio de 2026, se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC].

IV

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

2. Este Consejo Consultivo ha manifestado, de forma reiterada, lo siguiente [Dictamen 18/2026, de 21 de enero, con cita del anterior Dictamen 200/2025, de 12

de mayo, entre otros muchos], sobre la regulación legal de la responsabilidad patrimonial de la Administración, derivada del art. 106 de la Constitución y, con arreglo a sus mandatos, del art. 32 LRJSP:

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

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

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

– Ausencia de fuerza mayor.

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

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

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

Asimismo, entiende el TS en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) "que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis

sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración".

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

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

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

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

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

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

Por lo tanto, el criterio de la lex artis es el que determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de

modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la lex artis, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP)».

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

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa no sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su

extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y, del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo « (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

3. La responsabilidad patrimonial que se reclama se fundamenta, sustancialmente, en tres reproches dirigidos a la asistencia sanitaria prestada: a) La ausencia de un diagnóstico previo del proceso pericárdico que se evidenció durante la intervención quirúrgica; b) La incidencia que dicho hallazgo habría tenido sobre la duración de la cirugía y de la circulación extracorpórea; y c) La decisión de completar la intervención inicialmente programada en lugar de diferirla para un momento posterior. El análisis del conjunto de la documentación clínica y de los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento no permite, sin embargo, apreciar que la actuación de los servicios sanitarios se apartara de las exigencias de

la *lex artis ad hoc*, ni que concurra una relación causal jurídicamente relevante entre las actuaciones médicas cuestionadas y el resultado lesivo finalmente producido -fallecimiento del paciente-.

Con carácter preliminar, ha de destacarse que el cuadro clínico que presentaba el paciente, integrado por una insuficiencia aórtica severa y una dilatación aneurismática de la aorta ascendente, constituía una situación respecto de la cual la cirugía representaba la alternativa terapéutica indicada, puesto que los tratamientos médicos disponibles no permitían corregir las alteraciones anatómicas existentes ni modificar de forma suficiente la evolución previsible de la enfermedad. De esta manera, la decisión de intervenir quirúrgicamente no respondió a una opción clínica discrecional, sino al tratamiento indicado para una enfermedad estructural cardíaca cuya progresión comportaba riesgos propios y relevantes para el paciente. Asimismo, consta acreditado que el paciente fue informado tanto de la naturaleza de la enfermedad como de la complejidad de la cirugía prevista, de la necesidad de utilizar circulación extracorpórea y de los riesgos inherentes al procedimiento, incluyendo expresamente las complicaciones cardíacas, pulmonares, renales y el riesgo de fallecimiento asociado a una intervención de estas características.

3.1. En relación con la primera de las cuestiones planteadas por los reclamantes, referida a la falta de diagnóstico previo de la alteración pericárdica observada durante la cirugía, la documentación incorporada al expediente pone de manifiesto que el paciente fue objeto de un seguimiento clínico prolongado y de una actividad diagnóstica continuada que incluyó ecocardiografías transtorácicas y transesofágicas, tomografía computarizada, resonancia magnética cardiaca y cateterismo cardiaco. Ninguna de estas exploraciones proporcionó datos concluyentes que permitieran establecer antes de la intervención un diagnóstico de pericarditis constrictiva. Por el contrario, las pruebas practicadas descartaron reiteradamente la existencia de signos que permitieran afirmar la concurrencia de dicha entidad clínica, sin que se objetivaran hallazgos compatibles con una constricción pericárdica desde el punto de vista anatómico o funcional.

Resulta relevante destacar, además, que el hallazgo intraoperatorio de un pericardio engrosado y adherido a estructuras adyacentes no equivale necesariamente al diagnóstico de una pericarditis constrictiva. Tal y como se expone en el informe del SIP, la existencia de un aumento del grosor pericárdico no constituye por sí sola un criterio diagnóstico suficiente, siendo preciso acreditar que dicho pericardio produce una limitación funcional significativa sobre el llenado

cardíaco. Desde esta perspectiva, la constatación de alteraciones morfológicas del pericardio durante la intervención no permite concluir retrospectivamente que existiera un diagnóstico evidente y previamente omitido, particularmente cuando las exploraciones diagnósticas disponibles no aportaron datos concluyentes en tal sentido. A ello se añade que durante la cirugía tampoco se describieron las calcificaciones a las que alude la reclamación, circunstancia que refuerza la falta de correspondencia entre las conclusiones extraídas por los reclamantes y los hallazgos efectivamente documentados. A este respecto el informe del SIP señala lo siguiente:

« (…) En este paciente, entre diciembre de 2022 y abril de 2024, se realizaron múltiples pruebas (ecocardiografías, ETE, TAC torácico, resonancia cardiaca y cateterismo), que no mostraron hallazgos concluyentes para establecer un diagnóstico de pericarditis constrictiva. Por ejemplo, la resonancia cardiaca del 17/08/2023 no evidenció la típica imagen de ventrículos aplanados que se observa en casos de pericarditis constrictiva, ni engrosamiento pericárdico. De forma concordante, los datos hemodinámicos obtenidos con el cateterismo cardiaco del 19/05/2023 no fueron concluyentes para establecer dicho diagnóstico.

En el primer ingreso (diciembre 2022 – febrero 2023) se documentó un episodio de taponamiento cardiaco agudo, entidad distinta a la pericarditis constrictiva, mientras que en las pruebas posteriores no se objetivó un pericardio engrosado y/o con repercusión significativa sobre las cavidades cardiacas.

(…)

En la cirugía del 16/04/2024 se describió un pericardio engrosado y con adherencias. Este hallazgo, por sí solo, no implica necesariamente la existencia de una pericarditis constrictiva. Lo que define una constricción verdadera es que el pericardio rígido limite el llenado normal del corazón y reduzca su capacidad de bombeo, no únicamente que presente un mayor grosor. Dicho de otro modo, puede haber un pericardio engrosado sin que comprima al corazón, y, a la inversa, un pericardio de grosor normal que, por pérdida de elasticidad, genere constricción.

Las pruebas previas (ecocardiografía, resonancia y cateterismo) habían mostrado que el corazón mantenía una función de bombeo conservada y no aportaron datos concluyentes de constricción. Asimismo, durante la cirugía no se describieron calcificaciones en el pericardio, a diferencia de lo señalado en la reclamación. Debe recordarse que las calcificaciones solo se observan en una minoría de casos de pericarditis constrictiva (25–30%) y, aun cuando están presentes, no bastan por sí solas para establecer el diagnóstico.

Finalmente, según informa el Servicio implicado, el paciente estaba bajo tratamiento con diuréticos por su insuficiencia cardiaca, lo que pudo haber enmascarado en las pruebas complementarias realizadas algunos signos indirectos de constricción. El propio Servicio

subraya que se trata de una condición poco frecuente y de diagnóstico complejo, lo que explica la dificultad de identificarla antes de la intervención.

(...) En cualquier caso, si hubiera coexistido una pericarditis constrictiva, se practicó el tratamiento adecuado mediante pericardiectomía de frénico a frénico».

Tampoco puede apreciarse que la asistencia sanitaria fuera inadecuada por el hecho de que la alteración pericárdica se identificara durante la intervención. La prueba practicada acredita que el paciente fue sometido a las exploraciones diagnósticas habitualmente empleadas para la valoración de este tipo de procesos y que los resultados obtenidos no permitieron alcanzar con anterioridad una conclusión diagnóstica diferente. La valoración de la corrección de la actuación médica debe efectuarse atendiendo a la información disponible en cada momento asistencial y no a partir de datos conocidos posteriormente, pues lo relevante a efectos de responsabilidad patrimonial no es la mera constatación de un hallazgo intraoperatorio, sino determinar si existían elementos que razonablemente obligaran a detectarlo con anterioridad. Los informes incorporados al expediente permiten concluir que tales elementos no concurrían en este caso.

3.2. La segunda cuestión suscitada por los reclamantes se refiere a la incidencia que el hallazgo pericárdico habría tenido sobre los tiempos quirúrgicos y, particularmente, sobre la duración de la circulación extracorpórea. Sin embargo, los informes técnicos obrantes en el expediente descartan expresamente tal relación. Según se explica por el servicio actuante, la pericardiectomía practicada durante la intervención se realizó con anterioridad al inicio de la circulación extracorpórea, siguiendo la práctica habitual en este tipo de procedimientos. Ello determina que dicha actuación no formara parte del tiempo efectivo de circulación extracorpórea ni contribuyera a su duración.

La documentación quirúrgica permite constatar que la duración de la circulación extracorpórea estuvo asociada a la técnica quirúrgica efectivamente realizada y a las incidencias detectadas durante la intervención. En particular, la cirugía requirió la sustitución valvular aórtica y de la aorta ascendente mediante una intervención tipo *Bentall*, a lo que se añadió la necesidad de modificar la estrategia operatoria tras identificarse una desinserción extensa de la adventicia aórtica próxima al cayado, circunstancia que obligó a realizar una canulación axilar para garantizar una perfusión segura. Se trata de una situación constatada durante el acto quirúrgico y que no había sido puesta de manifiesto en las exploraciones preoperatorias. En consecuencia, la mayor duración de la intervención encuentra explicación en la

propia complejidad del procedimiento efectivamente practicado y en la necesidad de adaptar la técnica a los hallazgos observados durante la cirugía.

3.3. Desde esta misma perspectiva debe analizarse la decisión de continuar la intervención una vez realizada la pericardiectomía. Los reclamantes sostienen que, tras resolver el problema pericárdico, debería haberse suspendido la cirugía inicialmente programada para completarla posteriormente. No obstante, los informes médicos incorporados al expediente indican que la intervención principal seguía siendo necesaria, pues las patologías que motivaban la indicación quirúrgica continuaban presentes y requerían tratamiento. Asimismo, se razona que diferir parte de la actuación a un segundo tiempo quirúrgico hubiera supuesto exponer al paciente a una nueva intervención cardíaca mayor, con los riesgos inherentes a una reoperación y a una nueva utilización de circulación extracorpórea. Desde el punto de vista clínico, la decisión adoptada consistió en resolver en un único acto quirúrgico todas las patologías que constituían el objeto del tratamiento, criterio que aparece respaldado por los informes especializados incorporados al procedimiento.

3.4. Igualmente carece de fundamento la imputación indirecta relativa a una eventual demora en la realización de la cirugía. La cronología asistencial refleja precisamente lo contrario. La intervención fue pospuesta en diversas ocasiones debido a la persistencia de episodios infecciosos, a la existencia de espondilodiscitis activa, a situaciones de insuficiencia cardíaca descompensada y, finalmente, a la necesidad de completar el estudio de una ascitis hemorrágica detectada durante la preparación preoperatoria. La actuación de los facultativos estuvo orientada en todo momento a intervenir cuando las condiciones clínicas del paciente resultaran compatibles con la realización de una cirugía de esta naturaleza. De hecho, la intervención se programó una vez descartada la existencia de infección activa y obtenidas las valoraciones favorables de los distintos servicios implicados.

3.5. Tampoco puede compartirse la tesis según la cual la persistencia de la ascitis evidenciaba la existencia de una patología distinta que no fue correctamente diagnosticada. La ascitis constituyó una de las cuestiones clínicas más estudiadas durante la evolución del paciente. Fue valorada repetidamente mediante pruebas de imagen, análisis del líquido ascítico, estudios microbiológicos, citológicos y valoraciones especializadas, descartándose de forma sucesiva causas neoplásicas, infecciosas, tuberculosas, hepáticas o digestivas. A la vista de todos los resultados obtenidos, los distintos servicios concluyeron de forma concordante que la ascitis

presentaba un origen cardiogénico, vinculado a la situación hemodinámica derivada de la enfermedad cardíaca subyacente [*«La ascitis fue valorada en múltiples ocasiones mediante análisis del líquido ascítico, pruebas de imagen y estudios analíticos, descartándose causas abdominales, infecciosas o neoplásicas. En todas las evaluaciones se concluyó que se trataba de una ascitis de origen cardiaco, secundaria a insuficiencia cardiaca e hipoalbuminemia. Para su resolución era necesario corregir la patología cardiaca de base y tratar las causas de la insuficiencia cardiaca»*, como indica el SIP].

La hipótesis diagnóstica sostenida durante el proceso asistencial aparece así sustentada por las pruebas practicadas en cada uno de los episodios de estudio.

3.6. Finalmente, tampoco puede obviarse que el desenlace del proceso clínico tuvo lugar en el contexto de complicaciones postoperatorias que fueron objeto de seguimiento y tratamiento intensivo. Tras la intervención el paciente desarrolló un cuadro de fracaso multiorgánico asociado a un shock distributivo, documentándose asimismo una consolidación neumónica basal derecha y la presencia de hemocultivos positivos para *Escherichia coli*. Los informes técnicos destacan que el paciente recibió profilaxis antibiótica perioperatoria y que el tratamiento antimicrobiano fue ajustado en función de la evolución clínica observada en la Unidad de Cuidados Intensivos. En consecuencia, el resultado final aparece vinculado a la evolución de un proceso clínico complejo y a complicaciones postoperatorias desarrolladas pese a las medidas terapéuticas instauradas, sin que de la documentación obrante pueda inferirse una actuación sanitaria contraria a los estándares asistenciales exigibles.

4. En definitiva, la valoración conjunta de la prueba permite concluir que el paciente fue sometido a un proceso diagnóstico amplio y continuado; que las decisiones clínicas adoptadas en cada fase de la asistencia estuvieron sustentadas en los hallazgos objetivados en cada momento; que no existían datos que permitieran establecer con anterioridad el diagnóstico cuya omisión se reprocha; que la duración de la cirugía respondió a las características del procedimiento realizado y a circunstancias identificadas durante el acto operatorio; que la decisión de completar la intervención se correspondía con la finalidad terapéutica perseguida; y que la asistencia dispensada se ajustó a las exigencias de la *lex artis ad hoc*. En ausencia de una infracción de dicha regla técnica y no acreditándose una relación causal entre la actuación sanitaria cuestionada y el daño reclamado, se entiende que no concurren los presupuestos que permitirían declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, procediendo, en consecuencia, la desestimación de la reclamación formulada.

C O N C L U S I Ó N

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